

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales

- Audition de Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la sécurité sociale (DSS).....2
- Présences en réunion 19

Mardi

11 février 2020

Séance de 17 heures 15

Compte rendu n° 2

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

**Présidence de
M. Patrick Hetzel,
président**



**COMMISSION D'ENQUÊTE RELATIVE
A LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES AUX PRESTATIONS SOCIALES**

Mardi 11 février 2020

La séance est ouverte à dix-sept heures quinze.

Présidence de M. Patrick Hetzel, Président

La commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales procède à l'audition de Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la sécurité sociale (DSS).

M. le président Patrick Hetzel. Mes chers collègues, nous débutons aujourd'hui les auditions de la commission d'enquête relative à la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Nous recevons Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la sécurité sociale (DSS), à qui je souhaite la bienvenue.

Madame, vous êtes à la tête de la direction de la sécurité sociale depuis juin 2017, après un poste de directrice déléguée au sein de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Votre direction est en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la sécurité sociale et exerce la tutelle sur les organismes de sécurité sociale. Tant votre parcours passé que vos fonctions actuelles seront précieux pour les travaux de notre commission d'enquête, c'est pourquoi nous avons souhaité vous entendre. Vous êtes la première personne que nous auditionnons.

Je sais que la lutte contre la fraude a pris une place importante dans les discussions que vous avez avec les caisses. Votre direction est également impliquée dans la définition du cadre législatif et réglementaire de la lutte contre la fraude, notamment lors de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), mais aussi d'autres textes, comme la loi relative à la lutte contre la fraude du 23 octobre 2018.

Je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc, madame, à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

Mme Mathilde Lignot-Leloup prête serment.

Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la DSS. La DSS, en tant que pilote du service public de la sécurité sociale, a une triple mission au titre de la lutte contre les fraudes sociales. D'abord, elle définit le cadre juridique : nous avons renforcé les outils juridiques pour mieux détecter et lutter contre la fraude, notamment au travers des dernières LFSS et de la loi contre la fraude d'octobre 2018.

Notre deuxième mission est de fixer des objectifs aux caisses nationales de sécurité sociale, pour qu'elles puissent et qu'elles soient incitées à mieux détecter, à mieux sanctionner et à mieux recouvrer les indus liés aux fraudes. Ce sont dans les conventions d'objectifs et de

gestion (COG) signées entre l'État et les caisses de sécurité sociale, que nous fixons, de façon systématique, des objectifs et des actions en matière de lutte contre les fraudes. Sur la période 2018-2022, toutes les COG signées avec l'Assurance maladie, l'Assurance vieillesse et l'Assurance famille, ont comporté des objectifs déclinant les engagements pris pour la lutte contre le travail illégal et les orientations en matière de lutte contre la fraude aux prestations sociales. La DSS, n'opère pas d'action directe de contrôle et de lutte contre la fraude, mais évidemment, nous assurons un suivi étroit et régulier de la tenue de ces objectifs. Nous en établissons un bilan annuel.

Notre troisième mission consiste à piloter certains projets visant à favoriser la transversalité entre organismes de sécurité sociale ou les échanges d'information entre les administrations de l'État, notamment en matière fiscale ou au sein du ministère de l'Intérieur, et les organismes de sécurité sociale. Plus particulièrement, nous sommes chargés du pilotage du répertoire national commun de protection sociale (RNCPS), créé par la loi en 2006 ; sa maîtrise d'ouvrage a été confiée à la DSS et sa mise en œuvre à la CNAV.

La DSS comporte une mission en charge de la fraude, que Mme Dorastella Filidori dirige. C'est une structure très légère de coordination qui m'est directement rattachée et qui vise à donner une impulsion aux démarches de détection et de lutte contre les fraudes sociales. Évidemment, la lutte contre les fraudes est un enjeu à la fois financier pour la Sécurité sociale, mais aussi et surtout un enjeu d'exemplarité et de confiance de nos citoyens dans notre système de protection sociale. C'est avec ce double objectif que nous avons renforcé les actions au cours des dernières années.

En termes de résultats et d'objectifs, le renforcement des actions s'est traduit au cours des dernières années par une détection des fraudes plus importante, et donc des résultats financiers en hausse. En effet, au titre de 2018, nous avons, au sein des organismes de sécurité sociale, détecté un montant de fraude d'un peu plus de 1,2 milliard d'euros, contre 860 millions d'euros en 2014, soit une augmentation de près de 43 % en quatre ans. Au sein de ces fraudes, la moitié est liée aux prestations sociales et l'autre aux cotisations sociales, notamment concernant le travail illégal.

En 2019, il est encore trop tôt pour disposer d'un bilan définitif, mais les premières données provisoires montrent bien qu'il faut que l'on poursuive nos efforts, avec une progression de l'ordre de 5 % des résultats en 2019, par rapport à 2018.

Nous avons, au cours de ces dernières années, agi dans trois directions. La première a visé à renforcer les outils juridiques, afin de disposer de davantage de leviers pour détecter et réprimer les fraudes constatées par les organismes de sécurité sociale. Cet arsenal juridique a été renforcé, notamment au travers de la loi du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude, qui faisait le pendant avec la loi pour un État au service d'une société de confiance dite loi « ESSOC », qui visait à améliorer les relations entre l'État et les administrés. Nous avons recherché un équilibre entre la loi « ESSOC » qui a favorisé la relation de confiance avec les assurés et l'ensemble des cotisants de bonne foi, d'une part, et, un renforcement des dispositions en matière de lutte contre la fraude, à la fois en termes de prestations et de cotisations, d'autre part. Au travers de la loi du 23 octobre 2018, nous avons renforcé les échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les services fiscaux. C'est l'article 6 de cette loi qui prévoit de développer les échanges, avec l'accès pour les organismes de sécurité sociale au fichier des comptes bancaires et assimilés (FICOBA), au fichier des contrats d'assurance vie et des contrats de capitalisation (FICOVIE) ou à Patrim, qui permettent de mieux détecter les fraudes.

Nous avons également renforcé les pénalités en cas de refus du droit de communication et de réponse des organismes de sécurité sociale. L'article 8 de cette loi a ainsi accru les pénalités applicables en cas de refus et de récidive en matière de réponse aux demandes des organismes de sécurité sociale.

Nous avons ensuite, dans deux LFSS, renforcé les mesures de lutte. Dans la LFSS pour 2018, nous avons affermi les pénalités financières en cas de fraude à l'assurance maladie, en relevant les barèmes applicables. Nous avons également harmonisé les mécanismes de sanction et d'avertissement dans les différentes branches prestataires, que ce soit l'Assurance maladie, la branche famille ou la branche vieillesse. Ceci a permis de consolider les mécanismes d'avertissement et de prévoir des pénalités financières plus importantes en cas de refus du droit de communication des organismes de sécurité sociale.

Plus récemment, lors de la dernière LFSS pour 2020, nous avons traduit dans la loi plusieurs des propositions faites par le rapport de Mmes Carole Grandjean et Nathalie Goulet. Nous avons prévu l'obligation pour les organismes de sécurité sociale de mettre en place un programme de contrôle et de lutte contre la fraude, adossé au plan de contrôle interne, pour pouvoir bien articuler ces dispositifs ; ceci est prévu par l'article 77 de la LFSS pour 2020. Nous avons également renforcé la communication des documents et des données relatifs aux échanges entre les administrations de l'État et les organismes de protection sociale dans l'article 78. Enfin, nous avons prévu un bilan, un audit du RNCPS, en prévoyant la remise d'un rapport au Parlement sur ce sujet, prévu par l'article 81 de la LFSS.

Vous voyez que nous avons, au cours des dernières années, renforcé les outils pour pouvoir à la fois mieux détecter la fraude, par les échanges d'informations, et mieux la sanctionner.

Le deuxième axe d'évolution consiste à renforcer les échanges de données, en développant le partage des données entre les organismes de sécurité sociale et avec les autres services de l'État, que ce soit les services fiscaux ou les services du ministère de l'Intérieur. Depuis la fin de l'année dernière, les organismes de sécurité sociale ont accès à la base de données du ministère de l'Intérieur sur les titres de séjour dite « application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France » (AGDREF), qui permettent de contrôler les prestations maladie ou famille. Nous travaillons également sur le meilleur accès, pour les organismes de sécurité sociale, au fichier des visas tenu par le ministère de l'Intérieur, intitulé VISABIO.

Nous avons également, au titre de ces partages de données et d'échanges de systèmes d'information, mis en place l'outil demandé par l'Assemblée nationale en 2006, le RNCPS, à partir de 2012. Son utilisation est croissante : ce répertoire rassemble l'ensemble des prestations de sécurité sociale, les prestations d'assurance chômage, ainsi que celles versées par les collectivités locales. Ce répertoire, qui permet d'avoir une connaissance des prestations sociales au sens large, est maintenant utilisé de façon très régulière par l'ensemble des organismes de sécurité sociale. Nous avons décompté, en 2018, un peu plus de 18 millions de consultations de ce répertoire, notamment par les branches famille et maladie qui l'utilisent comme outil de vérification des dossiers pour l'octroi des prestations sociales.

Ce RNCPS, qui avait été voulu par l'Assemblée nationale, a été mis en place et est monté en charge. Si la CNAV en est l'opérateur, la DSS fait en sorte que son usage par les organismes de sécurité sociale se généralise, afin d'en faire un outil donnant une vision globale des prestations sociales.

La nouveauté en 2020 est que nous alimentons ce RNCPS avec le montant des prestations versées, alors que jusqu'à présent, nous n'avions que l'identité et les types de prestations. L'outil est donc complété et renforcé.

Le troisième levier, au-delà des mesures législatives et du développement des échanges d'informations et de croisements de fichiers, est de prévoir, parmi les objectifs fixés aux organismes de sécurité sociale dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion, des engagements croissants en matière de détection, de communication, de prévention et de redressement de ces fraudes, ainsi que de recouvrement de ces indus.

La particularité des conventions d'objectifs et de gestion sur 2018-2022 est qu'elles comportent à chaque fois des objectifs en matière de lutte contre la fraude. Nous voulons qu'elles aient une triple dimension : mieux détecter et prévenir en amont, notamment en utilisant les outils de *datamining* ; mieux lutter contre les fraudes ; prévoir des objectifs croissants pour les montants redressés. En fonction du point de départ de chacune des caisses, les objectifs sont plus ou moins croissants.

La troisième dimension, commune à l'ensemble de ces objectifs, vise à mettre l'accent sur le recouvrement des indus. C'est à la fois un signe d'efficacité de la lutte contre la fraude et cela participe de l'effet dissuasif de celle-ci, en s'assurant que les redressements sont effectivement recouverts. Toutes les conventions d'objectifs et de gestion comportent une dimension de renforcement de ces indicateurs et objectifs. Nous nous sommes efforcés également d'inciter toutes les caisses de sécurité sociale à bien articuler leur programme de lutte contre la fraude avec celui de contrôle interne et qu'elles soient encouragées à renforcer leur articulation au niveau local, avec les comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF). C'est une dimension importante de pouvoir travailler entre organismes de sécurité sociale et avec les autres administrations impliquées dans la lutte contre la fraude.

Une question à laquelle vous êtes amenés à réfléchir dans le cadre de vos travaux concerne la bonne évaluation de la fraude sociale, au-delà de celle que les organismes de sécurité sociale sont capables de détecter. Au cours des dernières années, nous avons sensiblement amélioré notre efficacité, avec des rendements croissants de détection. Mais c'est autre chose d'apprécier l'ampleur de la fraude sociale au sens large.

Nous avons mené des travaux plus anciens avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en s'appuyant sur l'expertise scientifique du Conseil national de l'information statistique (CNIS), afin de définir des méthodes scientifiquement éprouvées de mesure de la fraude aux cotisations sociales. Ce travail a permis de valider une méthodologie pour les contrôles aléatoires mis en place à partir de 2011. Menés par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), ils visent à documenter l'ampleur de la fraude au travail illégal, en supprimant le biais lié au fait que, dans le cadre d'une action de lutte contre la fraude, les contrôles ont vocation à être ciblés, puisque l'on vise les facteurs de risques les plus importants. Ces contrôles aléatoires permettent d'avoir une photographie plus exhaustive de l'ampleur de la fraude lorsque nous n'avons pas ce biais de sélection.

Ces travaux en matière d'évaluation de la fraude aux cotisations sociales ont été régulièrement menés, et réactualisés en juillet 2019 sous l'égide du Haut conseil de financement de la protection sociale (HCFiPS) et de son observatoire. Les estimations de la fraude liée au travail illégal sont, avec ces travaux, dans une fourchette estimée entre 5,2 milliards et 6,5 milliards d'euros par an.

En matière de fraude aux prestations sociales, ce type de démarche a commencé à être mis en place par la branche famille. Cette branche pratique, depuis quelques années, des contrôles aléatoires pour essayer d'identifier et estimer le montant de la fraude aux prestations sociales. Les dernières estimations faites sur l'année 2018 par la branche famille concluaient à un taux de prestations fraudées de 2,7 % du montant des prestations versées, ce qui revient à un peu plus de 1,9 milliard d'euros.

Ce travail d'évaluation vise aussi à identifier les types de prestations qui donnent davantage lieu à des erreurs ou des fraudes ; il s'agit essentiellement du revenu de solidarité active (RSA), de la prime d'activité et des aides au logement.

À partir de ces estimations, il est possible de travailler à la fois sur un meilleur ciblage des actions de lutte contre la fraude, mais également de renforcer les actions de communication et de prévention et de mieux sécuriser en amont le versement des prestations, notamment en permettant à la Sécurité sociale d'utiliser de plus en plus les données déclarées par d'autres acteurs, soit au travers des déclarations de salaires par l'employeur – la déclaration sociale nominative (DSN) –, soit grâce aux échanges d'informations avec les services fiscaux.

Voilà, à titre d'introduction liminaire, monsieur le président, un panorama des actions que nous menons en matière de lutte contre la fraude, afin de, chaque fois, renforcer l'efficacité de nos actions et d'utiliser de plus en plus les outils dématérialisés et les potentialités des outils numériques, à la fois en termes de détection et de prévention de la fraude.

M. le président Patrick Hetzel. La mission Goulet-Grandjean a permis de chiffrer à 5,2 millions le nombre de cartes Vitale en surnombre. Si vous reprenez ce chiffre et le mettez en perspective avec l'ensemble des cartes Vitale, cela représente 8,75 % des cartes. Un travail précédent de 2013 effectué conjointement par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) avait établi une estimation à 8 millions de cartes actives en surnombre.

Les choses ont évolué entre 2013 et aujourd'hui, puisque la mission Goulet-Grandjean évoque un chiffre moindre par rapport à ce travail de 2013, mais il y a toujours 5,2 millions de cartes actives en surnombre. Pourriez-vous éclairer notre commission d'enquête sur les facteurs explicatifs de cette distorsion ? D'autre part, comment pourrions-nous faire disparaître une telle distorsion ? En volumétrie, 8,75 % de l'ensemble des cartes est tout de même extrêmement conséquent.

M. Pascal Brindeau, rapporteur. Vous avez évoqué des chiffres de détection de la fraude aux prestations d'une part, aux cotisations de l'autre, pour un montant en 2018 de 1,2 milliard, à 50 % pour les prestations et à 50 % pour les cotisations liées au travail illégal. Vous avez également évoqué dans votre exposé des estimations de l'ordre de 5,2 milliards à 6,5 milliards d'euros de fraudes s'agissant du travail illégal, et d'environ 1,9 milliard d'euros s'agissant des prestations de la branche famille.

Vous savez évidemment que, dans différents rapports précédents, d'autres chiffres sont parfois avancés, qui seraient plus conséquents. Considérez-vous, au regard des méthodes d'estimation à la disposition des administrations de la sécurité sociale, c'est-à-dire les contrôles par sondage que vous avez évoqués et les montants de fraude détectés, qu'il existe

un « chiffre noir » de la fraude sociale aux prestations et aux cotisations ? Si oui, sauriez-vous l'évaluer ?

Vous avez évoqué 1,2 milliard de fraudes détectées en 2018. Auriez-vous le montant des recouvrements été effectués en 2018 sur ces indus de prestations et de cotisations ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Concernant votre première question, il peut y avoir des cartes Vitale qui sont désactivées et ne sont pas utiles, mais qui pour autant restent en circulation. On voit donc un nombre de cartes Vitale plus élevé que le nombre de bénéficiaires au titre de l'assurance maladie.

Tout d'abord, nous avons engagé et poursuivi des travaux de vérification du nombre de cartes Vitale à la fois au sein de l'Assurance maladie, la CNAM – le régime général – et l'ensemble des autres régimes d'assurance maladie, qui peuvent expliquer la possession d'une carte Vitale dans deux régimes différents. Les travaux d'intégration et de reprise par le régime général d'autres régimes, notamment le fait que la CNAM reprenne depuis l'année dernière le régime social des indépendants (RSI) et qu'elle ait repris les régimes des mutuelles étudiantes et un certain nombre de mutuelles, ont conduit à réduire le nombre de cartes Vitale. Du fait de ces opérations de fiabilisation et de gestion par la CNAM, plus de 830 000 cartes Vitale ont été supprimées.

Nous avons engagé, avec l'ensemble des autres régimes, au-delà de la CNAM, ce travail avec la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour fiabiliser et constater le nombre exact de cartes Vitale par rapport à leur nombre potentiel. Le nombre de cartes Vitale a été réduit par rapport à ce qui avait été constaté lors de la mission de Mme Grandjean et de Mme Goulet laquelle mission nous a incités à poursuivre dans ce travail. Aujourd'hui, nous avons 58,3 millions de cartes Vitale, ce qui est assez proche du nombre de porteurs potentiels. Nous continuons ces travaux, qui permettent de réduire le nombre de cartes Vitale.

Deuxième point sur lequel il faut insister, un certain nombre de cartes Vitale peuvent être en circulation mais n'ouvrent plus de droits. Le dispositif permet maintenant de mettre en opposition des cartes Vitale pour lesquelles il n'y a plus de droits. Ce n'est pas parce que l'on détient une carte, au sens d'un dispositif matériel, que celle-ci permet d'ouvrir des droits à l'Assurance maladie. Un professionnel de santé utilise la carte Vitale pour consulter en ligne les droits à l'Assurance maladie. La carte – c'est-à-dire le support –, est utilisée comme une forme de clé qui permet au professionnel de consulter les bases de l'Assurance maladie et savoir si la personne a des droits. Autrement dit, si une personne n'a pas de droits dans les fichiers de l'Assurance maladie, mais qu'elle a encore une carte, elle ne pourra pas bénéficier du remboursement de ses soins chez un professionnel de santé, par exemple un pharmacien. L'important est que les droits soient bien prévus et inscrits dans les fichiers de l'Assurance maladie.

C'est la différence entre une carte Vitale, qui est un support mais ne porte pas les droits en elle-même, et les droits, qui, quant à eux, sont interrogés par système d'information. L'acquisition des droits en ligne par les professionnels de santé permet de consulter les droits existants au titre de l'Assurance maladie, que ce soient pour les droits de base, ou pour savoir si une personne est couverte à 100 % ou pas. Ces données sont mises à jour en temps réel dans les bases de l'Assurance maladie ; même si la carte Vitale n'est pas à jour, le professionnel de santé peut se renseigner sur les droits en ligne de l'Assurance maladie.

M. le président Patrick Hetzel. Je parle sous le contrôle de Mme Grandjean, qui est coauteure du rapport. Son rapport évoquait bien 5,2 millions de cartes actives en surnombre. La question est très simple : vous inscrivez-vous en faux par rapport à ce chiffre ? Si la réponse est oui, quelle est votre estimation du nombre de cartes Vitale actives encore en surnombre ? C'est une question très précise, à laquelle nous aimerions avoir une réponse précise.

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Il n'y a pas 5,2 millions de cartes Vitale en surnombre.

M. le président Patrick Hetzel. Combien y en a-t-il à votre avis ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Dans notre estimation, entre le nombre de cartes Vitale fin 2019 – sachant qu'il y a encore un travail en cours pour réduire l'écart entre le nombre de cartes Vitale et le nombre de porteurs potentiels – l'écart est de 2,6 millions.

Nous poursuivons les travaux avec l'ensemble des régimes d'Assurance maladie pour expliquer les raisons de cet écart, lorsqu'il se justifie, et le cas échéant, de le réduire, notamment grâce à une mise à jour plus régulière du parc des cartes Vitale.

Monsieur le rapporteur, sur les 1,2 milliard d'euros de fraude détectée, nous décomptons, en 2018, 261 millions au titre des prestations de la branche maladie, 305 millions au titre des prestations de la branche famille et 22 millions au titre de celles de la branche vieillesse. Au titre de la fraude aux cotisations, liée au travail illégal, le montant des fraudes détectées s'élève à 641 millions d'euros. Ces chiffres correspondent à la fraude repérée par les organismes de sécurité sociale, au travers de leurs actions et de leur plan de contrôle.

C'est évidemment un sujet plus complexe d'évaluer l'ampleur de la fraude, sachant que cela ne veut pas dire que le potentiel de recouvrement des cotisations ni des indus de prestations atteindrait un tel chiffre.

Nous avons eu des échanges et partagé les différentes méthodologies d'évaluation, notamment dans le cadre des travaux qu'a menés la Cour des comptes en matière de prélèvements obligatoires. Elle a aussi regardé avec attention les particularités de la méthodologie en matière de prélèvements sociaux, qui se fonde sur ces contrôles aléatoires et sur un travail avec le CNIS. Savoir quel est le montant réel de la fraude est évidemment un exercice difficile. Nous nous sommes efforcés d'assurer une validation scientifique de la méthodologie. Cela a été le cas sous l'égide du CNIS ; cette méthodologie a fait l'objet de travaux sur la période 2014-2015, a validé le principe de contrôles aléatoires et donne lieu à un programme de contrôles aléatoires par les URSSAF.

La Cour des comptes a fait, par ailleurs, des recommandations pour améliorer l'évaluation de la fraude aux cotisations sociales. Nous sommes en train de travailler avec l'Observatoire sur la fraude et le HCFiPS pour voir comment nous pouvons procéder, notamment en complétant ces contrôles aléatoires, qui sont bien diffusés dans les entreprises, par des évaluations dans d'autres secteurs. À titre d'exemple, le secteur du travail indépendant a été considéré par la Cour des comptes comme étant moins évalué. Nous avons également une demande de la part de la Cour de renouveler plus fréquemment les contrôles et l'évaluation aléatoires sur l'ensemble des secteurs plutôt que de procéder par réactualisation régulière par les URSSAF. Nous aboutissons à une estimation, fondée sur une méthodologie robuste, évaluée en termes scientifiques les plus précis possible.

À ce stade, une évaluation de la fraude aux prestations sociales est réalisée pour les prestations familiales par la CNAF, mais il est plus difficile d'estimer l'ampleur de la fraude sur d'autres prestations. Nous avons identifié que la plupart des erreurs ou des fraudes concernent des prestations sous conditions de ressources. Une façon de lutter contre ce type de fraude est d'utiliser de plus en plus les ressources déjà déclarées à la source, avec les données de salaire fournies par la déclaration sociale nominative (DSN), ainsi que les informations liées au prélèvement à la source et les sommes versées par les autres organismes de sécurité sociale, au lieu de se fonder sur les ressources déclarées par la personne qui demande une prestation, ce qui peut être source à la fois d'erreurs et de fraudes. Ce sont des informations que la Sécurité sociale peut réunir au travers d'une « base ressources ». L'objectif est ensuite de verser les prestations en utilisant ces données sur les ressources et d'éviter ainsi un certain nombre de fraudes. Pour les prestations familiales, ce type de dispositif sera d'abord mis en œuvre pour les allocations logement, mais il pourra également l'être dans un deuxième temps pour le RSA ou la prime d'activité, qui pourront ainsi être mieux sécurisées.

Le recouvrement au titre de 2018 est un enjeu sur lequel nous devons progresser ; nous le savons. D'ailleurs, dans les conventions d'objectifs et de gestion, nous avons fixé des objectifs croissants de taux de recouvrement. Les redressements notifiés au titre de la lutte contre le travail illégal dépassent 600 millions d'euros, mais on ne recouvre effectivement que 50 millions d'euros. Cela peut être lié au fait que, la conduite des actions de lutte contre le travail illégal se traduisent parfois par la disparition de l'entreprise, et donc du fraudeur qui a été détecté : nous n'avons donc pas forcément la possibilité de recouvrer les sommes. En revanche, nous avons mis en place des outils pour permettre à l'URSSAF de sécuriser le recouvrement des sommes dès le déclenchement de l'opération. Ce taux de recouvrement va donc aller croissant. Je voulais vous apporter les chiffres pour les branches maladie, famille et vieillesse, mais je ne les ai pas sous les yeux.

M. le président Patrick Hetzel. Pourriez-vous nous les faire parvenir ?

Vous évoquiez une estimation du nombre de cartes Vitale actives en surnombre de 2,6 millions, et non pas de 5,2 millions, comme cela a été indiqué dans la mission Goulet-Grandjean. Pour effectuer le calcul, la mission est d'abord partie du chiffre communiqué par la CNAM, selon laquelle sont aujourd'hui en circulation 59,4 millions de cartes. Ensuite, la CNAM est partie – et donc évidemment, nos deux collègues aussi – d'un maximum théorique de 54,2 millions. Quand vous faites l'écart entre le maximum théorique de 54,2 et ce qui est annoncé par la CNAV, on arrive à 5,2. La question est très simple : à quel endroit situez-vous la différence ? Remettez-vous en cause le chiffre communiqué par la CNAM ? Y aurait-il moins de cartes en circulation que ce que déclare la CNAM ? Vous inscrivez-vous en faux par rapport au chiffre de 59,4 millions, ou au contraire, considérez-vous que le maximum théorique est différent ?

En l'occurrence, il y a trois chiffres : le nombre maximum théorique de cartes Vitale, le nombre de cartes en circulation et le delta. Si vous parvenez au chiffre de 2,6 millions, cela veut dire que vous situez sans doute le maximum théorique à un autre niveau, à moins que vous ne considériez que les chiffres de la CNAM soient erronés. En tout cas, nous aimerions avoir des précisions en votre qualité, cette fois-ci, de directrice de la sécurité sociale sur ces éléments.

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Il s'agit bien des mêmes chiffres, qui sont partagés avec la CNAM. Simplement, par rapport au moment où le rapport avait été réalisé, des

évolutions sont intervenues. Nous avons aujourd'hui 58,3 millions de cartes Vitale. Nous décomptons 55,7 millions de porteurs potentiels, notamment parce que l'on peut demander une carte Vitale à partir de 12 ans. Nous pouvons donc avoir des cartes Vitale en nombre un peu plus important que le chiffre que vous citiez initialement.

Nous avons par ailleurs constaté une diminution du nombre de cartes en circulation liée aux opérations d'intégration des régimes par la CNAM – notamment celui du RSI et des mutuelles étudiantes – de 830 000 cartes Vitale sur octobre 2019. Nous avons donc aujourd'hui un écart de 2,6 millions par rapport au nombre de porteurs à fin 2019.

Nous sommes en train de travailler avec l'ensemble des caisses d'assurance maladie pour objectiver et réduire cet écart. Je vous propose de revenir vers vous, certainement au mois de mars-avril, avec des données actualisées qui tiendront compte du travail fait sur début 2020 pour fiabiliser le nombre de cartes Vitale par rapport au nombre de porteurs potentiels.

M. Alain Ramadier. Pouvez-vous me confirmer que dans chaque département, un service est dédié au chiffrage et à la lutte contre la fraude aux prestations sociales ? Comment cela fonctionne-t-il ? Quels moyens ont-ils ?

Je sais qu'il y a un nombre important de fraudes. Travaillez-vous en permanence sur l'ensemble des fraudes, ou fixez-vous chaque année des objectifs ciblés sur certaines fraudes ? Par exemple, vous avez parlé tout à l'heure de la branche famille. Vous dites-vous, telle année, que vous mettez l'accent sur cette fraude-là, de manière à essayer d'apurer au maximum la situation ?

Tout à l'heure, vous avez dit qu'il y a des cartes Vitale qui sont en réalité dans la nature, mais auxquelles il a été fait opposition. Quel en est le nombre exact ?

Enfin, où en sommes-nous dans la généralisation des photos sur les cartes Vitale ?

M. Christophe Blanchet. Vous avez évoqué 1,2 milliard de détections des fraudes. Combien de dossiers cela représente-t-il ? Pour combien de condamnations correspondantes ?

Vous avez évoqué dans votre exposé les moyens mis en œuvre pour la détection et la prévention de la fraude, ce qui est très bien, mais cela ne fonctionne que si la dissuasion est efficace et si l'on communique sur les moyens de dissuasion. Quelles décisions de justice, notamment symboliques, peut-on utiliser sur les dossiers de fraude dans une approche de dissuasion ?

M. Michel Lauzzana. Pour revenir sur l'introduction des photos sur les cartes Vitale, il me semble que le principe était de lutter contre la fraude. Nous savons maintenant tous qu'aucun professionnel de santé ne regarde la photo. Il n'y a absolument aucune évolution. Par contre, cela alourdit les procédures et le temps de délivrance de ces cartes Vitale. Le jeu en valait-il la chandelle ?

Ensuite, les croisements de fichiers et l'accès aux informations par le biais d'autres fichiers me semblent très importants. Vous avez indiqué que vous pouviez communiquer avec les fichiers du ministère de l'Intérieur, notamment. Avez-vous des difficultés pour ce faire ? Les systèmes sont-ils compatibles ? Pouvez-vous améliorer les choses et nous dire comment vous aider, pour améliorer la compatibilité des différents fichiers et pour accroître l'efficacité de la détection de la fraude ?

M. le président Patrick Hetzel. Pour prolonger l'intervention de M. Lauzzana, l'une des hypothèses techniques envisagée est la carte Vitale biométrique. Pouvez-vous, au-delà des cartes en circulation avec une photo, nous donner votre avis sur le rôle que pourraient jouer de telles cartes pour limiter les fraudes ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Il y a bien une implication sur le terrain des services de lutte contre la fraude dans chaque département. Les CODAF permettent ainsi d'avoir une approche coordonnée entre plusieurs organismes sous l'égide du préfet. Ils permettent notamment d'allier des actions des services de l'État avec des actions menées par les organismes de sécurité sociale ou d'assurance chômage. Ces CODAF assurent un rôle de partage et de circulation de l'information au niveau départemental, mais aussi de programmation d'actions concertées.

Nos organismes de sécurité sociale sont par ailleurs tous présents au niveau départemental ou régional. Quand nous fixons des objectifs dans les conventions d'objectifs et de gestion aux caisses nationales, elles le déclinent ensuite auprès de leur réseau. La branche maladie décline ces objectifs auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), présentes dans chaque département. La branche famille décline ces objectifs auprès des caisses d'allocations familiales (CAF), qui mènent leurs actions dans chaque département. La branche vieillesse et la branche recouvrement ont des caisses au niveau régional (respectivement CARSAT et URSSAF), mais qui peuvent ensuite évidemment mener des actions sur le terrain. Des actions sont menées au plus près du terrain, en tenant compte des spécificités de chacun des territoires.

Nos actions et objectifs en matière de lutte contre la fraude visent l'ensemble des types de fraudes. Nous ne faisons pas de choix ou de priorité entre tel ou tel type de prestation. En revanche, chacune des branches, dans le cadre de son programme de travail, peut mettre l'accent sur telle ou telle zone de risque particulier. Autrement dit, nous ne choisissons pas entre la fraude aux prestations familiales et celle à l'assurance maladie, en matière de lutte contre la fraude. En revanche, par exemple au sein des risques de fraude maladie, une attention particulière doit être portée sur les programmes qui visent les risques de fraude les plus importants. La CNAM va de plus en plus utiliser ses bases de données et les possibilités offertes par le *datamining* pour identifier les risques de fraude aux médicaments ou aux produits de la liste des produits et prestations (LPP), et ainsi mettre en place des programmes de contrôles ciblés sur les secteurs où elle décèle le plus de fraudes. Nous n'effectuons pas de choix entre les grands types de prestations, mais procédons à une priorisation en fonction des enjeux.

La carte Vitale dotée d'une photo recouvre un enjeu de sécurisation du versement à bon droit des prestations maladie. Mais de plus en plus, les droits utilisés pour permettre aux personnes d'accéder à des prestations ne sont pas portés dans la carte, mais au sein du fichier de l'Assurance maladie. Le fait de pouvoir interroger en temps réel les fichiers de l'Assurance maladie permet de s'assurer que les prestations sont prises en charge pour des patients à bon droit, davantage que la sécurisation du support lui-même de la carte Vitale.

Une des réflexions en cours est de renforcer cet outil d'identification, en lien avec les possibilités de dématérialisation croissante des outils. Plus que l'hypothèse d'une carte Vitale biométrique, il est envisagé d'avoir un accès à la prise en charge par l'Assurance maladie qui ne repose plus sur le support carte Vitale, mais qui puisse être dématérialisé avec une application de carte Vitale sur *smartphone*. Une expérimentation est en cours depuis l'automne dernier pour s'assurer des conditions de sécurité et de fiabilité de ce dispositif, qui

permettrait d'éviter d'avoir à gérer un parc de cartes Vitale et de contrôler les droits qui sont connus et enregistrés par l'Assurance maladie dans ses fichiers. Ce type de dispositif permettrait donc de renforcer la sécurité en matière de carte Vitale. En tout cas, cela nous semble être une piste très utile et très intéressante à travailler, plus encore que l'achèvement de la photo sur les supports de cartes Vitale.

Le dispositif de cartes Vitale avec photo est désormais quasiment généralisé, mais il reste encore quelques cartes Vitale dépourvues de photo. Nous vous apporterons le chiffre précis. Comme vous le suggérez, ce n'est pas forcément l'outil le plus efficace pour vérifier l'identité et s'assurer de l'absence de fraude à l'assurance maladie. Il est plus efficace de pouvoir interroger à distance les fichiers de l'Assurance maladie.

Au total, 42 millions de cartes Vitale ont été mises sur la liste d'opposition et sont bloquées lorsqu'elles sont utilisées pour obtenir un remboursement au titre de l'assurance maladie.

M. Christophe Blanchet. Je répète mes questions de façon très courte. Combien de dossiers individuels le montant précité de 1,2 milliard d'euros de fraudes représente-t-il ? Pour combien de condamnations ?

Dans le dispositif de détection et de prévention que vous avez expliqué parfaitement, il faut de la dissuasion. Quels exemples de décisions de justice, qui peuvent être dissuasives, peuvent être communiqués à tous ceux qui veulent frauder demain ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Sur l'aspect de la dissuasion, il est effectivement important de pouvoir engager des poursuites jusqu'au stade pénal et afin d'assurer l'exemplarité de la sanction. Un certain nombre d'actions sont faites pour s'assurer que les fraudes les plus importantes donnent lieu à des sanctions pénales notamment s'agissant de l'Assurance maladie.

Certaines sanctions ont été médiatisées ; l'Assurance maladie a notamment communiqué sur des sanctions concernant des fraudes de transporteurs sanitaires, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, qui avaient facturé un montant très important d'actes fictifs et pour lesquels l'Assurance maladie a engagé des poursuites, pouvant conduire à des condamnations pénales. Je pourrais vous fournir la liste de quelques-unes des condamnations les plus importantes des dernières années.

Nous communiquons sur le moment, ainsi qu'au moment de la présentation des bilans de lutte contre la fraude, pour montrer que des sanctions effectives s'appliquent en cas de fraude. Chacune de ces actions et de ces pénalités financières se déclinent en termes de programme et de nombre de dossiers traités. Votre question est tout à fait pertinente, mais je ne sais pas vous apporter tout de suite une réponse. Je vous transmettrai le nombre de dossiers et d'actions.

M. le président Patrick Hetzel. Nous sommes intéressés par cette information.

Mme Mathilde Lignot-Leloup. À titre d'exemple, et avant de vous apporter les détails complets pour toutes les branches, sur la branche famille, 305 millions d'euros de fraudes ont été détectés au titre de 2018, correspondant à 45 000 dossiers. Cette action a été menée à la fois avec des contrôles sur place et sur pièces.

Pour les URSSAF, les 641 millions d'euros de redressements pour des fraudes détectées au titre du travail illégal correspondent à 50 750 actions de lutte contre le travail dissimulé menées dans l'année 2018.

La fraude à l'assurance maladie est de nature plus plurielle : elle se compose à la fois de fraude d'offres de soins, qui peuvent être des établissements de santé, des professionnels libéraux ou des entreprises de transport, ainsi que de fraudes de la part des assurés. Nous pouvons difficilement ajouter l'ensemble des actions, mais pourrons vous donner une répartition de chacune d'entre elles.

En 2018, 8 500 actions contentieuses ont été engagées par l'Assurance maladie, afin de donner lieu à des poursuites pénales.

M. Pascal Brindeau, rapporteur. Sur ces fraudes détectées, dont certaines ont fait l'objet de recouvrements et de contentieux, savez-vous évaluer le nombre de celles qui ressortent d'une fraude individuelle ponctuelle, celles qui ressortent d'une multirécidive de la fraude et celles qui ressortent des réseaux de fraude organisée ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. C'est une bonne question, sur laquelle nous devons prendre un temps d'analyse pour vous donner une réponse parfaitement éclairée.

En matière de lutte contre le travail illégal, le montant des fraudes détectées peut se concentrer sur une opération particulière, du fait de l'ampleur du montage financier qui a permis d'éluder les cotisations sociales. Cela a été particulièrement le cas en 2018-2019, où un dossier de contrôle a généré un montant très important de redressement au titre de la lutte contre le travail illégal.

En matière de prestations familiales, nous voyons – c'est d'ailleurs l'intérêt aussi de l'évaluation de la fraude que fait régulièrement la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) avec des contrôles aléatoires – un taux de récidive chiffré à 5,7 % en 2018. Cela montre qu'il est nécessaire d'agir sur la récidive ; c'est la raison pour laquelle nous avons renforcé les pénalités financières et les sanctions en cas de récidive.

Nous savons que le nombre de fraudes en bande organisée est réduit, mais qu'effectivement, ces fraudes peuvent représenter des montants importants, qu'il s'agisse de fraudes détectées à l'assurance maladie et ou sur la branche famille. Nous allons essayer de vous donner une estimation pour les dernières années, notamment sur la branche maladie, de ce qu'ont pu représenter les fraudes en bande organisée liées à des trafics de médicaments ou à des trafics de filières de soin.

Mme Carole Grandjean. Est-il possible, pour notre parfaite compréhension, que vous repreniez votre raisonnement et que vous expliquiez les actions mises en œuvre pour réduire le nombre de cartes Vitale en circulation – j'insiste bien sur le fait qu'elles étaient actives et en circulation – et les rendre inactives ? Nous comprenons bien qu'elles puissent être rendues inactives.

Pourriez-vous nous expliquer comment fonctionne le RNCPS et nous confirmer qu'il fonctionne sur la base de consultations et non pas d'alertes automatiques pour les organismes de protection sociale, en appui à l'alerte qui peut être faite en matière de fraude ? Pourriez-vous nous indiquer à quels éléments les organismes de protection sociale peuvent avoir accès ?

Avez-vous envisagé une période de carence, c'est-à-dire un délai entre la détection de la fraude et la demande de recouvrement auprès de la personne dans une démarche de fraude, et le versement de nouvelles prestations sociales à cette personne ? Quelle est votre organisation, lorsqu'une fraude est détectée et que de nouvelles prestations sociales sont sollicitées par l'assuré ?

La branche famille effectue des contrôles aléatoires pour mieux estimer le phénomène. Les autres branches ont-elles engagé une démarche similaire ? C'est extrêmement intéressant.

M. Michel Zumkeller. Vous avez indiqué que le montant des prestations servies serait indiqué dans le RNCPS en 2020, mais la loi l'impose depuis le 1^{er} janvier 2016. Comment expliquer un délai de quatre ans pour faire figurer ces données dans ce registre ? Je rappelle que c'est la loi. Ce n'est pas une indication.

Le rapport Goulet-Grandjean a mis en lumière un document de la Cour des comptes, qui estimait entre 3 et 10 % le montant de la fraude. Si je vous suis, 2,6 millions de cartes actives en trop représentent 4,5 % de cartes actives en trop, ce qui, sur 200 milliards de prestations servies, correspond à 9 milliards de fraudes. Que pensez-vous de ce chiffre ? Je reprends les vôtres : 2,6 millions de cartes actives en trop, rapportées à 200 milliards d'euros de prestations servies.

M. Philippe Chassaing. Pourriez-vous faire une distinction entre ce qui relève de la fraude et ce qui relève de l'erreur de bonne foi ? Au sein des montants que vous avez mentionnés tout à l'heure, est-il possible de faire cette distinction ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Madame la députée, s'agissant du travail mené pour fiabiliser le nombre de cartes Vitale, nous nous assurons que chaque personne possédant un droit au titre de l'assurance maladie a bien une carte Vitale et que si une carte Vitale a été émise au titre d'un autre régime, elle puisse être invalidée et supprimée.

Je prends l'exemple des actions menées depuis 2016 pour ces opérations de fiabilisation. La CNAM a invalidé 4 millions de cartes Vitale qui avaient été identifiées comme dépourvues de possesseur actif et qui n'avaient pas lieu d'être. Cela permet une concordance parfaite entre le nombre de personnes qui ont des droits à l'assurance maladie et le nombre de cartes Vitale émises. Ce travail se poursuit et conduit à bien réduire l'écart qui peut exister à un instant t entre le nombre de cartes et le nombre de bénéficiaires au titre de l'assurance maladie.

Le point important est que, même si une personne a deux cartes Vitale, une seule d'entre elles marche, au sens où ses droits au titre de l'assurance maladie ne sont inscrits qu'une fois dans les fichiers de l'assurance maladie. Ce sont les droits de cette personne qui permettent de prendre en charge ses soins. Notre travail de fiabilisation est utile et nécessaire pour éviter des écarts entre le nombre de cartes qui seraient en circulation et celles qui ne seraient pas utilisées, qui ne seraient pas pertinentes ; un nombre de cartes plus important n'est pas en soi un risque de fraude puisque nous pouvons utiliser et interroger les droits dans les fichiers d'assurance maladie. Nous tenons les fichiers à jour, en contrôlant les droits des personnes, en fonction des critères d'ouverture des droits à l'assurance maladie.

Aujourd'hui, le nombre de cartes en circulation montre que nous avons besoin de fiabiliser l'écart entre le nombre de cartes et le nombre global de bénéficiaires potentiels. Des

analyses sont en cours pour en comprendre les causes. Mais ce n'est pas parce que l'on a 2,6 millions d'écart que l'on a plus de consommation de soins à ce titre.

M. Michel Zumkeller. C'est la Cour des comptes qui le dit, ce n'est pas nous.

M. le président Patrick Hetzel. M. Zumkeller reprend le raisonnement qui avait été celui de la Cour des comptes. Remettez-vous en cause cette règle de trois établie par la Cour des comptes ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Je ne partage pas l'analyse selon laquelle cet écart technique entre le nombre de cartes et les fichiers d'assurance maladie se traduirait par un montant de prestations et des fraudes. Encore une fois, la carte en elle-même ne permet pas de bénéficier de prestations supplémentaires. On ne peut pas considérer que cet écart entre le nombre de cartes génère automatiquement un montant de fraude à cette hauteur.

Mme Carole Grandjean. Pouvez-vous nous donner des chiffres ? En l'occurrence, nous étions partis des chiffres que vous avez souhaité diffuser par communiqué de presse, qui émanaient des organismes de protection sociale. Cela nous intéresserait de pouvoir reprendre le calcul avec les éléments que vous pourriez nous communiquer.

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Il sera utile que nous revenions vers vous au mois de mars-avril avec l'actualisation de ces données.

Le RNCPS permet d'avoir une vision de l'ensemble des prestations sociales versées. Vous avez raison, il devait être alimenté avec les montants des prestations. Après, un délai est toujours nécessaire pour œuvre un système d'information et pour approvisionner efficacement ce répertoire. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les avancées importantes qui résultent du déploiement de la déclaration sociale nominative (DSN), qui permet de disposer en temps réel des déclarations de salaire par l'employeur et du prélèvement à la source, qui fait en sorte que certaines données sont connues plus directement par les organismes de sécurité sociale.

La montée en charge complète de la DSN et le prélèvement à la source permettent d'alimenter en 2020 le RNCPS et de pouvoir utiliser ce répertoire, notamment lorsque nous devons moduler des prestations en fonction de leur niveau de ressources. Nous l'utilisons depuis le début de cette année lorsque nous devons appliquer une revalorisation différenciée des pensions de retraite en dessous de 2 000 euros : le dispositif permet de tenir compte de ces revenus.

Le RNCPS est utilisé aujourd'hui en consultation, pour l'essentiel par les organismes de sécurité sociale des branches maladie et famille. La CNAF, particulièrement, l'utilise en ayant mis en place un lien avec la gestion de ses prestations. Elle peut interroger par *web service* le RNCPS lorsqu'elle octroie des prestations, en vérifiant si la personne bénéficie d'autres prestations.

Mme Grandjean, vous demandiez si, lorsqu'une fraude a été commise, il existait un délai de carence pour bénéficier d'une prestation. Les bénéficiaires ont des droits, du fait de raisons objectives qui font qu'ils répondent aux critères qui leur permettent de bénéficier d'une prestation. En revanche, il est certain que les organismes de sécurité sociale, lorsqu'ils ont détecté une fraude, portent une attention particulière à ce dossier. Si une deuxième demande est déposée pour un même dossier, les organismes adopteront une gestion, en termes de contrôles, plus ciblée. En droit, il n'est pas possible de prévoir un délai de carence en

application duquel une personne ayant fraudé n'aurait plus droit à une prestation pendant une certaine durée. En revanche, il peut et il doit y avoir, de la part des organismes gestionnaires, une vigilance particulière, lorsqu'une fraude a été détectée.

Vous posiez la question de la différence entre une fraude et une erreur. Il y a dans la fraude un caractère d'intentionnalité par rapport à l'erreur qui peut être commise de bonne foi. Toute la stratégie du Gouvernement que nous répercutons et que nous demandons aux organismes de sécurité sociale de mettre en œuvre consiste justement à faire en sorte que ces derniers soient plus aidants et plus facilitants pour les assurés de bonne foi, y compris en leur octroyant un droit à l'erreur et la rectification d'une première erreur. C'est ce qui a été prévu dans la loi « ESSOC », qui est de plus en plus portée à la connaissance des personnes pour qu'elles puissent rectifier leurs erreurs de bonne foi.

Par ailleurs, nous avons renforcé la lutte contre la fraude et les sanctions, une fois les fraudes détectées. J'évoquais le montant des fraudes aux prestations sociales, notamment celles versées par la branche famille, qui peuvent concerner des prestations sous conditions de ressources (le RSA, la prime d'activité, les allocations logement). Une part importante de ces fraudes peut être liée à des erreurs lors de la demande de prestation ou lors de la déclaration des ressources. Une des façons de lutter contre cela est de faire en sorte que les caisses d'allocations familiales n'aient pas à demander à l'assuré de déclarer ses ressources, mais puissent récupérer les ressources de l'assuré au travers des données de salaire et des prestations sociales versées par les autres caisses de sécurité sociale.

Nous n'allons pas redemander une donnée à l'assuré qui l'a déjà fournie. Nous ne demandons pas à l'assuré des informations que la Sécurité sociale a déjà parce qu'elles ont été déclarées par l'employeur ou parce que ce sont des prestations qui lui ont déjà été versées. Au contraire, elle les utilise pour fiabiliser les prestations sous conditions de ressources. Le dispositif des ressources mensuelles permet d'alimenter le RNCPS et va être utilisé progressivement pour sécuriser les prestations sous conditions de ressources.

M. Michel Zumkeller. Il est quand même très intéressant de constater que la Sécurité sociale décide de n'appliquer qu'au 1^{er} janvier 2020 des dispositions législatives votée pour le 1^{er} janvier 2016. C'est très étonnant. Au final, c'est tout ce flou qui crée le doute. Le jour où les choses seront beaucoup plus claires, peut-être nous poserons-nous moins de questions.

M. Julien Borowczyk. Je reviens sur la question des cartes Vitale actives, mais dans un contexte de développement du tiers-payant généralisé, avec une virtualisation des échanges. A-t-on la capacité intrinsèque, aujourd'hui, de surveiller une éventuelle surconsommation ou surtout une éventuelle surfacturation ? On arrive quelquefois à détecter des surfacturations énormes, mais a-t-on la capacité de surveiller cela de façon fine ? La e-carte Vitale que vous mettez en place peut-elle éventuellement pallier ce problème ? Les niveaux de sécurité sont-ils suffisants pour éviter la surfacturation, voire la surconsommation dans certaines pratiques ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. On parle beaucoup des cartes Vitale, mais il ne s'agit pas un moyen de paiement, c'est un moyen d'identification. Normalement, il n'y a pas de fraude à la carte Vitale. Cela m'interroge toujours quand on parle du nombre de cartes. Une fraude est possible uniquement s'il s'agit d'un moyen de paiement ; c'est donc uniquement pour le tiers-payant. Qui sont les bénéficiaires du tiers payants ? Il s'agit d'assurés couverts à 100 %, ceux bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les aides au paiement d'une complémentaire santé (ACS). La

question ne réside pas dans le nombre de cartes, mais dans le nombre de cartes Vitale servant de moyen de paiement. Lorsque ce n'est pas un moyen de paiement, cela ne sert à rien.

Deuxième chose, les fraudes peuvent effectivement venir des offreurs de soins ou des consommateurs. Lorsque vous avez parlé de répression, elle concerne les offreurs de soins qui surfacturent. Lorsque nous parlons de réseaux, elle correspond aux gens qui, grâce à des cartes Vitale utilisées comme des moyens de paiement, organisent des surremboursements. La carte Vitale ne doit pas poser de problème, sauf si elle sert de tiers-payant. Si nous allons de plus en plus vers le tiers-payant, nous irons de plus en plus vers les fraudes. La question est de savoir si l'un des meilleurs moyens pour éviter les fraudes est de limiter les tiers-payant.

Mme Nicole Trisse. Concernant la branche famille, vous disiez que sur la base de contrôles aléatoires, l'on estime que les fraudes représentaient environ 2,7 % du montant des prestations versées, pour un montant d'environ 1,9 milliard d'euros ; cela concerne notamment le RSA, la prime d'activité et les aides au logement. Cela sous-entend qu'en ce qui concerne les aides au logement, la réforme visant à assurer la contemporanéité de leur versement devrait permettre d'éviter ce type de fraude.

Il en va de même pour le RSA ; si nous parvenons à déployer comme nous le souhaitons le plan de lutte contre la pauvreté, en accompagnant d'une manière efficace les bénéficiaires du RSA, les fraudes devraient également diminuer de manière considérable.

Mais je m'interroge sur la prime d'activité. Nous avons constaté – les chiffres sont là – un taux de non-recours de 30 % sur les primes d'activité. Vous parliez de la prime d'activité comme d'une prestation susceptible de donner lieu à des fraudes. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi, et indiquer les modalités de recouvrement retenues ? Quels sont les montants recouverts, au regard des 1,9 milliard d'euros de fraude décelés que vous avez évoqués ?

Mme Mathilde Lignot-Leloup. Effectivement, nous avons de moyens ; l'Assurance maladie dispose d'un système national de facturation et d'enregistrement de l'ensemble des dépenses de santé, permettant de vérifier l'absence de surfacturation ou de surconsommation sur certains produits et prestations. Chaque année, des programmes de contrôles sont menés par la CNAM pour faire face à des risques de surfacturation, lorsque telles ou telles pratiques ont été constatées. À partir d'une identification dans les bases, les contrôles sont faits sur pièces, et souvent sur place, auprès des offreurs de soins. Des actions sont menées pour contrôler des risques de surfacturation pour des prestations de transport, s, ou encore les surconsommations de médicaments qui pourraient générer du trafic de médicaments. Des actions sont menées à partir de l'identification, dans les bases, de ce qui est consommé, afin d'agir ensuite auprès des professionnels.

Des dispositifs de prévention existent pour éviter ce type de surfacturation ou de surprescription. L'Assurance maladie peut utiliser des mises sous accord préalable et des mises sous objectifs ciblés sur certains professionnels de santé prescripteurs ou certains établissements de santé, en fonction des risques de non-pertinence ou des déviations constatées. Ce type de programme s'appuie d'abord sur la détection dans les bases, puis sur des contrôles sur place.

Monsieur Isaac-Sibille, vous demandiez si le tiers-payant peut induire un risque accru de fraude. En fait, ce n'est pas le cas, dès lors que le professionnel de santé, lorsqu'il pratique le tiers-payant, va utiliser – c'est justement de plus en plus le cas – son système d'information et son logiciel métier, qui permet d'interroger en temps réel les bases de l'Assurance maladie.

Un professionnel de santé, lorsqu'il pratique le tiers-payant, peut désormais vérifier que les personnes ont des droits au titre de l'assurance maladie. Cette facturation se fait donc à bon droit par rapport au risque de fraude qui pourrait exister pour le bénéfice des droits à assurance maladie.

En revanche, vous avez raison lorsque vous dites qu'une surveillance et un suivi sont nécessaires pour s'assurer qu'il n'y a pas de surfacturation ou d'activités atypiques de certains professionnels de santé. La CNAM, avec son équipe de lutte contre la fraude, surveille et mène des contrôles, en détectant des types d'activités qui ne paraissent pas cohérents avec le temps nécessaire pour une bonne prise en charge des patients, ou qui aboutissent à un nombre d'actes manifestement fictifs parce qu'en nombre beaucoup trop important.

La lutte contre la fraude repose à la fois sur l'interrogation à distance des bases de l'Assurance maladie et sur la surveillance exercée par la CNAM sur les facturations, pour éviter les actes abusifs.

Madame Trisse, vous avez raison de souligner que dans les causes de fraudes, dès lors que nous pourrions utiliser l'alimentation à la source des ressources des assurés sur la base des ressources connues par la branche famille et la Sécurité sociale, nous éviterons des sources d'erreurs ou de fraude. Quand j'évoquais 1,9 milliard d'euros, il s'agit de l'estimation de l'ensemble de la fraude aux prestations versées par la branche famille, mais pas de la fraude détectée. La mise en place de l'alimentation directe des ressources, pour les allocations logement, permettra justement de réduire une partie significative de ces fraudes.

Ensuite, nous visons à utiliser aussi ce dispositif d'alimentation des ressources mensuelles pour les ressources au titre du RSA et de la prime d'activité, ce qui permettra de réduire des causes d'erreur ou de fraude pour ces prestations. Une fraude à la prime d'activité vise en fait à dissimuler des ressources, et donc à faire apparaître, de la part d'un allocataire, des ressources lui permettant de bénéficier de la prime d'activité alors qu'il ne serait pas éligible, ou alors d'obtenir un montant plus élevé de prime d'activité par rapport à celui qu'il aurait dû avoir s'il avait déclaré l'ensemble de ses ressources, notamment s'il perçoit des ressources d'activité supplémentaires qu'il a omis de déclarer. Un dispositif où la CAF peut utiliser les ressources directement connues et déclarées par les employeurs permettra de réduire dès l'origine ce type de fraudes.

Sur les montants de fraudes détectées par la branche famille, soit 305 millions d'euros en 2018, le recouvrement doit représenter un peu moins de la moitié. Nous allons vous apporter la réponse. La COG fixe un objectif de taux de recouvrement de l'ordre de 40 %, qui doit progresser. Les indus pour raison d'erreurs sont plus facilement recouverts. Pour la branche famille, ils le sont en tenant compte des ressources des personnes, donc en modulant le barème de recouvrement en fonction de la situation de chacun.

M. le président Patrick Hetzel. Il ne reste plus qu'à vous remercier, madame la directrice. Nous comptons sur vous pour nous transmettre les informations que vous nous avez indiquées. Nous serons sans doute amenés à vous auditionner une nouvelle fois un petit peu plus tard, au mois d'avril, pour revenir sur quelques points. Merci à vous.

La réunion se termine à dix-huit heures quarante-cinq.

Membres présents ou excusés

Commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales

Réunion du mardi 11 février 2020 à 17 heures 15

Présents. – M. Christophe Blanchet, M. Julien Borowczyk, M. Pascal Brindeau, M. Philippe Chassaing, Mme Christine Cloarec-Le Nabour, Mme Carole Grandjean, M. Patrick Hetzel, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Frédérique Lardet, M. Michel Lauzzana, M. Thomas Mesnier, M. Adrien Morenas, Mme Catherine Osson, M. Benoit Potterie, M. Alain Ramadier, Mme Agnès Thill, Mme Nicole Trisse, M. Michel Zumkeller

Excusés. – Mme Valérie Boyer, Mme Jeanine Dubié, Mme Josette Manin, M. Buon Tan