
Est-ce que la Sécurité sociale lutte contre les fraudes ?

1. Pourquoi se poser la question ?

Les prestations de sécurité sociale de base représentent des enjeux financiers considérables, soit 485 Md euros de dépenses prévus en 2015, soit près du 1/3 de notre richesse nationale.

Ne pas respecter ou ne pas faire respecter les règles d'attribution des prestations ou de paiement des cotisations est grave car

- cela sape la confiance des citoyens dans un système indispensable et légitime ;
- cela crée une concurrence déloyale au détriment des entreprises qui respectent les règles du jeu pour protéger leurs salariés ;
- cela se fait toujours, finalement, aux dépens de ceux qui ont besoin de la sécurité sociale.

Il est donc nécessaire de s'attaquer fermement aux dépenses illégitimes et à l'évasion sociale. L'Etat et les organismes de sécurité sociale ne sont pas restés inactifs dans ce domaine et se sont attaqués systématiquement au problème depuis plus de 10 ans.

La question de la fraude n'est pas taboue ni occultée. Elle est traitée en tant que telle dans la loi de financement de la sécurité sociale chaque année et dans les conventions d'objectifs et de gestion qui lient l'Etat et les organismes et s'appuie également sur des coopérations entre les organismes.

2. De quoi parle-t-on ?

La fraude est une volonté de tricher - qui concerne certes une petite minorité d'acteurs mais qui existe. Elle se distingue de l'erreur, qui est involontaire, et elle est recherchée en tant que telle.

La fraude est mesurée par des enquêtes et fait l'objet de mesures spécifiques : recherches, recouvrement des indus frauduleux, sanctions administratives et pénales. Ces mesures s'orientent autant sur les agissements qui génèrent des pertes de recettes que sur ceux qui augmentent illégalement les dépenses.

- ***Fraudes aux cotisations***

Les employeurs et les travailleurs indépendants peuvent chercher à ne pas déclarer ou à minorer les salaires ou les revenus pour éviter le paiement des cotisations. Cela peut aussi conduire les salariés concernés à sous-déclarer leurs revenus pour payer moins d'impôts ou toucher plus d'aides.

- ***Fraudes aux prestations***

Les actions de lutte contre les pratiques illégales se déclinent dans l'ensemble des branches de sécurité sociale. Voici quelques exemples.

- Sur les prestations maladie, les assurés peuvent se faire délivrer un arrêt de travail « fictif » et continuer à travailler par ailleurs. Les professionnels de santé, les établissements de santé et les transporteurs de malades, peuvent surfacturer certains actes. L'assurance maladie recherche systématiquement les indices de ces comportements suspects et effectue des contrôles adaptés.
- Sur les prestations vieillesse, les retraités et les bénéficiaires de pensions de réversion peuvent omettre de déclarer la totalité de leurs revenus pour percevoir le minimum de prestation.
- S'agissant des prestations familiales, les pratiques frauduleuses peuvent prendre différentes formes. Cela peut être une sous-déclaration des revenus pour percevoir les minima sociaux, déclarer des conditions de vie familiales qui n'existent pas (parent isolé, nombres d'enfants à charges, garde d'enfants à domicile, qualités du logement occupé, réalité de la résidence en France ...). Les Caisses d'allocations familiales recherchent et sanctionnent ces pratiques, notamment par des croisements de fichiers.

3. Les éléments de réponse

La lutte contre la fraude est conduite par chaque organisme et aussi par leur coopération, entre eux et avec les services de l'Etat.

- La lutte contre la fraude fait désormais partie intégrante des politiques conduites au sein de chaque organisme. L'efficacité des actions menées permet d'accroître chaque année le montant des indus constatés et de mieux sanctionner les auteurs.

L'inscription dans les conventions d'objectifs de gestion des organismes sociaux d'un axe dédié aux politiques de contrôle et de lutte contre la fraude a permis de mobiliser les organismes et d'obtenir des résultats significatifs dans ce domaine.

En 2013, tous régimes confondus, les organismes ont détecté 641,5 millions de fraudes. Depuis 2009, près de 2,5 milliards d'euros de fraudes ont été détectées par les organismes de sécurité sociale. (voir graphique)

En matière de cotisations, les montants redressés par les URSSAF se sont élevés à 291 millions d'euros en 2013. L'efficacité des actions de contrôle tient notamment à la conduite d'actions mieux ciblées : 80 % des actions menées se traduisent par un redressement, et à l'intensification des coopérations avec les organismes partenaires. La fraude aux cotisations et contributions sociales – travail « au noir » ou « non déclaré » - est donc mieux sanctionnée. Elle donne lieu à sanctions administratives et peut faire l'objet de poursuites pénales. Les infractions dans ce domaine font l'objet de plus de 3000 procès-verbaux par an et progresse chaque année.

En matière de prestations maladies, la CNAMTS a détecté et stoppé des fraudes pour un montant de 167,1 millions d'euros.

Le RSI a ainsi renforcé son rôle d'animation, de coordination et de pilotage du réseau notamment au travers de la diffusion d'un plan national de lutte contre la fraude. En 2013, le montant total du préjudice financier constaté au titre des fraudes s'élève à 9 210 544 €.

Les régimes spéciaux - CRPCEN, Caisse des Dépôts et Consignations, CPRP de la SNCF, CNMSS, CNIEG, CAVIMAC – améliorent le ciblage de leurs contrôles tout en s'appuyant sur les nouveaux outils inter-régimes mis à leur disposition.

Du côté des CAF, les sanctions prononcées sont essentiellement des pénalités financières. Le montant total des sanctions financières s'élève à 18 millions d'euros par an.

- En matière de lutte contre la fraude aux cotisations sociales et aux prestations sociales, la coopération est essentielle : des relations étroites et automatisées se développent entre les acteurs pour faciliter la détection et mieux sanctionner les fraudes induites.

Les organismes peuvent désormais connaître et s'échanger toutes les informations relatives aux prestations servies aux bénéficiaires par un autre régime. Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) met à la disposition des organismes qui servent des prestations les informations relatives

aux bénéficiaires. 79 organismes de protection sociale alimentent cet outil pour vérification avant la liquidation des droits et pour la détection des fraudes.

La transmission des données fiscales aux organismes sociaux permet de mieux détecter les fraudes aux prestations soumises à conditions de ressources et à vérifier la cohérence des déclarations faites, en particulier sur la résidence en France.

La sphère sociale dispose également d'un droit de communication sur toutes les informations sur leurs bénéficiaires, notamment auprès des banques qui doivent communiquer les relevés de comptes bancaires des personnes soupçonnées.

Dans le cadre des comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF), les organismes sociaux participent activement aux opérations de détection et d'exploitation des fraudes complexes à fort enjeu, impliquant d'autres corps de contrôle comme la police, la gendarmerie, les administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail. Ainsi, les CODAF ont mené en 2013 un total de 6 719 actions de lutte contre les fraudes aux finances publiques. Dans ce cadre, près de 291 fermetures administratives ont été notifiées (ou sont en cours d'instruction) en 2013 par les préfets.

Certaines fraudes nécessitent des investigations particulières et une collaboration étroite avec l'inspection du travail. C'est notamment le cas en matière de fraude au détachement des salariés¹. C'est pourquoi se développe une harmonisation des pratiques entre ces deux corps de contrôle pour mener des actions ciblées sur les secteurs à risques.

4. Les « plus » commentés

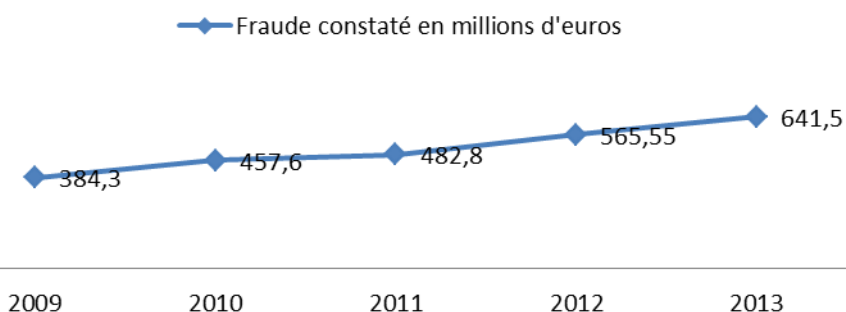
Le tableau et le graphique ci-dessous montrent que les organismes de sécurité sociale luttent contre la fraude depuis plusieurs années et que les résultats sont au rendez-vous : le montant des fraudes détectées est en augmentation constante. Ces chiffres traduisent ainsi un double phénomène :

- l'implication commune de plus en plus forte des organismes
- et l'efficacité croissante de leurs actions, même si des progrès restent à faire.

¹ Le salarié envoyé temporairement sur le territoire français pour y effectuer un travail est maintenu à la législation de sécurité sociale de l'Etat d'envoi pendant la période de détachement en France.

Organismes de protection sociale	2009	2010	2011	2012	2013	Total 2009-2013
ACOSS (Cotisations)	130	185,5	219,6	260	291	1 086,1
CNAMTS (Maladie)	152	156,3	120	149,4	167,1	744,8
CNAF (famille)	85	90,1	101,5	119	141,4	537
CNAV (vieillesse)	3,3	10,1	14,4	8,3	8,3	44,4
CCMSA (cotisations et toutes branches)	8	9,3	16,6	18,2	19,4	71,5
CNRSI (maladie, vieillesse)	6	6,3	7,4	7,8	9,2	36,7
Régimes spéciaux (cotisations, maladie et vieillesse)	-	-	3,3	2,8	5,1	11,2
TOTAL	384,3	457,6	482,8	565,55	641,5	2 531,75

Evolution des montants frauduleux constatés par les organismes de protection sociale



5. Aller + loin

Les éléments présentés sont issus des rapports annuels de lutte contre la fraude des organismes présentés chaque année au 30 avril de l'année suivante.

Le bilan annuel de lutte contre la fraude peut être consulté à l'adresse <http://www.securite-sociale.fr/La-Delegation-nationale-a-la-lutte-contre-la-fraude?type=pro>

ACOSS

« *Travail dissimulé : les redressements ont décuplé en dix ans* », Les Echos, 25/05/2015

CNAMTS

« *L'assurance maladie va vérifier les comptes bancaires des bénéficiaires de la CMU-C pour lutter contre la fraude* », Le Parisien, 13/05/2015

CNAF

« *Envolée des sanctions pour fraude aux allocations familiales* », Le Figaro, 01/06/2015
