

LE MENSUEL DE LA FONDATION iFRAP

SOCIÉTÉ CIVILE

Enquêter pour réformer N° 216

Récupérer les 20 milliards de la fraude sociale LES SOLUTIONS

Octobre 2020 - 8 €

FONDATION
iFRAP

FONDATION POUR LA RECHERCHE
SUR LES ADMINISTRATIONS ET
LES POLITIQUES PUBLIQUES

Récupérer les 20 milliards de la fraude sociale

LES SOLUTIONS

Les milliards d'euros perdus par la fraude sont un thème récurrent dans le débat public. Lorsqu'on parle de fraude, beaucoup pensent à la fraude fiscale... En 2019, les services de l'État ont recouvré près de 12 milliards d'euros en luttant contre la fraude fiscale mais cette fraude sanctionnée ne serait qu'un morceau de l'iceberg.

Qu'en est-il de la fraude sociale ? Étonnamment, ce sujet beaucoup documenté fait l'objet d'estimations contradictoires. Les récents rapports montrent une prise de conscience tardive et des évaluations parcellaires des caisses sociales. Il existe de nombreuses zones d'ombre sur son évaluation, un flou d'autant moins acceptable que la France se situe, en Europe, en tête des prestations sociales rapportées au PIB (31,7%) et que le risque de fraude est élevé sur nos 742 milliards de prestations versées.

Déjà, la notion de fraude est encore difficile à caractériser pour les organismes de protection sociale : elle englobe la fraude intentionnelle, la simple omission ou encore, l'erreur administrative. Certaines branches comptent également, la fraude "évitée" dans leurs données ce qui fausse les résultats.

La Fondation iFRAP a souhaité, dans cette étude, mettre à plat les données et objectiver les estimations de la fraude aux prestations sociales.

■ Notre évaluation, est que son montant atteint au moins 10 milliards d'euros sur les prestations non contributives qui apparaissent comme les plus sujettes à la fraude;

■ Le montant des versements non dues est, lui, estimé à près de 14 milliards;

■ Il existe un risque potentiel de fraude de 2 à 2,7 milliards d'euros sur les numéros de Sécurité sociale et de 5,8 milliards d'euros sur les cartes Vitales "fantômes";

■ Enfin, la fraude aux cotisations sociales représente une fourchette entre 7 et 25 milliards d'euros.

Autant de lacunes que nos administrations ont encore du mal à regarder en face mais qui représentent une fraude sociale de 20 milliards d'euros minimum.

La Fondation iFRAP formule plusieurs propositions pour améliorer l'efficacité de notre système social et viser le paiement à bon droit :

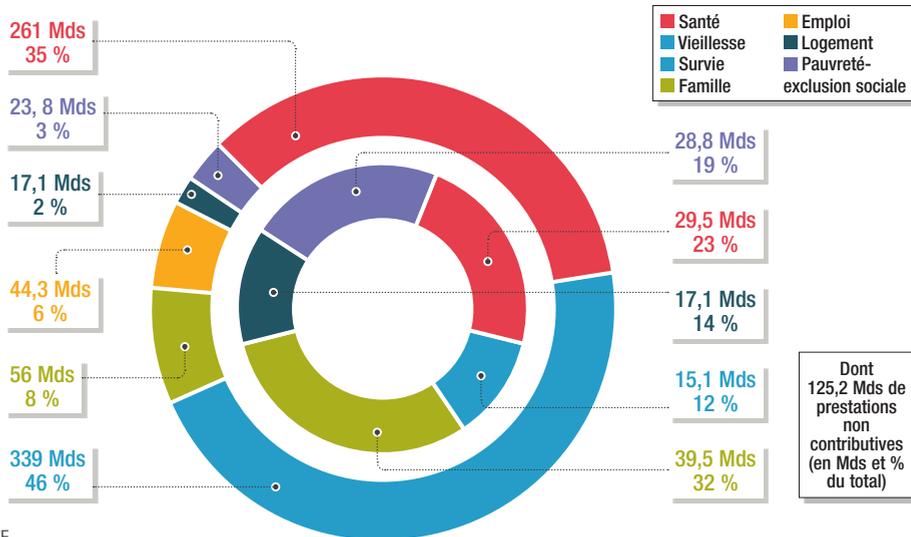
1/ Il faut accélérer la transition numérique pour sécuriser l'identité des bénéficiaires, améliorer les échanges d'informations pour coller au plus près de la situation des bénéficiaires et utiliser massivement l'analyse de données (datamining).

2/ Il faut revoir l'organisation de notre système de protection sociale, qu'il s'agisse du nombre de guichets (environ 330) ou du nombre de prestations (environ 150), ce qui contribue en partie à la fraude. Il est possible de viser entre 5 et 10 milliards d'euros d'économies sur les 46 milliards de coûts de gestion de notre système de protection sociale.

3/ Nous recommandons de tendre vers une allocation sociale unique, fusion des aides sous conditions de ressources, et d'en plafonner le montant global au niveau du Smic. Il s'en suivra des économies sur les prestations sociales que nous évaluons autour de 5 milliards d'euros sur les 125 milliards de prestations non contributives.

LA FRAUDE SOCIALE : DE QUEL PÉRIMÈTRE PARLE-T-ON ?

Répartition, par branche, des 742,1 Mds d'euros de protection sociale en 2018
(en Mds et en % du total)



Source : DREE

En 2018, d'après les derniers chiffres disponibles, la France a dépensé 742 milliards d'euros en dépenses de protection sociale (+7,5 % en quatre ans), dont 46 % de dépenses au titre de la branche Vieillesse et 35 % pour la branche Santé¹. Parmi l'ensemble des prestations sociales, on compte les dépenses de prestations non contributives² qui atteignaient 125 milliards d'euros. Ces prestations incluent tous les minima sociaux tel le RSA (revenu de solidarité active) mais aussi toutes les prestations en faveur du handicap ou encore les aides au logement.

Le poids des minima sociaux est important à mesurer puisqu'ils concentrent une part prépondérante de la fraude sociale. C'est ce qu'a constaté la Cour des comptes dans son récent rapport sur la lutte contre la fraude aux prestations sociales³ : ainsi, au sein de la branche Vieillesse et Survie, les fausses déclarations concernant l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées, ex-minimum vieillesse) représentent 7,1 millions d'euros

de fraudes constatées en 2018 contre 2,3 millions d'euros pour les pensions de réversion ou 2,1 millions d'euros pour les pensions de retraite.

Idem au niveau de la branche Famille : la Cour des comptes estime que 60 % des versements erronés (5,7 milliards d'euros) reposent sur la fraude au RSA (1,8 milliard), sur la fraude à la prime d'activité (1,6 milliard) et sur la fraude aux aides au logement (1,3 milliard), toutes les trois classées en prestations sociales non contributives.

Ces aides sont difficiles à lister et à contrôler à cause des très nombreuses formes qu'elles prennent : prestations par virement, par chèque, par bon d'achat, mais également par des réductions ou des exonérations de charges (taxe d'habitation, tarifs sociaux pour l'énergie), des prêts à taux réduit, voire nuls par exemple pour équiper son logement), des versements à un tiers comme un bailleur ou encore les aides directement versées à des structures qui prennent en charge les

¹ Drees, la protection sociale en France et en Europe 2018

² Versées sans être la contrepartie de cotisations

³ Cour des comptes, 1^{er} sept. 2020

bénéficiaires : crèches, foyers d'accueil, logement social, établissement et service d'aide par le travail (Esat), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(Ehpad), hôpitaux, etc. On compte, au total, un peu plus de 60 aides non contributives en France et elles représentent 17 % des dépenses totales de prestations sociales.

Liste des prestations sociales non contributives et de leurs montants respectifs (en millions d'euros - 2018)

total des prestations de protection sociale	742 114
PRESTATIONS NON CONTRIBUTIVES	125 246
INVALIDITÉ	29 515
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	9 708
Garantie de ressources s'adressant aux travailleurs handicapés	1 367
Allocation supplémentaire d'invalidité	245
Prestation de compensation du handicap (PCH) moins de 60 ans	1 514
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) moins de 60 ans	251
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	91
Allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH)	1 001
Allocation d'éducation spéciale (AES)	1
Autres allocations liées au handicap	100
Ssiad personnes handicapées et ajustement des prestations médico-sociales	89
Hébergement des enfants handicapés	2 425
Hébergement des adultes handicapés	7 537
Accueil et accompagnement sans hébergement des enfants handicapés	3 931
Accueil et accompagnement sans hébergement des adultes handicapés	1 256
VEILLESSE	15 127
Minimum vieillesse (dont branche Survie)	3 326
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) plus de 60 ans	131
Prestation de compensation du handicap (PCH) plus de 60 ans	497
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	5 982
Prestations dépendance des mutuelles et institutions de prévoyance	35
Hébergement des personnes âgées dépendantes	2 152
Autres prestations vieillesse (prestations d'employeurs, etc.)	3 004
PAUVRETÉ – EXCLUSION SOCIALE	23 891
Revenu minimum d'insertion (RMI)	-1
Prime d'activité	5 517
RSA socle	11 258
Prime de solidarité active (avril 2009) et primes de Noël	405
Prestations liées à l'hébergement	2 735
Allocation pour demandeur d'asile (ADA)	421
Action sociale individuelle des caisses	647
Prestations des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS)	2 190
Autres (revenu supplémentaire temporaire d'activité, aide personnalisée de retour à l'emploi, etc.)	718

FAMILLE	39 539
Complément familial (CF)	2 288
Allocation de soutien familial (ASF)	1 724
Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) Prime d'adoption	1
Paje – Base et allocation d'adoption	3 625
Allocation différentielle	29
Allocation jeune enfant « longue » (APJE longue)	4
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	2 032
Bourses d'études hors enseignement supérieur	1 129
Autres prestations liées à l'éducation NCA	4
Paje – CLCA et Colca	23
Paje – Prepare	957
Paje – Assistante maternelle	5 855
Paje – Employée à domicile	473
Accueil des jeunes enfants	6 589
Prestations d'hébergement et d'accueil	6 233
Actions éducatives à domicile (AED), actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	472
Prévention spécialisée	214
Dépenses diverses liées à l'ASE (bourses, subventions, frais de placement...)	920
Supplément familial de traitement et supplément familial de solde	2 187
Majorations familiales	791
Indemnités journalières	3 155
Congés de naissance	247
Maintien de salaire / complément d'IJ des mutuelles et institutions de prévoyance	6
Paje – Prime de naissance	565
Prestations nuptialité/natalité versées par les mutuelles et institutions de prévoyance	14
LOGEMENT	17 174
Aide personnalisée au logement (APL)	7 640
Allocation de logement familiale (ALF)	4 220
Allocation de logement sociale (ALS)	5 104
Autres prestations logement (action sociale des caisses, etc.)	211

Source : DREES, CPS 20182018

Fraude ou indus

Plus encore que la fraude fiscale, la fraude sociale demeure encore largement une *terra incognita*. Pourtant, la lutte contre toutes les formes de fraude revêt, depuis 2010, un caractère d'exigence constitutionnelle⁴. Les estimations, en plus d'être souvent contradictoires, varient de dizaines de milliards d'euros.

Définition : de quoi parle-t-on ?

Classiquement, lorsqu'on parle de fraude sociale, on pense à celle qui permet de percevoir plus de prestations sociales que ce que notre situation nous permettrait, normalement, de toucher. C'est la fraude aux prestations. En matière de prestations sociales, il peut s'agir de fraude à la composition familiale, à l'isolement (un parent qui se déclare « seul » avec un enfant, qui cohabite en réalité avec l'autre parent qui se déclare lui aussi « isolé »), de fraude aux liens de parenté, à la nationalité, d'usurpation d'identité (avec une carte Vitale utilisée par plusieurs personnes par exemple), à la résidence stable (il faut vivre au minimum six mois sur le territoire français pour toucher un certain nombre de prestations), la sous ou fausse déclaration de ressources, la fraude à la déclaration de décès (où les proches continuent de percevoir la pension du défunt), au logement (que ce soit du côté du propriétaire ou du locataire), la falsification de document, l'usage de faux, la dissimulation de patrimoine ou du travail (pour toucher des aides comme les minimas sociaux) ou encore la fraude à la déclaration du chiffre d'affaires (non versement volontaire d'une contribution sociale), etc.

Mais cette définition de la fraude pose problème : faut-il entendre la notion de fraude largement ? Comment classer des erreurs de la part du bénéficiaire ou de l'administration ? Comme le précise la Cour des comptes dans son rapport, « *les fraudes constituent une partie des irrégularités de tous ordres qui affectent l'attribution, le calcul ou le versement des prestations dans le sens d'un excès de versement des prestations (...) si ces irrégularités ont un caractère volontaire, il s'agit de fraudes. Dans le cas*

contraire, il s'agit de simples erreurs. En pratique, cette distinction peut être difficile à opérer ».

Avant la fraude sociale, l'inconnue des versements non dus

Avant de connaître le montant de la fraude sociale, il faudrait que les administrations soient capables d'évaluer les versements non dus ou « indus ». Par indus, on entend le versement de prestations fait à tort, qui peut être la conséquence de règles législatives qui ont changé, d'une erreur de l'administration en charge du calcul ou du versement, ou encore de déclarations tardives ou inexacts du bénéficiaire. Ces indus se distinguent de la fraude qui, elle, suppose une intention volontaire de tromper. Il convient cependant de cerner le poids de ces erreurs (au sens large) et d'y remédier. Mais même l'estimation des indus reste approximative : les données sont lacunaires et peu comparables entre branches. Une estimation des indus pour la branche Famille montre que ceux détectés se situent autour de 2,8 milliards d'euros, mais montent jusqu'à 7,3 milliards d'euros en incluant la totalité des indus évalués, une estimation que seule la branche Famille est capable de faire. Les données permettent notamment de mettre en lumière le delta important qui existe entre détection et estimation : les indus estimés représentent ici 5 fois plus que les indus détectés. La proportion d'indus évalués est même de 29 % pour la prime d'activité ou 16 % pour le RSA.

Systématiquement les données de la branche Famille sont les plus abouties. À titre de comparaison, les indus détectés ne représentent que 0,5 % des prestations de la branche Maladie et c'est encore moins pour la branche Vieillesse (0,08 % sur les prestations totales mais 1,9 % uniquement sur les minimas sociaux).

En appliquant le taux de la branche Famille, soit 5 fois plus d'indus évalués que d'indus détectés, on aboutit à près de 13,6 milliards d'euros de versements indus potentiels, sur ces 3 branches de la Sécurité sociale, soit un périmètre équivalent à 50 % des dépenses de prestations sociales.

⁴ L'objectif de « valeur constitutionnelle de lutte contre la fraude en matière de protection sociale »

Part d'indus détectés et évalués, par branche, en 2018

2018	Total des prestations	Indus détectés	Taux d'indus détectés	Indus évalués	Taux d'indus évalués
Branche Famille (plus logement et pauvreté-exclusion sociale, versé par les CAF et moins le MSA)	70,2 Mds	1,2 milliard	1,7 %	5,7 milliards	8,1 %
<i>Dont RSA</i>	-	-	-	1,8 milliard	16 %
<i>Dont prime d'activité</i>	-	-	-	1,6 milliard	29 %
<i>Dont aides au logement</i>	-	-	-	1,3 milliard	7,6 %
				En appliquant le taux de la branche Famille :	
Branche Santé	261 Mds	1,37 milliard	0,5 %	6,5 milliards	2,5 %
Branche Vieillesse (minimas sociaux uniquement)	15,1 Mds	300 millions d'euros*	0,08 % (1,9 % uniquement sur les minimas sociaux)	(1,4 milliard sur les minimas sociaux)	(9,5 % sur les minimas sociaux)

* Pour les erreurs résiduelles affectant les attributions et révisions de droit intervenues en 2019 (taux d'incidence financière sur la durée de service des pensions)

Source : Cour des comptes, certification des comptes 2019 du régime général de Sécurité sociale, mai 2020 + évaluation iFRAP.

LA FRAUDE SOCIALE, LARGEMENT SOUS-ÉVALUÉE

Au cœur des indus, on trouve la fraude véritablement intentionnelle. D'après l'Assemblée nationale, nos administrations n'en ont détecté que 634,7 millions d'euros en 2019 pour le régime général et le régime agricole⁵. Un chiffre qui augmente chaque année (236 millions en 2011, 421 millions en 2014), non pas parce que la fraude augmente, mais parce que l'ampleur du phénomène est lentement mise au jour.

Selon les données de la Cour des comptes, la branche Famille est encore une fois la plus efficace avec 310 millions d'euros de fraudes détectées en 2019 (120 millions en 2014). Viennent ensuite les branches Santé et Vieillesse qui additionnent dans leurs résultats la fraude détectée et la fraude évitée⁶ :

■ la branche Santé a détecté 201 millions de fraudes en 2019 auxquelles la branche ajoute 54 millions d'indus évités par sa politique de lutte contre la fraude pour un total de 286,7 millions d'euros (160 millions en 2014) ;

■ la branche Vieillesse a détecté 22,8 millions de fraudes en 2019 (8 millions en 2014) auxquelles la branche ajoute 137,2 millions

d'indus évités par sa politique de lutte contre la fraude pour un total de 160 millions d'euros ;

■ enfin, le MSA, régime agricole, a lui détecté 13,2 millions de fraudes en 2019 (9,8 millions en 2016) et Pôle emploi, 212 millions en 2019 (122,6 millions en 2014).

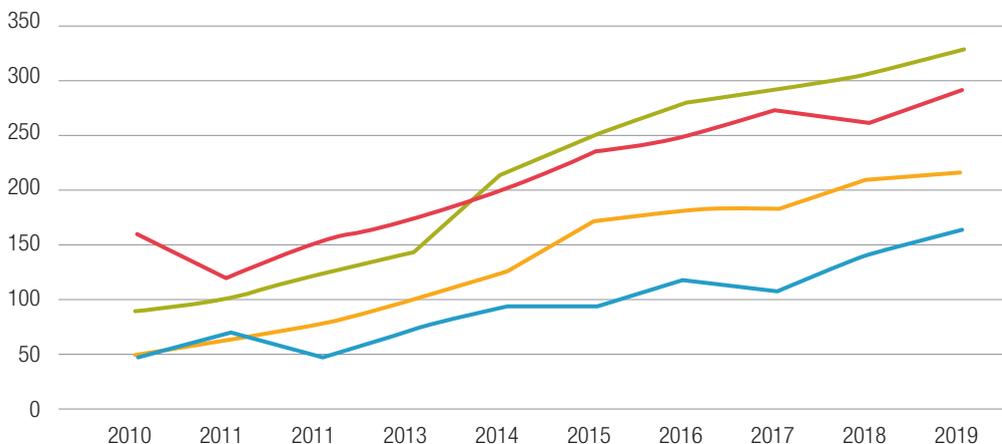
Ces résultats, assemblés dans le graphique qui suit, aboutissent à une fraude détectée et évitée de 981,9 millions d'euros mais si on se concentre uniquement sur la fraude détectée, le résultat tombe à 759 millions d'euros selon la Cour des comptes. Sur l'ensemble des prestations sociales versées c'est donc, à peine 0,1 % de fraude détectée.

Comme pour les indus, il existe un écart entre fraude détectée et fraude évaluée. La Cnaf (Caisse nationale des allocations familiales) explique qu'elle a détecté 310 millions de fraudes en 2019, mais qu'elle estime qu'en 2018, 3,2 % des prestations étaient frauduleuses soit 2,32 milliards d'euros. Cela concernerait 5,7 % de 14,6 millions de foyers bénéficiaires.

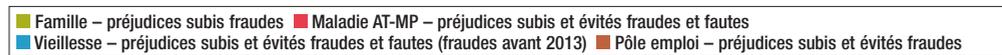
■ 5 Pour être tout à fait complet, il faudrait connaître les fraudes dans les régimes spéciaux (CNRACL, Mines, Marins, SNCF, électriciens et gaziers,...)

■ 6 La branche Famille mesure les seuls préjudices subis, pour lesquels des indus sont constatés, tandis que l'Assurance maladie et la branche Vieillesse mesurent aussi les préjudices que la détection de fraudes, en les interrompant, permet d'éviter

Montants des fraudes et des fautes détectées par les branches du régime général de Sécurité sociale et par Pôle emploi (2010-2019), en M€



Source : Cour des comptes, d'après les informations transmises par la Cnaf, la Cnam, la Cnav et Pôle emploi



En tête de la fraude estimée, on trouve le RSA avec 10,1 % de versements suspects ce qui représente une fraude de 1 milliard d'euros. Au total, RSA, prime d'activité et aides au logement représentent 78 % de la fraude estimée par la branche. S'il existe beaucoup de lacunes au niveau de la fraude aux prestations, il est néanmoins possible d'en tirer des conclusions.

Toutes les estimations sont sous-évaluées

En cinq ans, les capacités de détection de la fraude ont plus que doublé au niveau de la branche Famille, passant de 120 à 310 millions d'euros.

Si la branche est capable de détecter que 0,44 % des versements effectués relèvent de la fraude, que 3,2 % des versements sont estimés frauduleux et que jusqu'à 8,1 % des versements sont potentiellement non dus, cela signifie qu'il existe une marge de manœuvre pour lutter contre les versements suspects et améliorer la qualité des prestations. L'écart démontre bien que les données des administrations sur le sujet sont sous-exploitées.

Les minima sociaux concentrent le principal de la fraude

78 % de la fraude estimée par la Cnaf concernent 3 minima sociaux : le RSA, la prime d'activité et les aides au logement, pour une fraude estimée autour de 1,8 milliard d'euros sur une enveloppe globale de 34,4 milliards d'euros. Or, on compte plus de 60 aides non contributives de ce même profil pour une enveloppe totale de 125 milliards d'euros. Le taux de fraude estimée sur le RSA, la prime d'activité et les aides au logement tourne autour de 5,8 %. Si on applique ce taux à toutes les aides non contributives, on trouve une fraude potentielle de 7,28 milliards d'euros... Considérons maintenant le taux d'indus estimé au sein de la branche Famille, il est de 8,1 % avec une concentration, une nouvelle fois, sur le RSA, la prime d'activité et les aides au logement. Si on applique ce taux à l'ensemble des aides non contributives, on trouve 10,1 milliards d'euros de versements potentiellement non dus.

La fraude aux prestations sociales dépasse les 10 milliards d'euros

Les principaux chiffres que l'on peut extraire sur la fraude sociale concerne la branche

Part de fraudes détectées et estimées, par branche, en 2018

	Total des prestations	Fraudes détectées	Taux de fraudes détectées
Branche Famille (plus logement et pauvreté-exclusion sociale, versé par les CAF et moins le MSA)	70,2 Mds	310 millions	0,44 %
Branche Santé	261 Mds	201 millions	0,08 %
Branche Vieillesse	339 Mds	22,8 millions	0,01 %
MSA	26,8 Mds	13,2 millions	0,05 %
Pôle Emploi	44,3 Mds	212 millions	0,48 %
Total	741,3 Mds	759 millions	1,05 %

CNAF (72,7 Mds de prestations)	Indus frauduleux estimés	Taux d'indus frauduleux estimés
RSA	1 Md	10,1%
Prime d'activité	0,3 Md	6,2%
Aides au logement	0,5 Md	2,9%
Indus frauduleux totaux	2,32 Md	3,2%

Source : Cour des comptes, certification des comptes 2019 du régime général de sécurité sociale, mai 2020. Enquête PPDF effectuée en 2019

Famille et les minimas sociaux et culminent déjà à près de 10 milliards d'euros de versements indus... et cela sans compter les autres branches. La Cour des comptes estime que « pour sa part, l'Assurance-maladie n'évalue pas la fraude aux prestations ». Le revenu de remplacement (indemnités journalières) représente par exemple une enveloppe de plus de 14 milliards d'euros (dont 8 milliards au titre de la seule maladie⁷), pour laquelle la Cnam, principal régime d'assurance maladie, ne procède pas à l'évaluation de la fraude. Ce que l'on sait par contre, c'est qu'en 2019, 10 % des indemnités journalières nouvellement attribuées ont été affectées par des erreurs pour 0,4 milliard d'euros. Dans un rapport de 2016 sur la certification des comptes des différentes branches du régime général⁸, la Cour des comptes pointait déjà une lutte contre la fraude pas à la hauteur des enjeux pour l'assurance maladie, estimant que « les principaux risques de fraude ne sont pas suffisamment analysés et que les programmes de contrôle ont une efficacité très limitée ». Les magistrats indiquent que les règles de calcul de la Cnam tendent à surestimer le préjudice évité et notent que « malgré le nombre élevé de programmes de lutte contre les activités frauduleuses et fautives, seul un nombre limité d'entre eux présente des résultats significatifs ». Les établissements de santé sont insuffisamment contrôlés tandis que le

ciblage des contrôles sur les professionnels de santé laisse subsister des risques élevés de pratiques frauduleuses. Les remarques étaient aussi sévères sur l'assurance vieillesse.

Et si Pôle emploi est le seul régime plus efficace que la branche Famille en matière de taux de fraudes détectées, ces résultats sont aussi, très certainement, largement sous-estimés. Entre 2010 et 2019, la fraude détectée à l'assurance chômage est passée de 46,5 millions à 212 millions d'euros. En 2019, le préjudice moyen était de 12 000 euros. Mais mi-2020, avec le déclenchement massif du recours au chômage partiel, le ministère du Travail a déjà identifié 255 millions d'euros de fraudes.

Enfin, fraudes détectées ne veut pas dire sommes récupérées car il faut prendre en compte la durée de recouvrement des sommes frauduleuses. À l'automne 2019, sur les 291 millions de fraudes détectées en 2017 par les CAF, seulement 56 % avaient été recouvrées, et seulement 26 % sur les 304,6 millions de fraudes détectées en 2018. Et cela alors que la branche Famille est la bonne élève en matière de contrôles : chaque année environ la moitié des allocataires sont contrôlés. Au niveau de la Cnam, à l'automne 2019, sur les 253 millions de fraudes détectées en 2017, seulement 40,3 % avaient été recouvrées, et seulement 24,3 % sur les 261 millions de fraudes détectées en 2018.

⁷ Les autres motifs sont la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles

⁸ Rapport sur les lois de financement de la Sécurité sociale

LES MOYENS DE LUTTER CONTRE LA FRAUDE

16

Toutes les branches de Sécurité sociale et Pôle emploi se sont dotés de structures spécialisées. On y compte des agents agréés et assermentés habilités à effectuer toutes vérifications ou enquêtes administratives sur pièces et sur place. Hors fonctions support, la lutte la fraude sociale mobilisait 4 300 agents en équivalent temps plein (ETP) dans les branches du régime général, soit moins de 3 % environ des effectifs. La moitié sont des inspecteurs chargés du recouvrement et le MSA compte deux fois plus d'agents que les Retraites (154 contre 81). Néanmoins ces effectifs sont en augmentation, malgré la baisse globale des effectifs des organismes sociaux. On notera cependant que c'est moins que les effectifs dédiés à la lutte contre la fraude fiscale pour laquelle l'État

emploie pas moins de 10 000 agents dont 6 000 à temps plein.

Une autre question importante est la répartition des agents entre le niveau local et national. Contrairement à la branche Vieillesse, où les effectifs sont quasiment régionalisés, dans l'Assurance-maladie et la branche Famille, les effectifs sont répartis entre une centaine de caisses à maille départementale. Un grand nombre de CPAM et de CAF comptent des effectifs réduits pour mener de front : sélection des dossiers à contrôler, réalisation des investigations, qualification des irrégularités et suivi de procédures contentieuses. En 2019, sept des 100 CAF avaient un seul agent agréé et assermenté chargé de réaliser des contrôles sur place ; 13 en comptaient deux ; 15 en avaient trois.

Quels sont les profils de fraude ?

Au niveau des CAF, à 69 %, la fraude relève d'une fausse déclaration (déclaration de fausse situation, familiale ou au niveau de l'emploi par exemple), à 18 % d'une fraude à l'isolement et à 13 % d'un usage de faux.

Au niveau de l'assurance chômage et de Pôle emploi, 73 % des cas et 64 % du montant de la fraude détectée relèvent d'une fraude liée à la reprise d'une activité (non déclarée donc).

Au niveau de la branche Maladie, on constate que les professionnels de santé représentent la moitié de la fraude détectée et évitée (soit 136,4 millions sur 286,7 millions en 2019). Cela inclut la fraude aux actes fictifs (qui vient donc augmenter leurs revenus), la fraude aux arrêts maladie de complaisance ou aux fausses ordonnances. Également en 2018, les fraudes à l'AME détectées représentent 500 000 euros pour des questions d'usurpation d'identité et 800 000 euros pour des questions de faux papiers.

Au niveau de la branche Vieillesse, 15 millions d'euros de fraudes ont été détectées pour 943 cas... 41% de cette fraude détectée relevait de la fraude à la résidence, c'est-à-dire que les bénéficiaires n'avaient pas informé l'administration d'un changement de résidence, notamment de départ à l'étranger. Vient ensuite, à 26 % des cas de dissimulation de ressources (pour percevoir une plus grande part d'une pension de réversion par exemple ou percevoir le minimum vieillesse) et à 14 % de la fraude sur la situation familiale (notamment des fausses déclarations sur des situations de concubinage). Enfin, notons que la fraude estimée par la Cnav, liée à la prise en compte des décès, n'est pas anodine : 1 % sur 11 millions de personnes, ce qui représente tout de même 110 000 fraudes au décès. Ces retraités « fantômes » coûtent à la France 200 millions d'euros par an. En 2015, 1,65 million de retraites de base et 1,12 million de retraites complémentaires ont été versées à l'étranger par la Sécurité sociale française, pour un total de 6,5 milliards d'euros.

Le morcellement des CAF constitue un handicap. Cependant, elles peuvent s'appuyer sur les contrôles des fraudes potentielles menées par la Cnaf qui utilise les possibilités offertes par le *datamining* (l'exploitation massive des données grâce à l'informatique pour déceler les incohérences), devenu un levier essentiel de repérage des fraudes, au point que le signalement par les caisses locales devienne progressivement marginal. En 2019, les CAF ont ainsi effectué 33,4 millions de contrôles susceptibles d'entraîner le constat d'indus ou de rappels⁹. 14,7 millions de ces contrôles ont concerné des bénéficiaires du RSA, prestation la plus fraudée. Mais les 94 290 contrôles sur place (ce qui est peu) ont débouché sur des fréquences beaucoup plus élevées d'indus et de rappels, grâce à un meilleur ciblage, respectivement dans 56 % et 49 % des cas. Le *datamining* est désormais adopté par la branche Vieillesse et Pôle emploi. Pour la branche Vieillesse, c'est une nécessité : 30 % des dossiers contrôlés s'avéraient frauduleux selon un rapport du Sénat sur la fraude sociale de 2017¹⁰.

Les COG

L'engagement des différentes branches en faveur de la lutte contre la fraude, peut se lire au travers des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qu'elles signent avec l'État (le plus souvent pour une période de quatre ans). Ces conventions déterminent les engagements de chacune des caisses nationales en termes de ressources et de qualité de service. Ce n'est que tardivement que des objectifs de lutte contre la fraude se sont imposés dans les COG mais on les retrouve désormais dans les 4 branches (Maladie, Vieillesse, Famille et Recouvrement). Cependant, le manque d'ambition de certaines conventions facilite le dépassement des objectifs qu'elles ont fixés. Ainsi, pour la période 2018-2022, l'Assurance-maladie a fixé des objectifs très limités de hausse des préjudices détectés durant ses cinq années d'application¹¹. Une progression nettement inférieure à celle des dépenses de prestations entrant dans le champ des dépenses

d'Assurance-maladie. Seule la branche Famille se fixe des objectifs volontaristes. Le même constat peut se faire en ce qui concerne les objectifs de recouvrement liés à des fraudes.

Une réglementation trop complexe à appliquer

Si chacune des caisses s'est engagée à lutter contre la fraude, elles insistent toutes sur la nécessaire simplification qu'elles attendent de l'État en contrepartie. Ainsi, « *la Cnaf entend demander à l'État de simplifier le cadre juridique pour favoriser les échanges de signalements de fraude entre partenaires, d'examiner avec la Cnaf des projets de simplification de la réglementation, afin de rendre le service aux usagers plus accessible et plus compréhensible, en veillant à éviter toute charge supplémentaire pour les finances publiques* ».

En 2017, le Défenseur des droits, Jacques Toubon, avait déposé un rapport intitulé « *Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quels prix pour les droits des usagers ?* » expliquant que les usagers étaient pris en tenaille entre un système déclaratif propice aux erreurs et un système de lutte contre la fraude. Sans faire preuve d'angélisme, une recommandation mérite qu'on s'y arrête : « *Il y a besoin de simplification et d'harmonisation des procédures* », regrettait le Défenseur des droits, rappelant que ce sujet revient régulièrement dans les discours politiques sans réelles modifications. Le rapport citait le cas du RSA et de la définition du foyer familial. Mais il existe d'autres exemples : dans un rapport parlementaire de 2011, le député Dominique Tian citait l'allocation de parent isolé et constatait « *le contrôle de l'isolement absorbe une partie importante des ressources de la Cnaf et demeure, en dépit des tentatives d'harmonisation de la Cnaf, assez aléatoire puisqu'il s'agit d'apprécier une situation de fait difficile à cerner* ». Résultat, chaque caisse d'allocations familiales caractérise la fraude selon sa doctrine ce qui se traduit par de fortes différences de traitement. Plus récemment un autre rapport parlementaire expliquait :

⁹ Le rapport d'activité 2019 de la CNAF précise que 7 millions d'allocataires ont été contrôlés au moins une fois (environ 1 allocataire sur 2) et 71 834 lettres de mise en garde ont été envoyées par les Caf

¹⁰ Rapport du Sénat au nom de la Meccs

¹¹ +3 M€, soit +1,5 % pour les préjudices subis et +12 M€, soit +24 % pour ceux évités, soit +6 % au global

« Les allocations familiales et les revenus du patrimoine exonérés d'impôt, sont inclus dans les ressources prises en compte dans le calcul du RSA, mais exclus de celles prises en compte pour les allocations au logement. De même, la période de référence prise en compte pour déterminer les ressources du foyer varie : pour le RSA, ce sont les revenus des trois mois précédant la demande, alors que ce sont ceux de l'année N-2 pour les aides au logement. » Pour se faire une idée de la complexité de la législation sociale, le décret de décembre 2019, relatif aux ressources prises en compte pour le calcul des aides personnelles au logement, ne fait pas moins de 6 pages et comporte 28 articles¹².

Même si ce raffinement vise à tenir compte au plus près des besoins des populations accompagnées, le suivi administratif a forcément du mal à s'adapter. La branche Famille indiquait par exemple avoir 18 000 règles de droit à appliquer et compte pas moins de 19 prestations familiales.

Et les prestations versées par des organismes autres que les branches du régime général ?

Les organismes sociaux occupent une part majeure de la distribution des prestations sociales mais ce ne sont pas les seuls. N'oublions pas qu'à côté du régime général et du régime agricole, il existe 27 régimes

spéciaux. Et il existe une difficulté supplémentaire : lorsque la compétence est partagée sur l'instruction et le versement de la prestation. Ainsi, tout dernièrement, la Cour des comptes a levé le voile sur l'allocation adulte handicapé (AAH). Depuis 2008, le nombre d'allocataires de l'AAH connaît une forte croissance : 1 161 400 personnes étaient titulaires de l'allocation fin 2018, soit 37 % en plus par rapport à 2008. Les dépenses destinées à l'AAH ont atteint 9,7 milliards d'euros en 2018, ce qui en fait le *deuxième minimum social en France* derrière le RSA.

La Cour souligne que peu d'études ont été réalisées sur la nature de l'hétérogénéité des ratios de distribution de l'AAH entre les départements. Tandis que les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) vérifient la cohérence des pièces constitutives des dossiers sans pour autant en vérifier la validité, ce sont les Caf qui assurent le versement. Ainsi, les conditions d'instruction laissent un vide dans la détection d'éventuelles fraudes intentionnelles telles que la constitution de faux dossiers, les certificats de complaisance de la part de médecins, les fausses déclarations... À cela s'ajoute, dans les relations entre les conseils départementaux, les maisons départementales des personnes handicapées et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, une absence de système d'information commun.

DES SYSTÈMES D'INFORMATION À LA TRAÎNE

Un des points qui concentre l'attention des magistrats de la Cour des comptes est l'absence de politique globale menée pour réduire le risque systémique de fraude. En d'autres termes, la Cour déplore que « *la lutte contre les fraudes s'épuise à rechercher a posteriori des irrégularités qui devraient être bloquées à la source dans le cadre des processus mêmes de gestion des droits et des prestations* ». Une action d'autant plus indispensable que les prestations sociales gérées par les organismes sociaux sont importantes et que les risques de fraude y sont très

élevés. Pourtant des moyens existent comme le montrent des exemples étrangers. Il est grand temps de changer de braquet.

2,4 à 3 millions de numéros de Sécurité sociale en trop

En 2011, un rapport de Charles Prats, magistrat chargé de la coordination sur la lutte contre la fraude aux finances publiques de 2008 à 2012, évoque que 1,8 million de numéros de Sécurité sociale (NIR) attribués à des Français nés à l'étranger étaient basés sur

¹² Décret n° 2019-1574 du 30 décembre 2019

des documents frauduleux¹³. Potentiellement, cela impliquait que près de 14 milliards d'euros de prestations versées relevaient d'une fraude. Une estimation reprise par les médias début 2019 et qui a poussé le Gouvernement à demander un rapport sur le sujet¹⁴.

Dès l'été 2019, le sénateur UDI, Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur de la commission des Affaires sociales, estimait dans son rapport préliminaire la fraude entre 290 millions et 1,1 milliard d'euros « *en appliquant aux dossiers indéterminés le même taux d'anomalies critiques que celui constaté sur les autres dossiers* ». Pour faire simple, 2 000 dossiers du Sandia, l'organisme en charge de l'inscription à la Sécurité sociale des étrangers arrivés en France, avaient été étudiés et 3 % contenaient une anomalie critique : un taux rapporté aux 17 millions de dossiers de bénéficiaires de la Sécurité sociale nés à l'étranger. Une estimation revue à la baisse par la suite pour n'atteindre plus que 140 millions d'euros. Soit, en moyenne, 900 euros par bénéficiaire fraudeur¹⁵.

Sauf que les chiffres n'avaient pas fini de bouger car le directeur de la Sécurité sociale, Franck Von Lennep, expliquait en commission le 30 juin 2020 que son administration estimait à 2,4 millions de NIR actifs en trop. Un chiffre que les rapporteurs de l'Assemblée nationale (commission d'enquête) considère comme sous-estimé. Ils évoquent plutôt un surnombre de 3 millions d'assurés qui ne rempliraient pas les conditions d'activité ou de résidence stable en France. Soit une fraude potentielle oscillant entre 2 et 2,7 milliards d'euros...

Les lacunes et les aberrations au niveau des données restent légion et méritent qu'on s'y arrête.

L'administration ne sait pas quelle est la vraie population française, la Sécurité sociale dénombre 6,7 millions de dossiers en trop parmi les 72,4 millions de NIR actifs (la population résidant en France étant de 65,7 millions). Un chiffre encore sous-évalué car la Sécurité sociale a dû enlever 1,5 % de dossiers 2020 (soit 1,1 million) à cause du délai

« de mise à jour entre les bases internes de la Cnam ». Il y a également le problème des numéros d'identification d'attente (NIA) des étrangers arrivant ou vivant sur le sol français. Ces NIA permettent un pré-enregistrement des demandeurs de prestations avec un NIR d'attente et déclenchent le versement des prestations presque automatiquement, voire parfois sous un faux motif d'urgence. En 2011 déjà, Dominique Tian, dans son rapport¹⁶ expliquait qu'il existait « *un recours trop fréquent à la notion d'urgence pour contourner la réglementation : les caisses versent ainsi des prestations alors même que l'identité de la personne n'est pas certaine ou que le dossier ne présente pas toutes les pièces demandées [...]. Cette rapidité permet de répondre à des situations d'urgence, ce qu'il faut saluer. En revanche, des contrôles ultérieurs ne sont pas toujours effectués* ». Le plus inquiétant étant que les NIR d'attente n'ont pas de durée maximale de validité « *et ces situations, censées être provisoires, perdurent sans qu'aucune conséquence en soit tirée en termes de versement de prestations* ». Le député proposait ainsi depuis plus de dix ans que le NIR d'attente ait une durée limitée à six mois.

1,8 million de cartes Vitale fantômes

À cela s'ajoute l'imbroglio autour des cartes Vitale fantômes. Première estimation en 2013 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) qui calculait un surnombre de cartes de l'ordre de 7,76 millions. En novembre 2019, le rapport parlementaire de Nathalie Goulet et Carole Grandjean dénombrait 5,2 millions de cartes en trop. Cela, en partant du principe que toute la population des plus de 16 ans en possédait une. Si l'on parle de la population des plus de 12 ans, le surnombre s'établissait à 1,9 million.

En février 2020, Mathilde Lignot-Leloup, l'ex-directrice de la Sécurité sociale, dénombrait 2,6 millions de cartes Vitale en trop en incluant les 12 à 16 ans comme porteurs d'une carte Vitale. Sauf que son administration l'a corrigée deux jours plus tard et expliquait

¹³ Enquête interne au Sandia

¹⁴ Rapport commandé en mai 2019 par le Premier ministre, et remis en novembre 2019 par la sénatrice UDI Nathalie Goulet et la députée LREM Carole Grandjean

¹⁵ En mai 2020, l'Assemblée nationale de son côté, calculait l'indu moyen par NIR frauduleux à 698 euros. Source Commission d'enquête relative à la lutte contre la fraude aux prestations sociales

¹⁶ www.lefigaro.fr/social/cartes-vitale-en-trop-la-securite-sociale-revient-sur-son-estimation-20200214

que le problème du surnombre des cartes ne touchait pas le régime général mais surtout l'ex-RSI (244 000 cas), le régime militaire (70 000 cas), le régime des mines (56 000 cas) mais aussi l'Assemblée nationale et le Sénat (198 et 708 cas respectivement) pour un total de 609 000 cartes surnuméraires en 2019¹⁷. Une explication qui n'a pas convaincu Nathalie Goulet qui évoque *l'omerta* de l'administration sur le sujet, capable de faire « *disparaître 2 millions de cartes Vitale en surnombre* ». Si l'explication ne convainc pas, elle met en lumière une des explications aux données parcellaires à ce sujet, à savoir les multiples régimes sociaux. Au final, en juin 2020, Nicolas Revel, ex-directeur de la Cnam, parle de seulement 153 000 cartes Vitale valides en excédent. Mais encore une fois, les chiffres interrogent, d'autant plus qu'il a été mis en évidence que la Sécurité sociale n'est pas capable de donner le nombre de cartes Vitale « actives » par année de naissance du titulaire, ni le nombre de cartes Vitale « actives » actuellement en circulation attribuées aux personnes nées à l'étranger. Pour la première fois, suite à la commission d'enquête sur la fraude sociale à l'Assemblée nationale, des députés veulent attaquer pénalement trois directeurs d'administration pour avoir produit des chiffres mensongers sur la fraude aux prestations lors d'auditions sous serment.

Évidemment, avoir plus de cartes Vitale en circulation n'équivaut pas à un surcoût des prestations remboursées mais, si l'on accepte l'estimation de 1,8 million de cartes Vitale en trop, cela veut dire que la fraude potentielle s'élève à 5,8 milliards d'euros. Cela sur la base de 43,3 millions de cartes Vitale en circulation pour 140 milliards de dépenses remboursées dans le régime général aboutissant à une dépense moyenne par carte Vitale de 3 233,26 euros.

Combien de Français sont-ils "en vie" ? Et combien sont-ils à l'étranger ?

Ces questions peuvent sembler naïves. Pourtant le débat récent à propos du nombre

de personnes supposées en vie et de plus de 100 ans, illustre ce problème. Le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) en compte 14,7 millions (12,2 millions dans le champ Insee et 2,5 millions dans le champ Cnav) alors que seulement 21 000 centenaires sont recensés sur le territoire. Les enjeux sont pourtant conséquents. La Cnav estime que la fraude liée à la prise en compte des décès, est de 1 % sur 11 millions de personnes, soit 110 000 fraudes au décès. Le rapport de novembre 2019 expliquait que « *le suivi des décès est tout à fait insuffisant, la communication de l'information mal organisée entre organismes, et les fraudes peuvent s'appuyer sur la fragilité du système* ». La réponse de la direction de l'Insee reconnaît le problème : « *Il est naturellement plus compliqué de récupérer les actes de décès des personnes décédées à l'étranger, ce qui est par nature beaucoup plus fréquent pour les personnes relevant du champ de la Cnav.* »

C'est un autre aspect du problème : en pratique, les caisses envoient régulièrement des « justificatifs d'existence » pour s'assurer que le bénéficiaire est toujours en vie, ce qui représente un énorme travail administratif réalisé par échange de données informatisées avec l'Insee dans le cadre du système de gestion national des identifiants, fichier miroir du RNIPP, et en plus, d'un échange mensuel de données « décès » avec l'Allemagne, le Luxembourg et la Belgique et prochainement avec l'Espagne, l'Italie, le Portugal et les Pays-Bas. Toutefois les caisses complémentaires ne se sont associées que très récemment à ces échanges. Quant aux échanges avec d'autres pays tiers (Afrique, Asie, Maghreb), ils sont quasi inexistantes.

L'exemple belge et le retard français

La Banque carrefour de la Sécurité sociale belge (BCSS) a été instituée en 1990. Il s'agit d'une interface de liaison sécurisée et décentralisée permettant de contrôler et d'accorder des accès à certaines données détenues par des services publics (services détenteurs de données) à la demande d'autres services publics

¹⁷ <https://www.lefigaro.fr/social/cartes-vitale-en-trop-la-securite-sociale-revient-sur-son-estimation-20200214>

(services demandeurs de données). Par ailleurs, la mise en relation est plus large que la Sécurité sociale : elle comprend également des accès aux données du registre national, ce qui permet des interconnexions ponctuelles avec les services fiscaux par exemple.

Le succès de la BCSS est aujourd'hui incontestable avec la mise en relation de près de 49 services, 19 millions de personnes inscrites sur le registre national, avec un taux de connexion des assurés sociaux de 70 %, et une chute drastique des non-recours. À la clé, des économies annuelles évaluées à près de 1,7 milliard d'euros (soit 1,4% des prestations), notamment liées à la lutte contre la fraude.

Le schéma a été complété avec l'introduction d'une interconnexion avec les données de santé en 2011, ce qui n'a pas mis le feu aux poudres s'agissant de la gestion des données personnelles. Le protocole suivi par la BCSS est très rigoureux :

- le système vérifie que l'identifiant de la personne correspond bien à celle-ci (interconnexion entre un numéro unique de la Sécurité sociale belge, croisé avec le Registre national qui contient le numéro d'identification national) ;
- dans l'affirmative, le système vérifie que la recherche de la donnée requise par le service demandeur est bien disponible ;
- il vérifie enfin la validité du droit d'accès de l'institution requérante pour l'obtention de la donnée. Dans l'affirmative, il délivre cette donnée.

Le service de la BCSS permet aussi des simplifications, notamment le passage de 800 fichiers papier de demandes d'information à seulement 200 flux électroniques aujourd'hui!

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les ressortissants belges de plus de 12 ans bénéficient d'une carte d'identité électronique carte eID permettant de remplacer définitivement la carte SIS (l'équivalent de notre carte Vitale). La carte eID représente donc l'équivalent d'une fusion entre notre carte d'identité sous format électronique et de notre carte Vitale. Pour les enfants de moins de 12 ans, ces derniers disposent de

la carte Kids-ID, tandis que les ressortissants non belges de l'UE et hors UE, bénéficient chacun d'une carte électronique d'identification dédiée.

C'est la puce de la carte qui détient le numéro d'identifiant de la Sécurité sociale, permettant aux organismes sociaux de vérifier le statut en temps réel de l'assuré, et d'appliquer le tarif et/ou le montant des prestations justifiées par la situation personnelle et familiale de chaque administré. Par ailleurs, les allocations chômage sont prises en compte par l'intermédiaire de la déclaration immédiate d'emploi à laquelle les organismes, mais également les communes, peuvent avoir accès. Et le système s'appuie sur une centralisation des données employeurs.

Avec l'usage du numéro d'identifiant unique, désormais dématérialisé dans la carte d'identité électronique eID, l'assuré n'a plus besoin de subir de longues procédures d'instruction de dossier et la redondance des procédures. La mise en place d'une Banque carrefour des entreprises permet également aux services sociaux de vérifier la véracité des déclarations d'emploi, donc de lutter contre le travail illégal ou dissimulé et la fraude aux cotisations et contributions sociales.

Le retard français

La France a bien tenté de mettre en place une structure équivalente. En 2007, le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) a été mis en place dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Mais son déploiement s'est révélé excessivement long ; près de six ans en effet se sont écoulés entre la publication des décrets d'application, les arrêtés et la mise en place effective du dispositif en 2012, couvrant tout de même près de 137 organismes et pas moins de 292 risques, droits et prestations. Désormais, il devrait permettre une communication automatique, entre organismes participants, du montant des prestations versées par bénéficiaire... du moins théoriquement, car cette nouvelle fonctionnalité s'est révélée, là encore, particulièrement lente à mettre en place.

Il faut dire que le dispositif comporte plusieurs limites : Il n'y a pas à proprement parler « d'interconnexion » contrairement à l'exemple belge. La conception est différente : les organismes peuvent accéder aux informations du RNCPS afin d'allouer leurs propres dispositifs d'aide, mais ces organismes ne viennent pas fournir en échange, les informations qu'ils ont en leur possession. Il n'y a pas de mise à jour de la base en temps réel et encore moins de stockage de données consolidées sur les assurés sociaux.

Il faudra attendre 2019 (soit onze ans) pour pouvoir consulter le montant des prestations par contribuable mais de façon peu détaillée. D'où le contournement en cours par la Cnaf avec le dispositif de ressources mutualisées (DRM) auquel devraient avoir accès les organismes sociaux. Au sein même des organismes de Sécurité sociale, les échanges restent

insuffisamment développés. Actuellement, les caisses d'allocations familiales ne disposent pas, de façon automatisée, du montant des indemnités journalières, des rentes d'accident du travail ou d'invalidité, qui sont pourtant versées par les branches Maladie et Accidents du travail. Il n'est pas possible non plus de faire jouer au dispositif un rôle dans le blocage d'aides ou d'allocations si le montant qu'elles représentent dépasse les critères d'attribution d'autres dispositifs. Seules des irrégularités au cas par cas pourront être signalées.

Par ailleurs, dans les échanges automatisés entre la Cnaf et l'administration fiscale, un million de personnes ne sont pas reconnues. Enfin ni Pôle emploi ni les retraites complémentaires ne disposent d'habilitation pour consulter le Ficoba (fichiers des comptes bancaires ouverts en France) pas plus que l'accès aux données de la Paf et Visabio (demandes de visas).

CONCLUSION

Les travaux récents de la Cour des comptes et du Parlement montrent que la lutte contre la fraude sociale est un chantier inabouti, une situation inadmissible en 2020. Plusieurs constats se dégagent :

- l'immense complexité de notre système (plus de 110 aides, pour autant de démarches administratives auprès de 330 guichets et caisses) qui facilite la fraude sociale d'un côté, tout en assumant un non-recours important (30 % au niveau des allocations familiales et des aides pour le handicap et plus de 50 % pour l'aide à la complémentaire santé) et des erreurs administratives inadmissibles comme les trop-perçus.

- Au niveau des moyens, on ne compte que 300 agents à temps plein pour lutter contre la fraude sociale et ces derniers travaillent principalement dans les CAF et les CPAM. Il existe de larges zones d'ombre. Ainsi, l'Assurance maladie contrôle à peine 0,7 % des séjours remboursés dans les établissements de santé publics ou privés ;

- la transmission des informations

défaillante entre les différents régimes sociaux. *A minima*, les échanges de données entre les différentes branches de la Sécurité sociale doivent impérativement être améliorés.

La mauvaise volonté des organismes sociaux est un fait mais le problème va plus loin. En vérité, à part les fraudeurs qui sont devenus les vrais experts de notre système social, plus personne ne s'y retrouve.

Pire, les administrations en charge de verser les prestations refusent, parfois, de répondre aux rapporteurs, députés et sénateurs qui se penchent sur ces questions. En novembre 2019, la sénatrice UDI Nathalie Goulet et la députée LREM Carole Grandjean expliquaient s'être heurtées à des « refus polis » de la part des administrations au moment de partager leurs données.

Pour remédier à ces difficultés, la Fondation iFRAP propose

Renforcer le RNCPS

La Fondation iFRAP estime que le RNCPS (répertoire national commun de Sécurité

sociale) est l'outil qui devrait permettre, par des fonctionnalités additionnelles, de nous rapprocher rapidement du modèle belge. Pour cela, il serait nécessaire :

- de faire pleinement participer l'ensemble des organismes octroyant des prestations d'aides sociales à rejoindre le dispositif d'interconnexion: collectivités au travers des caisses communales et intercommunales d'action sociale ;

- de permettre des demandes de renseignement à l'ensemble des acteurs du dispositif simultanément : l'identifiant NIR étant correctement renseigné, l'ensemble des dispositifs sous gestion seraient accessibles sur format consolidé pour l'ensemble des opérateurs et désormais des assurés sociaux au regard de leur propre situation personnelle (par l'intermédiaire de la carte Vitale) ;

- de faire converger RNCPS et dispositif des ressources mutualisées (DRM) de la Cnaf ;

- de faire participer pleinement les administrations fiscales au répertoire, par l'octroi d'un double agrément « secret fiscal et secret social » aux agents de la DGFIP qui auraient désormais la capacité d'effectuer des recoupements (NIR/FIP) ;

- d'élargir le système des ressources éligibles (données Visabio, pour les visas, données de la PAF) ;

- de fusionner enfin, sur le modèle belge, la carte d'identité et la carte Vitale mais aussi l'E111 (la carte européenne d'Assurance-maladie), permettant d'améliorer la mobilité des travailleurs et assurés sociaux français.

Mettre en place une allocation sociale unique

L'allocation sociale unique que propose la Fondation iFRAP a les caractéristiques suivantes :

- elle sera fiscalisée selon le principe : un euro de la solidarité nationale doit être imposé de la même manière qu'un euro de revenu issu du travail ;

- elle prendra en compte l'intégralité des revenus du foyer fiscal (même toit) ainsi que sa composition ;

- elle pourra contenir une part variable « enfant », « enfant handicapé », « handicap », « dépendance » ;

- elle fonctionnera, à terme, comme un crédit d'impôt pour les foyers imposables (selon l'idée qu'il ne sert à rien de prélever une partie des revenus, pour la rendre en allocations ensuite comme cela se fait aujourd'hui). Pour les foyers non imposables, leur calcul et leur versement seront automatiques ;

- elle sera plafonnée (cumul des aides) à 100% du Smic dans un premier temps puis à 90% ;

- elle remplacera : les allocations famille (Paje, complément familial, APP, APE, allocation de rentrée scolaire), les allocations en faveur de l'enfant et de l'adulte handicapé, les allocations logement, les primes exceptionnelles accordées par l'État et les frais de tutelle (frais de mandataires judiciaires, volets enfant et adulte), les allocations au titre du minimum vieillesse (allocation supplémentaire, les majorations pour pension, les allocations mère de famille, etc.), les prestations en faveur du retour à l'emploi non financé par cotisations (aide retour à l'emploi formation, l'allocation supplémentaire de reclassement, etc.), les aides locales des départements (aides à domicile, APA, PCH, ACTP, l'accueil familial, etc.) et les prestations extralégales non obligatoires versées par la Cnav, la MSA, la Cnam, le RSI et les Caf.

À terme, pour mettre fin à la fraude de façon drastique, ce sera à l'administration fiscale de collecter les renseignements utilisés pour déterminer les sommes à verser. Cela suppose que tout allocataire potentiel devra être recensé dans un foyer fiscal, qu'il bénéficie de revenus ou pas. Cela doit également mettre fin au non-recours puisque ce sera aux services fiscaux de déterminer ce qui est dû. On peut attendre jusqu'à 5 milliards d'économies de cette réforme.

Qu'en conclure ?

Les chiffres sur la fraude sociale restent systématiquement sous évalués et lacunaires

mais à essayer de démêler le vrai du faux, nous perdons un temps précieux alors que les réformes à mettre en place sont colossales. Ce que l'on sait avec certitude, c'est qu'au minimum, la fraude aux prestations est de 10 milliards d'euros et les indus de près de 14 milliards d'euros. En face, d'après les différentes enquêtes que nous avons consultées, le montant du non-recours serait de l'ordre de 7 milliards d'euros (essentiellement RSA, prime d'activité, minimum vieillesse, CMU). L'objectif doit désormais être de viser le paiement à bon droit (c'est-à-dire être la personne qui remplit toutes les conditions et pour un montant exact) et, dans un premier temps, il faut ambitionner de diviser par deux les indus et la fraude aux prestations sociales, soit 7 milliards d'euros d'économies. Il ne s'agit là que d'un rééquilibrage entre les versements non dus et le non recours. Comment y parvenir ? En accélérant la transition numérique pour

sécuriser l'identité des bénéficiaires, améliorer les échanges d'informations et en utilisant massivement l'analyse de données : datamining, échange de données entre organismes, accompagnement.

Mais la lutte contre la fraude passera aussi (et surtout) par une réorganisation complète de notre système de protection sociale, trop complexe, avec ces 480 guichets et prestations différentes. C'est dans cette opacité qu'opère la fraude. Pour ramener de la transparence, notre recommandation est de mettre en place une allocation sociale unique, fusion des aides sous conditions de ressources et d'en plafonner le montant au niveau du Smic. En découlera des économies sur les prestations sociales (au moins 5 milliards d'euros sur les 125 milliards de prestations non contributives) et sur la gestion (entre 5 et 10 milliards d'euros sur les 46 milliards de coûts de gestion de notre système de protection sociale).

La fraude aux cotisations et contributions : entre 7 et 25 milliards d'euros

En 2014, la Cour des comptes s'est penchée sur la question du travail dissimulé pour estimer le montant de la fraude aux cotisations sociales et des erreurs honnêtes. Le rapport concluait qu'en 2012, la fraude aux cotisations de Sécurité sociale et de la CSG-CRDS tournait entre 16,8 et 20,8 milliards d'euros.

En mai 2019, la fraude aux cotisations sociales était estimée par l'Aocoss (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale). Mais cette fois, l'estimation est beaucoup plus basse : entre 3,2 et 5,7 milliards d'euros pour le champ des Urssaf. Sauf que, d'après une note confidentielle de l'ACOSS (présentée dans Les Echos en juillet 2019) : les Urssaf estiment entre 6,8 et 8,4 milliards d'euros le manque à gagner lié au travail dissimulé. Leur estimation du taux de fraude est entre 2 et 3 % des cotisations totales pour une fraude potentielle d'environ 7,6 milliards d'euros. Dans son rapport sur la fraude sociale de 2020, la Cour des comptes est revenue sur cette estimation et a jugé qu'elle « *minorait l'ampleur de la fraude. Le montant de la fraude aux cotisations sociales se situerait a priori entre 7 et 25 milliards d'euros, selon le périmètre et la méthode d'évaluation retenus* ». Une sacrée fourchette.

De quel type de fraude parlons-nous ? Des employeurs qui ne déclarent pas leurs employés – ou pas en totalité –, qui ne déclarent pas le total des heures travaillées. L'initiative de la fraude peut être celle de l'employeur, comme de l'employé qui ne souhaite pas être déclaré auprès des administrations pour des raisons diverses, par exemple s'il n'a pas de titre de séjour, pas de permis de travail ou pas de papiers du tout. Elle peut inclure de la fraude documentaire évidemment, ce type de fraude inclut la fraude au détachement qui s'organise via deux sortes de fraudes aux cotisations sociales : le recours abusif au détachement et le détachement fictif. En 2018 les résultats financiers de la seule fraude au détachement s'élèvent à 130,7 millions d'euros. Pour y parvenir, les montages frauduleux se caractérisent par une réelle complexification.