

# LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

## ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX

La France a choisi un modèle de société avec une protection sociale forte, donc beaucoup de redistribution, de prélèvements d'une part, de prestations ou allocations d'autre part.

Ce système a notamment pour but de réduire les inégalités. Il est très structurant dans le rapport du collectif à l'individu dans notre société.

Il ne peut fonctionner durablement que sur la base d'une large adhésion démocratique à ce système, sur la base d'une confiance dans l'équité de cette redistribution.

Or l'équité de cette redistribution tient non seulement à l'équité des règles de droit qui gouvernent le système - équité des prélèvements, équité du droit aux prestations - mais également à la capacité à faire respecter ses règles de droit : est-ce que ceux qui sont soumis aux prélèvements sociaux respectent bien leurs devoirs ? est-ce que des individus, ou seuls ou organisés, arrivent à bénéficier de prestations auxquelles ils n'ont pas droit ?

C'est tout l'enjeu de la lutte contre la fraude sociale qui est une composante essentielle de la confiance de nos concitoyens dans le système de solidarité nationale que constitue la protection sociale.

La fraude sociale agit comme une corruption lente et insidieuse du corps social de la nation.

Bien évidemment, il y a d'autres enjeux à la lutte contre la fraude sociale : un fonctionnement efficace de la concurrence économique, l'acquisition des droits sociaux liés à la correcte déclaration tant pour les salariés que pour les non-salariés (a-t-on conscience de la bombe à retardement de la très faible acquisition de droits à retraite d'un grand nombre de collaborateurs de plate-formes ?), l'impact financier bien évidemment pour les ressources du système de sécurité sociale.

Sur ce dernier point il ne faut pas confondre le montant de fraudes détectées et le montant effectivement recouvré qui est logiquement nettement plus bas.

Pour bien appréhender où sont les enjeux réels de la lutte contre la fraude et nourrir de façon objective le débat public sur ce sujet, il faut évaluer la fraude.

Pour l'évaluer encore faut-il bien définir la notion qui se distingue de l'erreur par l'intentionnalité.

Ce rapport comporte une partie importante sur les conditions d'une évaluation performante et cohérente dans le temps.

Outre l'évaluation, la mise en place d'une vraie stratégie de prévention des fraudes semble indispensable au HCFiPS.

C'est très certainement le point faible de la politique actuelle. Il convient de lutter contre les normes fraudogènes, les process fraudogènes, les organisations économiques fraudogènes et de se garder d'une certaine permissivité dans la gestion des flux financiers. À partir d'un constat d'un investissement très significatif des organismes sur le contrôle, le rapport souligne les progrès à effectuer : les secteurs moins ou pas contrôlés, les nouvelles organisations nécessaires concernant les fraudes complexes, le difficile contrôle de la résidence, les apports à venir de la déclaration à la source, qui pour autant ne résolvent pas tous les sujets de fiabilité des données utilisés par les organismes.

Enfin le rapport souligne la nécessité de trouver un nouvel équilibre entre la lutte contre la fraude et la protection des données personnelles.

Cette vision plus globale de la lutte contre la fraude sociale, articulée avec les autres domaines de politique de protection sociale, passe par une nouvelle gouvernance au sein de l'État et des organismes.

Le HCFiPS a été saisi par la Première Ministre Elisabeth BORNE le 9 juin 2023 d'un rapport sur les fraudes sociales. Selon la lettre de mission, quatre éléments devaient tout particulièrement être traités : l'évaluation de la fraude, avec pour objectif de « présenter, de manière objectivée et pédagogique, les différents chiffres et concepts associés à la lutte contre la fraude, tant au niveau de l'évaluation que de la détection et du recouvrement des sommes dues » ; les nouveaux risques de fraude ; le lien entre la fraude et le respect de la vie privée, « en examinant les enjeux de l'usage accru de l'intelligence artificielle dans les politiques menées » ; les risques de fraudes générées par des personnes ou organisations externes à la sphère de la protection sociale (usurpation d'identité notamment).

Pour mener à bien ces travaux, le Haut Conseil a pu auditionner, en séance plénière, de nombreux spécialistes du sujet : Cour des Comptes, Direction de la Sécurité sociale, organismes de sécurité sociale ; il s'est appuyé sur un groupe de travail rassemblant l'ensemble des caisses nationales du régime général, la CCMSA et France Travail, ainsi que la Direction de la sécurité sociale et la MICAF ; il a pu bénéficier de l'expertise de différentes administrations (Défenseur des Droits, CNIL, Banque de France, Direction Générale du Trésor, DGFIP,...), de représentants du monde de la protection sociale (complémentaires santé, syndicats professionnels...) et d'universitaires ; des visites en organismes locaux et des contacts avec certaines caisses ont été organisés pour approcher le sujet au travers du témoignage des acteurs en lien direct avec la lutte contre la fraude. Tous ces échanges ont été extrêmement enrichissants. Par ailleurs, le Secrétariat Général du Haut Conseil a été accompagné, pour l'écriture d'une partie de ce rapport, par Jean-Luc MATT, Maître de requêtes au Conseil d'État, dont les analyses sont très largement reprises dans le présent rapport et dont les contributions sont annexées au document. Le HCFiPS tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à ces échanges pour le temps qu'elles lui ont consacré.

Le HCFiPS n'a bien sûr pas la prétention de couvrir l'ensemble du prisme de la fraude sociale, tant le périmètre est large. Son objectif n'est pas non plus d'analyser l'ensemble des processus de gestion associés à la lutte contre la fraude. L'enjeu est avant tout de donner une vision large et de poser des principes qui semblent essentiels pour mener l'action.

## 1

### La fraude sociale : que nous dit le droit ?

Si les commentateurs ont souligné pendant longtemps certaines ambiguïtés dans la définition de la fraude, celles-ci ont été en grande partie levées par l'intervention de la loi de 2018 « pour un État au service d'une société de confiance » (ESSOC) : l'introduction au travers du « droit à l'erreur » de la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation applicable en matière sociale, a permis de tracer une frontière claire entre ce qui constitue une fraude (et qui ne relève pas de la bonne foi) et ce qui n'en est pas une (qui relève de la bonne foi).

Si certains textes ont été ajustés suite à la loi Essoc (par exemple, ceux régissant le régime des pénalités), toutes les conséquences juridiques n'en ont pas été tirées. Le rapport préconise de procéder à ces ajustements, pour éviter toute ambiguïté sur ces sujets très sensibles.

Le rapport souligne également la nécessité d'intégrer pleinement la notion d'abus dans le corpus de règles. Cette notion est déjà mobilisée par l'assurance maladie pour sanctionner des professionnels de santé lorsque ceux-ci exécutent ou prescrivent des actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient (prescriptions réitérées d'actes paramédicaux, prescriptions réitérées d'arrêts de travail au-delà du besoin de repos du patient, facturations réitérées d'honoraires dépassant le tact et la mesure...). L'abus de droit a été réactivé pour la branche recouvrement par la loi de financement pour 2024. La notion n'a jamais été transposée aux autres branches.

#### ■ ■ Recommandation n°1

Tirer les conséquences juridiques de la loi Essoc pour distinguer de façon cohérente entre branches erreur et fraude dans la législation sociale. En tirer les conséquences sur le régime des pénalités.

#### ■ ■ Recommandation n°2

Faire un bilan en 2026 de l'utilisation effective et homogène de l'abus de droit par les organismes en charge du recouvrement.



### ■ ■ Recommandation n° 3

Étendre la notion d'abus de droit aux branches prestataires.

### ■ ■ Recommandation n° 4

Habiller le Gouvernement à mettre en cohérence par ordonnance, sans en changer le fond, les dispositions relatives aux fraudes sociales figurant dans le Code de la sécurité sociale.

### ■ ■ Recommandation n° 5

Élaborer une circulaire récapitulative et interprétative sur la lutte contre la fraude sociale, sous l'égide de la DSS, afin d'homogénéiser les pratiques en matière de sanctions et de prescription.

La clarification du cadre juridique doit s'accompagner d'un volet opérationnel : la qualification de la fraude est évidemment complexe pour les agents des caisses, puisqu'il s'agit de déterminer l'intentionnalité de l'erreur. Pour pouvoir faciliter cette démonstration et limiter les risques de subjectivité, il est indispensable que les outils informatiques permettent de s'assurer que les éléments déclarés l'ont été « en toute connaissance de cause » par les assurés.

### ■ ■ Recommandation n° 6

S'assurer dans la construction des processus déclaratifs sur internet que ceux-ci comprennent des fenêtres permettant de vérifier que l'assuré sait ce qu'il doit déclarer sur chaque typologie de revenus.

Le traitement des activités illicites doit par ailleurs être intégralement repris : il n'existe pas, dans le corpus de règles « sociales », de dispositif adapté à la sanction du vendeur de stupéfiants -qui tire des revenus de son activité illégale et qui, faute de déclaration de ressource, peut obtenir des minima sociaux. Cette situation est évidemment inacceptable tant en termes d'image que de capacité des organismes à la prendre en charge.

### ■ ■ Recommandation n° 7

Créer une base de taxation des activités illicites et systématiser la transmission par la justice et l'administration fiscale aux organismes sociaux des revenus évalués au titre de ces activités.

## 2

### La fraude sociale : quelles données ? Quels résultats ?

Tout comme la notion de fraude elle-même, les chiffres associés à la fraude sont souvent source de grande confusion dans le débat public : évaluation, redressements / détections, recouvrement sont des notions régulièrement mêlées, avec des conséquences problématiques sur le bon positionnement des enjeux.

L'évaluation est essentielle : elle est nécessaire pour apprécier les résultats de la politique anti-fraude ; elle permet de cibler les sujets à risque ; elle contribue à un débat public objectif, en hiérarchisant les vrais sujets qui ne sont pas nécessairement les sujets les plus médiatiques. C'est à l'aune de la réduction des volumes de fraude ou du nombre de fraudeurs que doit s'apprécier le succès ou l'échec de la politique de lutte contre la fraude – et non en fonction du montant des fraudes trouvées. L'évaluation est donc au cœur du jugement qui peut être porté sur l'efficacité de la lutte contre la fraude.

Les chiffres de l'évaluation doivent en revanche être correctement interprétés : sans précaution, ils peuvent être perçus comme une recette « miracle », alors que l'impact financier de la lutte contre la fraude sur les finances sociales doit s'apprécier sur les recouvrements effectifs ou sur le montant des fraudes évitées.

L'enchevêtrement fréquent entre évaluations, détections et recouvrement effectif conduit à une appréciation souvent erronée de ce que la lutte contre la fraude peut générer au plan financier, les sommes présentées en termes d'évaluation étant souvent considérées comme de nature à réduire fortement, voire annihiler, les déficits publics – et, pour ce qui concerne le présent rapport, le déficit des organismes de protection sociale.

Or, le niveau de recouvrement est très en-deçà des évaluations ou des détections, s'agissant notamment des cotisations où seules 10 % des sommes redressées au titre de la lutte contre le travail dissimulé sont recouvrées. Cette limite est liée à la nature même de la fraude aux cotisations : l'interlocuteur de l'URSSAF est le plus souvent une personne morale susceptible de disparaître rapidement, en organisant son insolvabilité avant que les organismes ne puissent récupérer les fonds.

Au-delà, le HCFiPS souhaite insister sur la vision globale qui doit présider à l'appréciation des chiffres de la fraude : la fraude sociale est souvent réduite à la fraude au RSA ou à la fraude à la résidence, ce qui tend à nourrir un discours « anti-pauvres ». Il convient de repositionner le sujet, en appréhendant l'ensemble des sources de fraudes (assurés sociaux, professionnels de santé, entreprises et travailleurs indépendants). En euros, la fraude imputable aux assurés sociaux est de l'ordre d'un tiers des fraudes évaluées. Les montants évalués sur les retraites sont très peu significatifs, alors que les fraudes aux « faux centenaires » font souvent la « une » de l'actualité. Si l'on s'attache au taux de cotisations éludées<sup>1</sup>, le risque le plus important porte sur les micro-entrepreneurs, comme le HCFiPS l'a déjà souligné à plusieurs reprises.

Ces éléments généraux étant posés, le rapport suggère plusieurs évolutions.

Il souligne en premier lieu la nécessité de parachever les travaux sur l'évaluation de la fraude : les organismes de sécurité sociale ont effectué un travail extrêmement important pour mettre en œuvre ces évaluations ; certains champs restent néanmoins à travailler (l'évaluation ne couvre pas encore tout le champ de l'assurance maladie ; il est impossible de distinguer dans le contrôle comptable d'assiette ou dans les évaluations de manque à gagner relatives aux micro-entrepreneurs effectuées par la branche recouvrement ce qui relève de l'intention et de la simple erreur...); les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale ne sont pas prises en compte ; le manque à gagner ou les prestations servies à tort à l'occasion d'activités illicites ne sont pas intégrées dans les volumes fraudés.

#### ■ ■ **Recommandation n° 8**

Mettre en œuvre une évaluation de la fraude sur les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale et l'intégrer dans l'évaluation des fraudes sociales.

#### ■ ■ **Recommandation n° 9**

Poursuivre les travaux d'évaluation sur les champs non couverts, notamment les établissements de santé, secteur médico-social, travailleurs indépendants.

#### ■ ■ **Recommandation n° 10**

Mettre en place un indicateur mesurant le degré de complétude du champ couvert par l'évaluation.

#### ■ ■ **Recommandation n° 11**

Mieux prendre en compte la dissimulation partielle d'activité dans le champ de l'évaluation de la branche recouvrement.

#### ■ ■ **Recommandation n° 12**

Engager des travaux sur la prise en compte des activités illégales dans l'évaluation de la fraude sociale.

Le rapport propose ensuite des évolutions plus techniques pour un meilleur suivi et une homogénéisation des données (nouveaux indicateurs, homogénéisation de certains concepts, prise en compte des fraudes évitées...).

#### ■ ■ **Recommandation n° 13**

Assurer la transparence et la stabilité des méthodes d'évaluation.

#### ■ ■ **Recommandation n° 14**

Mettre en place un indicateur permettant d'apprécier dans le temps l'évolution du taux de fraude.

#### ■ ■ **Recommandation n° 15**

Travailler sur la distinction entre ce qui relève de la fraude et de l'erreur au sein du contrôle comptable d'assiette.

#### ■ ■ **Recommandation n° 16**

Valoriser, dans l'évaluation, les rectifications favorables aux usagers du service public dans la logique du « juste droit ».

#### ■ ■ **Recommandation n° 17**

Présenter les évaluations par grandes catégories d'acteurs économiques (entreprises / professionnels de santé / assurés).

#### ■ ■ **Recommandation n° 18**

Présenter, pour les allocataires et les assurés, les évaluations en fonction de l'origine matérielle de la fraude (résidence, revenus, ...).

#### ■ ■ **Recommandation n° 19**

Généraliser l'estimation du préjudice évité et profiter de cette généralisation pour disposer d'approches homogènes entre branches ; assurer une transparence sur les notions retenues.

1. Qui recouvre à la fois des erreurs et des fraudes.



#### ■ ■ **Recommandation n° 20**

Homogénéiser progressivement les concepts de taux de recouvrement et publier les résultats.

Il insiste enfin sur la nécessité d'une synthèse annuelle et documentée sur l'ensemble des chiffres de la fraude, par une révision du contenu de l'annexe dédiée à ces sujets au sein des lois de financement.

#### ■ ■ **Recommandation n° 21**

Retravailler le contenu de l'annexe à la loi de financement concernant la fraude : introduire une synthèse sur les montants évalués de la fraude et homogénéiser les présentations par branche.

### 3

## Prévenir la fraude : une nécessité démocratique et financière

Ce cadrage étant posé, le document s'intéresse aux stratégies à porter en matière de lutte contre la fraude. Telle qu'elle est aujourd'hui organisée, la lutte contre la fraude est très largement centrée sur le contrôle et la répression. Cette démarche est-elle seule susceptible de limiter la fraude ? Ne faut-il pas plutôt élargir la focale et axer beaucoup plus que ce n'est le cas aujourd'hui l'action sur la prévention ? Est-ce possible et à quelles conditions ?

Le HCFiPS a la conviction qu'une démarche préventive est à la fois nécessaire et efficace. À cela plusieurs raisons : le développement de la fraude crée un fort sentiment d'injustice qui est préjudiciable à la cohésion sociale ; le « tout-contrôle » n'est pas pleinement efficace : il est coûteux en ressources humaines ; il peut être contreproductif en termes d'accès aux droits ; il a un coût symbolique en ce qu'il peut stigmatiser telle ou telle population (les pauvres, les professionnels de santé...) ; il n'est pas pleinement efficace au plan financier, puisque les institutions ne peuvent ni détecter, ni *a fortiori*, recouvrer 100 % des sommes fraudées. Les marges de manœuvre en matière de prévention sont importantes.

Maîtriser la fraude suppose d'agir en amont, notamment en se donnant la possibilité de disposer d'une vision large des sujets. Il est impératif de disposer d'une focale étendue pour limiter les dérives. Le rapport insiste en particulier sur la nécessité de bien comprendre les sous-jacents économiques des activités financées par la sécurité sociale (petite enfance, personnes âgées, secteur sanitaire...), ce dans un contexte très évolutif ; il est frappant de constater combien ces évolutions s'accompagnent, bien souvent, de dérives, qui, même si elles sont marginales, sont très préjudiciables à l'ensemble des acteurs. Il souligne également la nécessité de bien appréhender l'organisation du travail et notamment les phénomènes de sous-traitance : sans en faire une généralité, ces mécanismes peuvent être très fraudogènes, notamment quand ils reposent sur des entreprises éphémères.

#### ■ ■ **Recommandation n° 22**

Créer un observatoire économique santé / social pour anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des secteurs financés par la protection sociale.

#### ■ ■ **Recommandation n° 23**

Capitaliser sur la charte sociale Paris 2024, en travaillant sur le secteur du BTP, pour voir comment limiter les niveaux de sous-traitance et rendre ainsi plus aisé l'exercice du devoir de vigilance et de la solidarité financière.

Prévenir la fraude suppose aussi d'agir sur le cadre juridique : une norme illisible, mal construite, trop permissive, peut être génératrice de fraudes ; une norme mal explicitée peut conduire à mal positionner les enjeux ; une norme mal pensée peut poser des difficultés de gestion. Or, la norme est très souvent pensée sans vision globale ni prise en compte du point de vue de l'utilisateur final ce qui conduit à une multiplication des notions mobilisées, y compris sur des sujets très proches. Elle est loin d'être toujours explicitée. La « discipline numérique », avec pour corollaire, le respect du droit des traitements de données – indispensable dans un contexte d'interconnexion des systèmes d'information – est souvent méconnue.

Ces constats amènent à proposer des évolutions très structurantes, sur de nombreux sujets (résidence, bases ressources, modalités de prise en compte des revenus, rétablissement d'ententes préalables dans

certaines situations non urgentes...). Ces évolutions ne visent pas à couvrir l'ensemble du champ des possibles : elles sont présentées pour matérialiser ce que pourrait être une politique préventive construite.

■ ■ **Recommandation n° 24**

Mettre en place un « revenu social de référence », fixé par le législateur, qui s'imposerait pour toute nouvelle prestation, sauf à justifier expressément de la nécessité d'y déroger.

■ ■ **Recommandation n° 25**

Retravailler et réharmoniser les périodicités sur lesquelles sont pris en compte les revenus, en éliminant les périodicités trop courtes, ingérables pour les caisses comme pour les allocataires.

■ ■ **Recommandation n° 26**

S'assurer du consentement de l'assuré lors du remboursement de certaines prestations.

■ ■ **Recommandation n° 27**

Faire une étude sur la consommation de soins des ressortissants communautaires inactifs dans l'année suivant leur affiliation à l'assurance maladie française.

■ ■ **Recommandation n° 28**

Faire évoluer les textes et / ou les pratiques pour désenchevêtrer droit du séjour et résidence et clarifier le rôle des acteurs (services du ministère de l'intérieur / caisses de sécurité sociale).

■ ■ **Recommandation n° 29**

Harmoniser les durées de résidence pour favoriser les contrôles et clarifier le droit applicable pour les personnes.

Prévenir la fraude suppose également d'accompagner et responsabiliser assurés et professionnels de santé : il s'agit de permettre aux assurés sociaux de bien appréhender les règles applicables ; de restaurer un contrôle par l'assuré de la sincérité des déclarations des professionnels de santé ; d'accompagner les professionnels de santé pour assurer une bonne maîtrise des règles ; de mettre en place des règles de tarification désincitatives à la fraude ; de développer des campagnes de communication sur les liens droits – devoirs, axées sur le civisme social, tant à destination de la population générale, que des professionnels ou des jeunes

■ ■ **Recommandation n° 30**

Récapituler les règles applicables au sein d'un site unique, accessible à tous (appliquant des règles FALC – facile à lire et à comprendre – et permettant des traductions).

■ ■ **Recommandation n° 31**

S'assurer de la cohérence des informations fournies sur les sites publics décrivant les conditions d'accès aux droits.

■ ■ **Recommandation n° 32**

Assurer la publicité des règles applicables, s'agissant notamment des conditions d'accès aux droits.

■ ■ **Recommandation n° 33**

Maintenir un intérêt des usagers sur la fiabilité de leurs données (validation des données préremplies, information poussée vers l'usager pour la consommation de soins en tiers payant...).

■ ■ **Recommandation n° 34**

Accompagner les professionnels dans leurs pratiques de tarification.

■ ■ **Recommandation n° 35**

Repenser certains dispositifs de tarification (par exemple, intégrer les actes de kinésithérapie prodigués par des professionnels libéraux en EHPAD dans le cadre du tarif partiel en intégrant une majoration forfaitaire à ce titre).

■ ■ **Recommandation n° 36**

Mettre en place tous les deux ans une campagne de communication antifraude sociale.

■ ■ **Recommandation n° 37**

À l'occasion du 80<sup>ème</sup> anniversaire de la sécurité sociale, mener une grande campagne d'éducation au civisme social dans les collèges et lycées.

■ ■ **Recommandation n° 38**

Mettre dans toutes les conventions avec les professions de santé des objectifs et des engagements antifraude.

Ces objectifs sont très ambitieux. Leur mise en œuvre suppose de repenser profondément le mode d'élaboration de la norme, en particulier le processus de « fabrication » des études d'impact : celui-ci doit permettre de mesurer les risques de fraude associés aux nouvelles



réglementations et de proposer, dès la rédaction des textes, des paradigmes. Elle suppose de modifier l'organisation et la gouvernance : il est nécessaire de faire évoluer les organisations pour disposer d'une vision « de bout en bout » du sujet fraude (qui part de l'acquisition de la donnée et s'achève à la sanction et, le cas échéant, au contentieux) ; il est également indispensable de mettre en place une gouvernance dédiée, en capacité de mener des analyses à 360°.

■ ■ **Recommandation n° 22** (rappel)

Créer un observatoire économique santé / social pour anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des secteurs financés par la protection sociale.

■ ■ **Recommandation n° 39**

Inclure en amont des évolutions juridiques une évaluation, par la MICAFA, des risques de fraude associés à la création de nouvelles prestations, à de nouvelles règles associées aux prélèvements et à leur modification substantielle ; matérialiser cette évaluation dans les études d'impact.

■ ■ **Recommandation n° 40**

Travailler aux conditions de mise en place d'une analyse conjointe du Conseil d'Etat et de la Cour des Comptes sur les fraudes, en amont du processus parlementaire.

■ ■ **Recommandation n° 41**

Prévoir, dans les avis des caisses sur les textes qui leur sont soumis, une analyse des risques de contournement de la norme lors de la mise en œuvre des mesures.

■ ■ **Recommandation n° 42**

Mettre en place, dans les caisses, une organisation en matière de lutte contre la fraude qui prenne en compte le sujet de bout en bout (de l'acquisition des données à la sanction).

## 4

### Contrôler pour dissuader : mieux coordonner les efforts

La prévention est indispensable. Le contrôle l'est tout autant. En lien direct avec la prévention, il contribue à éviter la fraude par un effet « peur du gendarme » ; il permet de sanctionner des comportements inappropriés. Il permet de redresser et recouvrer des sommes versées à tort. Il aide à connaître les phénomènes déviants et alimente à ce titre les travaux d'évaluation.

Le HCFiPS souhaite souligner le très fort investissement des organismes de sécurité sociale dans les opérations de contrôle, avec des résultats qui s'améliorent d'année en année. Ce travail est particulièrement lourd et complexe dans un contexte de sophistication croissante de la fraude. Le HCFiPS souhaite saluer l'accroissement des moyens consacrés à cette action, porté par les conventions d'objectifs et de gestion successives.

Pour bien appréhender ce sujet, il souhaite rappeler que la lutte contre la fraude n'est qu'une des facettes du contrôle : contrairement à des idées parfois répandues, les organismes effectuent de très nombreuses vérifications lors du versement des prestations ou à l'occasion du recouvrement des cotisations, dans l'objectif d'établir un « juste » droit ou un « juste » prélèvement.

Le contrôle et la lutte contre la fraude couvrent une multiplicité de situations, sur la quasi-totalité du champ de la protection sociale. Certaines zones mériteraient sans doute d'être approfondies : omettre ou sous-investir certaines populations peut donner un sentiment de « laisser-faire » ou stigmatiser les populations contrôlées. Le HCFiPS évoque quelques points de vigilance sur ce sujet (travailleurs indépendants, malgré le très fort investissement des URSSAF sur la micro-entreprise, secteur médico-social, notamment sur le volet médical, établissements de santé...), avec une attention particulière sur les activités illicites. Pour autant, les caisses élargissent sans cesse leur champ d'intervention : le HCFiPS salue notamment le très fort réinvestissement de la CNAM sur ces sujets avec le déploiement, ces dernières années, à côté du travail d'évaluation profession par profession, d'importantes campagnes de lutte contre la fraude ciblant les centres de santé ou les audioprothésistes et qui montrent la grande sensibilité de l'assurance maladie à ces sujets.

■ ■ **Recommandation n° 43**

Tenir au niveau de la DSS, en interbranche, une cartographie des risques de fraude et des opérations de contrôle associées, pour identifier les principales actions à mener en termes de contrôle.

■ ■ **Recommandation n° 44**

Engager une expérimentation sur la mise en place de délégations de contrôle entre les URSSAF et la sphère fiscale sur le périmètre des travailleurs indépendants.

#### ■ ■ **Recommandation n° 45**

Poursuivre les rapprochements entre assiette fiscale et assiette sociale des microentrepreneurs dans le cadre de campagnes de fiabilisation des revenus et en tirer les conséquences en termes de revenus assujettis à cotisations.

#### ■ ■ **Recommandation n° 46**

Mettre le fichier DGFiP relatif aux plateformes à disposition de la CNAM (pour faciliter le contrôle de la C2S et les contrôles portant sur les indemnités journalières), de France Travail et de la CCMSA (ou partager le fichier tenu par l'URSSAF) et s'assurer de la mutualisation des résultats des contrôles relatifs à la micro-entreprise entre organismes de sécurité sociale.

#### ■ ■ **Recommandation n° 47**

Examiner l'extension de compétence du contrôle médical de la CNAM aux prestations servies par les MDPH.

La diversification croissante des sources et méthodes de contrôle, souhaitable, nécessite de réfléchir à l'efficacité de l'action : les croisements de données sont très chronophages et doivent être dans la mesure du possible massifiés et automatisés, sans méconnaître le respect des libertés individuelles. L'outillage doit s'adapter à l'univers numérique qui crée de nouveaux risques de fraudes (il permet, par exemple, plus aisément une ouverture de droits depuis l'étranger). Il est essentiel de se doter d'outils qui permettent cette surveillance : la conduite d'investigations sous pseudonyme sur internet ou sur les réseaux sociaux est ainsi devenue un outil incontournable de la lutte contre toute forme de fraude. L'outillage doit également mobiliser de nouvelles techniques : l'analyse de données de masse pour détecter les zones de fraude, permise par le datamining, est une avancée majeure dans la lutte contre la fraude. L'ensemble de ces méthodes doit être concilié avec le cadre juridique applicable à la protection des données personnelles.

L'accroissement de l'efficacité des contrôles doit passer par une amélioration des échanges entre organismes de protection sociale : l'impact d'un contrôle emporte très souvent des conséquences sur l'ensemble des branches. Elle doit aussi passer par la mise en place d'une coordination, aujourd'hui extrêmement lacunaire, avec les organismes complémentaires.

#### ■ ■ **Recommandation n° 48**

Échanger systématiquement les résultats des contrôles entre le régime général et la CCMSA, tant au niveau local que national, notamment sur le déconventionnement des professionnels de santé.

#### ■ ■ **Recommandation n° 49**

Reprendre les opérations de contrôle sur les établissements de santé.

#### ■ ■ **Recommandation n° 50**

Mieux partager entre organismes certaines informations de gestion (par exemple sur la consommation de soins à l'étranger comme élément de présomption du lieu de résidence).

#### ■ ■ **Recommandation n° 51**

Automatiser les traitements permettant de matérialiser la fraude pour gagner en productivité et sécuriser les processus (notamment par le développement de consultation par API), dans le respect des règles régissant l'accès aux données personnelles.

#### ■ ■ **Recommandation n° 52**

Partager entre organismes sur les nouvelles techniques de contrôle, en s'assurant de leur compatibilité avec la protection des données personnelles (utilisation des adresses IP par exemple).

#### ■ ■ **Recommandation n° 53**

Mettre en place une veille structurée sur les risques de fraudes à la protection sociale recourant au dark web.

#### ■ ■ **Recommandation n° 54**

Systématiser le contrôle de l'effectivité de l'activité en cas de chiffre d'affaires nul ou faible pour les micro-entrepreneurs et partager les résultats des investigations dans l'ensemble des branches.

#### ■ ■ **Recommandation n° 55**

Structurer, par un bilan partagé, l'information sur les données transmises au titre des fraudes entre organismes pour partager les suites données et améliorer, le cas échéant, le processus.

Cette approche transversale doit passer par une nouvelle organisation de la lutte contre les fraudes – notamment les fraudes complexes : les caisses – et en premier lieu la CNAF – ont beaucoup travaillé leurs



organisations internes. Au-delà, le pilotage interministériel, sous l'égide de la MICAFA, doit être soutenu, au niveau national, pour prendre en charge les nouvelles formes de fraudes détectées notamment dans le secteur de la santé ; il doit être porté également au niveau local, en homogénéisant l'action des CODAF et en faisant en sorte que l'ensemble des échelons territoriaux (notamment les départements) puissent participer à cette action.

Cette nouvelle organisation doit s'accompagner d'un volet « ressources humaines », pour diversifier les profils d'agents intervenant sur ce sujet, mais aussi rationaliser les politiques de rémunération conduites par les différents organismes sur ces sujets.

#### ■ ■ **Recommandation n° 56**

Identifier toutes les potentialités du mécanisme de mutualisation des contrôles entre branches permettant de rendre les contrôles réalisés par une des caisses opposables sur l'ensemble des risques.

#### ■ ■ **Recommandation n° 57**

Mettre en place au plus vite un cadre juridique permettant les échanges entre caisses de sécurité sociale et organismes complémentaires en matière de fraudes.

#### ■ ■ **Recommandation n° 58**

Renforcer l'organisation existante au sein de la branche recouvrement, en étendant le périmètre couvert au titre des fraudes à enjeu, en formalisant davantage de méthodologies de contrôle (et en veillant à leur actualisation régulière) et en expérimentant le recours à des tasks force d'inspecteurs issus de plusieurs URSSAF.

#### ■ ■ **Recommandation n° 59**

Partager une politique de ressources humaines cohérente entre branches prestataires sur les agents en charge de la lutte contre la fraude.

#### ■ ■ **Recommandation n° 60**

Poursuivre les travaux engagés par la MICAFA en vue de la coordination des opérations de lutte contre les fraudes complexes.

#### ■ ■ **Recommandation n° 61**

Veiller à ce que l'ensemble du périmètre de la protection sociale puisse être traité au sein des CODAF.

**5**

## **Concilier efficacité de la lutte contre la fraude et non-discrimination**

Comme cela vient d'être souligné, le recours au datamining et aux algorithmes s'est développé dans la sphère de la protection sociale à compter des années 2010 dans un objectif d'efficacité des contrôles. Du point de vue des finances sociales, il s'agissait notamment d'augmenter la rentabilité des opérations de contrôle en ciblant les dossiers les plus à risque, d'autre part de stopper, au plus vite, les conséquences financières des fraudes, en détectant les risques de fraudes, notamment les plus complexes, le plus rapidement possible.

Aujourd'hui, ces objectifs ont été largement atteints et l'efficacité des contrôles s'en trouve globalement renforcée. Cette évolution est très positive. Elle se heurte néanmoins à une difficulté : l'usage des algorithmes est régulièrement incriminé pour son opacité. Longtemps cantonnée aux CAF – les premières à avoir « industrialisé » l'usage du datamining –, cette critique concerne aujourd'hui l'ensemble des branches, qui se voient interpellées par les associations d'utilisateurs, le Défenseur des Droits ou les médias et doivent répondre de l'utilisation de leurs méthodes.

Il est évidemment indispensable que la sécurité sociale, socle de la solidarité nationale, ne puisse être mise en cause sur d'éventuelles pratiques discriminatoires, au demeurant contraires au cadre juridique décliné dans plusieurs corpus juridiques (loi informatique et liberté, règlement général sur la protection des données ; code des relations entre le public et l'administration, directive « police justice »...) et posé par le Conseil constitutionnel.

Sur ce sujet sensible, le HCFiPS souhaite rappeler que l'enjeu de la lutte contre la fraude est de garantir l'égalité de l'accès aux droits et une concurrence non faussée entre les entreprises. L'évolution des techniques de contrôles contribue à cet objectif : le recours aux algorithmes est l'un des éléments de la « boîte à outils ». Toutefois, compte tenu des volumes de données individuelles importants mobilisés par les organismes, mais aussi des évolutions technologiques qui, au travers des algorithmes apprenants, pourraient rendre de plus en plus difficile l'explicitation des résultats, le HCFiPS souhaite aussi souligner que des précautions importantes doivent accompagner le déploiement de ces méthodes.

En synthèse, le Haut Conseil veut mettre en avant trois points qui lui apparaissent essentiels à ce stade pour approcher cette question.

L'algorithme constitue un outil important de la panoplie du contrôle. Il convient d'en garantir le bon usage : il ne doit être utilisé que si la technique est efficace ; il ne peut par ailleurs faire office de seule source de contrôle, en particulier parce que personne ne doit être *a priori* exclu du contrôle.

Cet usage doit être dépourvu de tout caractère discriminatoire et respecter les autres droits des bénéficiaires (protection des données personnelles, droit au respect de la vie privée...). Ce point est essentiel et encore insuffisamment perçu alors que des biais statistiques ou cognitifs peuvent générer des discriminations « en toute innocence ».

Ce bon usage des algorithmes doit s'accompagner d'évolutions fortes dans le traitement de ces sujets, en interne aux organismes (formations, audits, chartes ou comités d'éthique...) et vis-à-vis des usagers (création d'une gouvernance *ad hoc* dans les caisses et mise en place d'un pilotage national).

■ ■ **Recommandation n°62**

Créer deux indicateurs mesurant : – la part des contrôles réalisés à partir des algorithmes ; – l'efficacité des algorithmes en termes de redressements.

■ ■ **Recommandation n°63**

Piloter les sujets ayant trait à l'intelligence artificielle au niveau des comités de direction des organismes et produire des synthèses annuelles ou pluriannuelles sur les actions menées.

■ ■ **Recommandation n°64**

Assurer en formation initiale et continue une bonne connaissance des risques de discrimination associés au développement de l'intelligence artificielle.

■ ■ **Recommandation n°65**

Procéder à des audits externes des algorithmes pour éviter des biais de discrimination.

■ ■ **Recommandation n°66**

Mettre en place des chartes ou/et des comités d'éthique permettant de partager, au sein des organisations, les risques de discrimination liés au déploiement des algorithmes et les mesures à mettre en œuvre, en particulier sur les sujets de lutte contre la fraude.

■ ■ **Recommandation n°67**

Mettre en place une gouvernance dédiée à l'intelligence artificielle rattachée aux conseils et conseils d'administration.

■ ■ **Recommandation n°68**

Mettre en place, sous l'égide de la DSS, un pilotage national en matière d'usage des algorithmes et de l'intelligence artificielle pour la sphère de la protection sociale, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude ; rédiger un rapport annuel sur l'usage de l'intelligence artificielle par les organismes, rendu public et établi en lien avec les comités d'éthique des organismes.

**6**

**Protéger les usagers du service public de la sécurité sociale des risques d'usurpation de leur identité**

La lutte contre la fraude est souvent perçue comme s'exerçant vis-à-vis des seuls usagers, au risque de cibler certaines populations, d'imposer des contrôles, des contraintes, des angoisses. Le HCFiPS juge capital que la lutte contre la fraude incorpore pleinement la protection des assurés et notamment de leur identité, de leurs coordonnées, alors que le risque d'usurpation d'identité s'accroît régulièrement.

Là encore, les organismes déploient d'ores et déjà de nombreuses actions à la fois pour limiter ce risque (information, sécurisation des accès aux sites internet, sécurisation de l'architecture informatique) et pour détecter les tentatives d'escroquerie au plus tôt, avec une forte mobilisation autour des fraudes à l'identification bancaire (« fraude au RIB »). Même si le risque zéro n'existe pas, les nombreux vols de données récents, qui impliquent des populations très nombreuses, montrent que des progrès doivent encore intervenir.

Ces évolutions doivent être pensées au sein de la sphère de la protection sociale – avec une réflexion partagée sur les bonnes pratiques –, mais aussi et peut-être surtout avec le reste de l'environnement institutionnel : les échanges doivent notamment être structurés avec le monde bancaire, dans lequel sont menées des réformes de nature à réduire les risques de fraude – en tout cas à en complexifier très fortement la réalisation.

Le HCFiPS insiste sur la nécessité de mettre en place une gouvernance, interbranche, pour prendre en charge les enjeux de la cybercriminalité. Les partenaires sociaux doivent être associés au sein des conseils et conseils d'administration de caisses à la réflexion sur le bon équilibre entre sécurité et accessibilité au système de protection sociale.

#### ■ ■ **Recommandation n°69**

Garantir la bonne information des assurés sur les risques de cybersécurité en s'assurant au travers de focus groups que les messages d'alerte figurant sur les sites internet sont suffisants et adéquats et en créant des contenus pédagogiques, au travers par exemple de tutoriels et de webinaires.

#### ■ ■ **Recommandation n°70**

Définir collectivement, au sein de la protection sociale, une doctrine de communication sur les risques de fraude à l'identité (signalement des usurpations d'identité aux structures en charge de la lutte contre la fraude, suites judiciaires...).

#### ■ ■ **Recommandation n°71**

Garantir des formations régulières et actualisées des agents aux problématiques de cybersécurité.

#### ■ ■ **Recommandation n°72**

Mettre en place un échange entre caisses sur les meilleures parades au risque cyber et rechercher une harmonisation des approches.

#### ■ ■ **Recommandation n°73**

Prévoir un échange systématique au sein des CODAF sur la fraude à l'identité.

#### ■ ■ **Recommandation n°74**

Poursuivre la montée en charge des croisements de données avec FICOBA, pour sécuriser les RIB au plus tôt.

#### ■ ■ **Recommandation n°75**

Préparer conjointement entre les organismes de protection sociale et la Banque de France la mise en place, au sein des organismes, des nouvelles obligations bancaires relatives à la sécurisation des RIB.

#### ■ ■ **Recommandation n°76**

Créer une commission en charge des questions de cyber sécurité et du bon équilibre entre accès aux droits et sécurisation du système d'information, rattachée aux conseils et conseils d'administration des organismes.

#### ■ ■ **Recommandation n°77**

Créer une structure d'échange sur les questions de cybersécurité associant l'ensemble de la sphère de la protection sociale et son écosystème et mobilisant des compétences des organismes en matière de fraude et étendre le champ d'intervention du CERT (centres d'alerte et de réaction aux attaques informatiques).

#### ■ ■ **Recommandation n°78**

S'assurer, lorsqu'un organisme sous-traite le traitement de certaines données à un prestataire, que la sécurité au niveau du prestataire est d'un niveau équivalent à celle de l'opérateur.

#### ■ ■ **Recommandation n°79**

Prendre une disposition législative pour imposer aux organismes complémentaires des normes de cybersécurité au moins équivalentes à celles de l'ensemble de la sphère publique.

#### ■ ■ **Recommandation n°80**

Expertiser des schémas organisationnels susceptibles de réduire le risque de fraude à l'usurpation d'identité pour l'ensemble des usagers.



**On le voit, beaucoup de recommandations du présent rapport ont trait à des questions de gouvernance. Le HCFiPS ne saurait trop insister sur l'importance de rénover cette dernière, notamment par la mise en place au niveau de la Direction de la sécurité sociale d'un pilotage associant l'ensemble des organismes et couvrant tant les sujets d'évaluation, que de prévention et de contrôle, s'agissant en particulier des fraudes complexes.**

#### ■ ■ **Recommandation n°81**

Mettre en place au niveau de la Direction de la sécurité sociale une gouvernance dédiée à la lutte contre la fraude, associant l'ensemble des organismes, et couvrant l'ensemble du spectre (évaluation, prévention, contrôle).

# LE HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE A POUR MISSIONS :

- ■ De dresser un état des lieux du système de financement de la protection sociale, d'analyser ses caractéristiques et ses changements ;
- ■ D'évaluer les évolutions possibles de ce système de financement ;
- ■ D'examiner l'efficacité des règles de gouvernance et d'affectation des recettes de l'ensemble du système de protection sociale de manière à assurer son équilibre pérenne ;
- ■ De formuler, le cas échéant, des recommandations et des propositions de réforme. Le Haut Conseil peut, en outre, être saisi de toute question par le Premier ministre, le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé de l'économie.

## **HCFIPS**

78/84 rue Olivier de Serres CS 59234  
75739 PARIS cedex

[www.strategie.gouv.fr/hcfips](http://www.strategie.gouv.fr/hcfips)  
[www.securite-sociale.fr/hcfips](http://www.securite-sociale.fr/hcfips)

ISSN en ligne : 2782-1137