

ANALYSE

Prestations sociales : de la lutte contre la fraude au paiement « à bon droit »

Les pouvoirs publics français ont donné au cours des dernières années une nouvelle impulsion à la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Ce nouvel élan est une réponse aux contraintes financières rencontrées par le système de protection sociale, mais reflète plus généralement une évolution de l'opinion publique. Les pratiques étrangères sont très diverses en la matière. Leur analyse révèle l'intérêt à intégrer la lutte contre la fraude aux prestations dans un dispositif plus large de promotion de la qualité de leur versement : le paiement « à bon droit ». À l'occasion de la mise en place de la Délégation nationale de la lutte contre les fraudes, cette note évalue les atouts d'une telle approche et imagine comment elle pourrait être mise en œuvre.

« De tous les délinquants, celui qui fraude le fisc ou la Sécurité sociale est certainement celui qui bénéficie de la plus grande mansuétude de la part du grand public », reconnaissait en mars 2007 le Conseil des prélèvements obligatoires¹. Pourtant, l'enjeu est de taille : en 2006, les dépenses de Sécurité sociale et d'assurance-chômage s'établissaient à plus de 426 milliards d'euros². Au cours des dernières années, **la lutte contre la fraude aux prestations sociales** a ainsi logiquement fait l'objet d'une attention accrue de la part des pouvoirs publics. Elle constitue aujourd'hui **un programme à part entière** (avec ses objectifs, ses moyens et ses évaluations) à l'aune duquel sont progressivement **revisités les modalités de couverture de l'ensemble des risques sociaux**³.

Néanmoins, la lutte contre la fraude n'est qu'une dimension parmi d'autres de la garantie de la qualité du versement des prestations. La frontière est en effet parfois difficile à établir entre la fraude, la pratique dite abusive ou l'erreur. **La Délégation nationale de lutte contre les fraudes (DNLF)** instituée le 16 avril dernier **pourrait s'inspirer de certains exemples étrangers en la matière**. Ces derniers abordent conjointement l'ensemble de ces dimensions dans le souci plus large d'améliorer la qualité du versement des prestations sociales, et de garantir l'adhésion à un niveau ambitieux de solidarité.

La fraude sociale, de quoi parle-t-on ?

La préoccupation que constitue la lutte contre la fraude ne doit pas occulter une difficulté de fond à établir la distinction entre ce qui relève⁴ :

- de la fraude au sens strict : une transgression volontaire de la règle de droit afin de bénéficier de prestations sociales auxquelles l'utilisateur n'est pas éligible ;
- de l'abus : une pratique qui respecte le droit mais qui apparaît choquante au regard de l'esprit initial des textes ;
- de l'erreur : un manque de respect involontaire et de bonne foi de la règle de droit, lié à une ignorance ou à une mauvaise interprétation.

C'est donc le degré d'intentionnalité, par nature difficile à établir et sujet à contestations, qui permet de distinguer ces notions. Remarquons que chacun de ces risques peut également mettre en cause la responsabilité de l'administration elle-même.

¹ Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), *La Fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle*, mars 2007.

² Les charges de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'établissent à 403 milliards d'euros (Cour des comptes, rapport sur exécution LFSS 2006, septembre 2007). Les dépenses des régimes d'indemnisation du chômage s'élèvent quant à elles à 23 milliards d'euros (Drees, *Études et Résultats*, n° 609, novembre 2007).

³ Ce qui est couramment appelé la « fraude sociale » comprend en réalité deux volets : la fraude sur les dépenses, qui fait l'objet de la présente note d'analyse, et la fraude sur les ressources, c'est-à-dire les prélèvements sociaux. Le CPO évalue cette dernière dans le rapport précité entre 8,4 et 14,6 milliards d'euros chaque année.

⁴ Définitions établies à l'aide des références 1, 5 et 8 de la présente note.

 En France, une nouvelle impulsion donnée à la lutte contre la fraude aux prestations sociales...*Une question délaissée devenue centrale...*

En 1996, une mission parlementaire sur les fraudes et pratiques abusives⁵ relevait que « les moyens de contrôle des prestations sont sans comparaison avec l'enjeu financier », mettant notamment en évidence les inégalités géographiques des contrôles, le trop faible recours aux sanctions pénales ou encore l'insuffisance du recoupement des données disponibles. Pour autant, ce n'est que dix ans plus tard que ce rapport sera véritablement relayé par d'autres études d'envergure. En matière de santé, la Cour des comptes concluait en 2005⁶ qu'après avoir « fait le bilan d'une décennie d'actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux (...) en termes de sanctions des fraudes les résultats sont décevants ». Concernant les minima sociaux, un rapport parlementaire⁷ souligne la même année que « l'incapacité des pouvoirs publics à évaluer, fût-ce de façon grossière, l'ampleur de la fraude (...) pose un véritable problème pour la crédibilité du système ». Un autre rapport parlementaire sur l'assurance-chômage⁸ fait état en 2006 de « réseaux à l'origine de fraudes d'importance considérable », ou encore « d'un phénomène qui a pris un caractère industriel », et d'une « prise en compte tardive des impératifs de lutte contre la fraude ».

C'est dans ce contexte qu'est créé en 2006⁹ le Comité national de lutte contre les fraudes en matière de protection sociale. La loi de financement de la Sécurité sociale comprend quant à elle depuis 2007¹⁰ une section consacrée aux « dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre les fraudes ». Une Délégation nationale à la lutte contre la fraude est mise en place à compter de mai 2008. Ces innovations institutionnelles font désormais largement consensus et invitent à s'interroger sur les causes de ce qui s'apparente à une prise de conscience collective.

...pour des raisons liées à la situation des finances sociales et aux mutations de l'opinion publique...

Si l'enjeu financier de lutte contre les fraudes aux prestations sociales a toujours existé, celui-ci devient d'autant plus stratégique que les comptes sociaux se dégradent. Or, comme le souligne la Cour des comptes, la dette sociale qui s'établissait à 0,8 % du PIB en 1990 atteignait 6,8 % en 2006¹¹. La lutte contre les fraudes aux prestations sociales apparaît alors progressivement comme une des conditions du retour à l'équilibre financier de nos régimes sociaux. Le phénomène, donc le manque à gagner pour les finances sociales, est toutefois extrêmement difficile à évaluer.

Une première méthode consiste à consolider les résultats déclarés par les organismes versant des prestations sociales. En 2006, l'ensemble des fraudes détectées et déclarées par les caisses nationales du régime général s'élevaient à 153 millions d'euros : 117,9 millions pour l'assurance-maladie¹², 35,1 millions pour la branche famille¹³, donnée non renseignée pour l'assurance-vieillesse¹⁴. Si l'on tient compte du fait que le régime général représente 74 %¹⁵ des dépenses de Sécurité sociale, et en intégrant les 140 millions d'euros de fraudes recensés pour l'assurance-chômage, **les fraudes aux prestations sociales s'élèveraient ainsi chaque année au moins à 341 millions d'euros.**

Mais la valeur des fraudes détectées est par définition inférieure aux fraudes réelles. Le rapport parlementaire de D. Tian cite ainsi les propos du secrétaire général de l'Unedic : « ce n'est que la partie émergée de l'iceberg, plus nous contrôlons, plus nous trouvons ». Ainsi le programme de lutte contre les fraudes de l'assurance-maladie a permis de détecter en 2007 un montant de fraudes 10 fois plus important que l'année de son lancement en 2005 (soit 134,5 millions d'euros contre 13 millions la première année). Ce chiffre ne constitue donc que l'estimation basse des fraudes aux prestations sociales (d'autant plus que le montant concernant les prestations vieillesse est ici sous-évalué).

⁵ Mission parlementaire sur les fraudes et pratiques abusives, avril 1996, dirigée par les parlementaires Gérard Léonard et Charles de Courson.

⁶ Cour des comptes, rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale, septembre 2005.

⁷ *Plus de droits et plus de devoirs pour les bénéficiaires de minima sociaux d'insertion*, Michel Mercier et Henri de Raincourt, 2005.

⁸ Rapport d'information sur les moyens de contrôle de l'Unedic et des Assedic, Dominique Tian, décembre 2006.

⁹ Décret du 23 octobre 2006.

¹⁰ Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, décembre 2007.

¹¹ Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, Cour des comptes, 2007.

¹² Rapport sur les fraudes 2007 CNAMTS : www.securite-sociale.fr/institutions/fraudes.

¹³ Rapport sur les fraudes 2007 CNAF : www.securite-sociale.fr/institutions/fraudes.

¹⁴ Dans le cadre de cette étude, la Caisse nationale d'assurance-vieillesse nous a informés qu'il n'existait « aucune donnée disponible sur les fraudes aux prestations à ce jour ». Notons que la structure des prestations concernées peut inviter à penser que l'ampleur des fraudes concernées est limitée.

¹⁵ Cour des comptes, rapport sur exécution LFSS 2006, septembre 2007. Les charges de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'établissent à 403 milliards d'euros, dont 298 milliards pour le régime général.

Comment dès lors en donner une estimation haute ? Selon le **National Audit Office** (la Cour des comptes britannique, qui supervise chaque année le contrôle d'un échantillon représentatif de 40 000 dossiers), ce sont en 2007 environ **1,3 % des prestations sociales qui feraient l'objet de fraudes¹⁶ au Royaume-Uni. Rapporté aux dépenses hexagonales**, ce taux aboutit à une estimation de fraudes aux prestations sociales équivalent à **5,5 milliards d'euros**.

Ces estimations sont cependant insatisfaisantes notamment à cause de la perméabilité entre les notions de fraude, d'abus et d'erreur dont l'évaluation repose sur la propre définition des organismes dépensiers. Elles peuvent en outre créer l'illusion que la lutte contre les fraudes aux prestations pourrait à elle seule résoudre la question du financement, alors qu'il s'agit évidemment d'un des moyens nécessaires au sein d'un ensemble plus large de mesures. En tout état de cause, l'écho médiatique croissant donné aux affaires de fraudes sociales accrédite le sentiment d'une amplification du phénomène¹⁷.

La seconde raison qui explique que la lutte contre la fraude aux prestations sociales soit devenue plus consensuelle tient à la mutation de l'opinion publique. **Les comparaisons internationales révèlent généralement que les Français sont plus indulgents vis-à-vis de la fraude que les autres Occidentaux¹⁸. Or c'est précisément cette indulgence, même si elle reste plus prononcée qu'ailleurs, qui semble s'estomper**, et ce pour trois raisons. La première tient à l'individualisation croissante des comportements sociaux, laquelle entraîne une exigence de retour sur investissement des cotisations versées pour les employeurs comme pour les salariés. La deuxième est le fruit de l'inquiétude vis-à-vis de la pérennité du système de protection sociale, plus marquée semble-t-il que dans les autres pays occidentaux¹⁹. La troisième tient à la persistance d'une croissance économique insuffisante qui rend d'autant moins supportable pour les salariés comme pour les entrepreneurs en difficulté l'idée que certains agents puissent bénéficier de prestations sans fournir les efforts correspondants. En 1996, les parlementaires Gérard Léonard et Charles de Courson devaient se défendre, en introduction de leurs travaux sur les fraudes et pratiques abusives, de vouloir mener une « chasse aux pauvres ». Dix ans plus tard, les corps de contrôle et les médias n'ont cessé de relever la fragilité des contrôles, traduisant et accélérant la mutation de l'opinion publique : la véritable injustice semblerait désormais résider dans le laxisme éventuel face à la fraude. **La lutte contre la fraude aux prestations sociales va alors progressivement s'imposer comme une condition de l'adhésion au principe d'une couverture sociale nationale ambitieuse.**

...donnant lieu à une accumulation de mesures toujours plus ambitieuses en termes de prévention, de détection et de répression

Dans ce contexte, tous les organismes en charge du versement de prestations sociales ont intensifié leurs efforts de lutte contre la fraude. **Les exemples qui suivent ne constituent pas seulement des innovations techniques ou juridiques, ils soulignent à quel point l'objectif de lutte contre la fraude modifie les modalités de couverture des risques sociaux** : en encadrant plus strictement le principe de l'exercice libéral de la médecine (qui justifiait un moindre contrôle des prescriptions), en procédant à une interprétation moins restrictive de la loi « informatique et libertés » (qui empêchait le croisement de certaines informations) ou encore en créant des procédures de règlement des conflits dérogeant au contentieux commun.

- En matière de prévention

L'ensemble des branches de la Sécurité sociale procède désormais à la **certification de l'identification de leurs usagers²⁰**. À terme, la loi de financement de la Sécurité sociale 2007 prévoit de recenser sur cette base l'ensemble des bénéficiaires au sein d'un répertoire national commun de la protection sociale. Ce dispositif était par le passé interdit par une interprétation plus restrictive de la loi « Informatique et libertés ».

La branche maladie a mis en place en 2005²¹ un dispositif d'**entente préalable des 210 médecins** considérés comme prescripteurs excessifs d'indemnités journalières. Les contrôles effectués sur les prescriptions étaient déjà possibles mais dans les faits rarement mis en œuvre au nom d'une interprétation extensive de l'exercice libéral de la médecine de ville.

L'Unedic a généralisé les **détecteurs de faux papiers** dans l'ensemble des sites Assedic et formé l'ensemble des personnels à la vigilance en matière de fraude identitaire. Des mesures d'une telle ampleur apparaissent il y a quelques années démesurées ou trop stigmatisantes.

¹⁶ National Audit Office, *Progress in Tackling Fraud*, janvier 2008. La donnée de 1,3 % est estimée par le Centre d'analyse stratégique après redressement d'une rupture de série statistique.

¹⁷ Au cours des dernières années, tous les risques sociaux ont ainsi été concernés : affaire du « kit Assedic » pour l'assurance-chômage, affaire des « faux quintuplés » pour le risque famille, affaire de la fraude à la carte Vitale ou aux faux honoraires pour le risque maladie.

¹⁸ Sondage mondial sur les valeurs, www.worldvaluesurvey.org. Question F114 : Claiming government benefits to which you are not entitled.

¹⁹ Eurobaromètre, 2006.

²⁰ Sur la base du NIR, le « numéro d'identification au répertoire ».

²¹ Prévus par la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance-maladie.

- En matière de détection

La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) procède à la montée en charge du répertoire national des bénéficiaires depuis le début de l'année. Opérationnel en novembre 2008, il se substituera aux fichiers individualisés des 123 CAF, renforçant ainsi **la détection des doubles affiliations**²². Les échanges de données avec l'administration fiscale seront par ailleurs totalement automatisés à compter d'octobre 2008 dans le cadre d'une déclaration désormais unique de ressources.

Par ailleurs, les CAF ont dorénavant la possibilité pour certaines prestations, dont le RMI, de procéder à « **l'évaluation du train de vie** »²³ des bénéficiaires, quand ce dernier est manifestement incompatible avec la demande formulée (possession d'immeubles, de bijoux, de capitaux). **L'assurance-maladie** contrôle quant à elle systématiquement depuis 2005 **les « méga-consommateurs »** de médicaments ainsi que les arrêts maladie de plus de deux mois. Elle peut s'appuyer depuis 2008 sur les contrôles effectués par l'employeur pour suspendre le versement des indemnités journalières dans le cadre d'une expérimentation.

De manière générale, on assiste au **développement des échanges d'informations et des coopérations entre administrations sociales**²⁴, mais également avec **la police**²⁵ **et les banques**²⁶. Ici encore, l'impératif de lutte contre les fraudes sociales conduit à une interprétation plus souple de la loi « Informatique et libertés », en légitimant des mesures qui paraissaient jusqu'alors intrusives dans la vie privée des usagers.

- En matière de répression

Les caisses de Sécurité sociale sont désormais tenues d'engager des poursuites pénales avec constitution de partie civile lorsque le préjudice lié à une fraude excède les 10 728 euros.

Par ailleurs, **des dispositifs alternatifs sont prévus par le législateur** : les directeurs des Caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) peuvent désormais prononcer des pénalités financières à l'encontre des assurés ou des professionnels de santé en cas de méconnaissance des règles du code de la Sécurité sociale²⁷, ceux des Caisses d'allocations familiales et d'assurance-vieillesse avoir recours à un dispositif de pénalités administratives à l'encontre des bénéficiaires de prestations, prenant par exemple la forme d'une suspension d'allocation pendant une durée d'un an²⁸. L'importance accordée à la lutte contre la fraude sociale justifie ainsi l'adaptation des voies contentieuses, afin d'aboutir rapidement et efficacement à un recouvrement ou une pénalité exemplaire.

...qui pourrait s'inspirer en partie de certaines expériences étrangères plus précoces et plus abouties...

Certaines expériences étrangères de lutte contre la fraude aux prestations sociales sont parfois plus précoces et plus abouties qu'en France. L'exemple le plus frappant est celui de **la Grande-Bretagne qui a réduit son taux de fraude sociale d'environ 33 % entre 2001 et 2006**²⁹. Plus généralement, l'analyse de ces stratégies anti-fraude révèle une grande diversité dans les approches, reflétant pour partie les cultures nationales³⁰. **Il convient toutefois d'analyser ces expériences étrangères avec prudence, car elles ne sont pas toutes transposables en France en raison des différences de cultures et de mentalités.**

Un accent mis sur la prévention

Certaines expériences étrangères illustrent tout le potentiel des méthodes de prévention. Selon les pays, **des campagnes d'information** s'adressent à l'ensemble de la population pour favoriser l'adhésion au système (Grande-Bretagne et Irlande) ou sont ciblées sur les seuls bénéficiaires de prestations sociales (Pays-Bas et Canada) afin de rappeler les risques encourus et de souligner le caractère socialement inacceptable de tels comportements frauduleux.

Aux Pays-Bas, les bénéficiaires de prestations sociales doivent signer un contrat indiquant leurs obligations, ainsi que les contrôles dont ils pourront faire l'objet. Au Canada, ces informations leur sont transmises lors

²² Actuellement un tel répertoire unique n'existe que pour le Revenu minimum d'insertion (RMI).

²³ LFSS 2008.

²⁴ Convention inter-organismes de protection sociale pour le partage d'informations dans le cadre de la lutte contre la fraude, 2006.

²⁵ Convention de janvier 2007 signée entre l'assurance-maladie la police nationale et la gendarmerie nationale.

²⁶ LFSS 2008 qui prévoit la possibilité d'accès à certaines informations par les contrôleurs des caisses d'allocations familiales (CAF) et des Caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM).

²⁷ Décret du 23 août 2005.

²⁸ LFSS 2006 pour les pénalités administratives, LFSS 2008 pour la suspension de l'allocation logement pendant une durée d'un an (expérimentation).

²⁹ Selon la NAO (2008) et en tenant compte d'une rupture de série statistique (calculs du Centre d'analyse stratégique).

³⁰ Un exercice de comparaison internationale a été mené par RAND Europe pour le compte du National Audit Office (NAO) en 2006. Ce *benchmarking* porte sur huit pays : Australie, Canada, États-Unis, France, Irlande, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Suède.

de sessions appelées *Group Information Session* : entre 1999 et 2006, environ 1,7 million de personnes y ont assisté. Depuis 2006, ces sessions sont ciblées sur les personnes sélectionnées selon des critères de risque définis au niveau local.

La campagne anglaise : « Pas d'excuses... »

En 2006, la Grande-Bretagne a lancé une campagne d'information d'une vaste ampleur sur le thème « *no ifs no buts, benefit theft is a crime* » (*pas de si, pas de mais, la fraude aux prestations sociales est un délit*). Cette campagne de presse, télévisée et radiophonique, qui a pu être ressentie comme relativement agressive, est composée de plusieurs spots visant à montrer que la fraude en matière de prestation sociale n'est pas tolérée et que des contrôles sont opérés pour la détecter (cf. ci-dessous).

Un an après le début de cette campagne, les pouvoirs publics ont pu en mesurer les effets : 83 % des individus sont entièrement d'accord avec l'idée qu'il est mal de réclamer des prestations auxquelles on n'a pas droit, contre 75 % un an auparavant.

Une des affiches de la campagne



Un des spots radiophoniques (en anglais) : [cliquer sur ce lien pour écouter](#)

Des méthodes de détection toujours plus élaborées

La détection constitue naturellement un aspect crucial en matière de lutte contre la fraude. Diverses méthodes sont utilisées : rapprochement de fichiers, analyse statistique des données, dénonciation.

La détection des fraudes par **rapprochement de fichiers informatiques** est opérée dans tous les pays et ne constitue donc pas à proprement parler une méthode originale de lutte contre la fraude. Cependant, **l'Australie** se distingue parce que toutes les prestations sociales sont organisées et gérées par une seule agence, *Centerlink*, et qu'il existe un fichier unique. Cette base de données qui comporte 23 millions de lignes ne fait pas débat dans le pays.

Les modalités du rapprochement de fichiers varient d'un pays à l'autre en fonction de degré d'intégration du système de sécurité sociale et de la nature des fichiers rapprochés (données fiscales, etc.). Ces croisements peuvent être effectués après le paiement ou en temps réel comme en **Suède**. Dans certains pays, tels **les Pays-Bas**, l'attribution d'un numéro unique d'enregistrement (*SOFI-nummer*) facilite de tels rapprochements. Le montant des économies obtenues est disponible pour plusieurs pays, mais la mesure la plus intéressante correspond au rapport coût/efficacité. Selon les estimations du NAO, une telle méthode permet d'identifier un montant de paiements indus de 24 livres (environ 30 euros) pour une livre dépensée. Elle est plus efficace que la détection des fraudes par dénonciation.

Plusieurs pays, tels l'Australie, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis, ainsi que certaines provinces canadiennes, notamment l'Ontario, ont organisé le recueil des **dénonciations** de fraude par courrier, téléphone ou Internet. Au Royaume-Uni, le service téléphonique qui enregistre les appels occupe 40 personnes en équivalent temps plein. Aux États-Unis ou en Australie, le site Internet facilite la dénonciation en accompagnant les usagers à l'aide de formulaires très complets (à titre d'exemple, il est possible de communiquer le signalement ou le numéro de la plaque minéralogique de la personne que l'on dénonce). Ces dénonciations ne sont pas rémunérées et l'anonymat est garanti à leurs auteurs. Pour la Grande-Bretagne, le NAO indique avoir reçu environ 215 000 appels téléphoniques en 2006 et 2007. **Le rapport coût/efficacité de la dénonciation est moins favorable que le rapprochement de fichiers** : pour une livre dépensée, environ 16 livres (environ 20 euros) de paiement indus sont identifiées.

Par ailleurs, des méthodes d'**analyse statistique de données** sont parfois mises en œuvre pour détecter des cas de fraude. Ces outils statistiques sont fréquemment utilisés aux États-Unis, notamment des méthodes de *data mining* dont certaines sont relativement sophistiquées comme l'analyse par réseau de neurones. L'objectif est d'établir des associations entre les données afin de mieux repérer des profils types de cas de fraude. Le Royaume-Uni expérimente actuellement un **logiciel d'analyse de la voix**, le *Voice Risk Analysis* (VRA). Son but est d'analyser les modulations de la voix des demandeurs de prestations sociales qui seraient causées par le stress, afin d'établir un profil de risque. Ce logiciel suscite des polémiques, car il

peut être considéré comme un détecteur de mensonges. Par ailleurs, il pourrait dissuader certains allocataires d'avoir recours à des prestations auxquelles ils ont pourtant légitimement droit. Malgré ces débats, le logiciel est expérimenté et sera évalué en 2008. L'effet pervers du non-recours aux prestations sera étudié dans le cadre de cette évaluation.

Définition et mesure de la fraude aux prestations

C'est parfois la définition et la mesure en tant que telles qui font l'objet des plus grandes divergences. Ainsi, l'Australie ou la Suède effectuent une distinction entre la **fraude externe** causée par les bénéficiaires et la **fraude interne** effectuée par des employés du système de sécurité sociale. La Suède distingue la **fraude blanche** qui peut être détectée avec des contrôles ordinaires, et la **fraude noire** qui nécessite une investigation plus poussée.

La fraude peut être mesurée **globalement** sur la base des cas qui ont fait l'objet d'une procédure, soit selon le nombre d'affaires traitées, soit selon les montants financiers recouverts. Ainsi, en Australie, 3 511 cas de fraude sociale ont fait l'objet de poursuites en 2005 et ont conduit à 3 446 condamnations portant sur un montant d'environ 25 millions d'euros (source : Centerlink).

L'importance de la fraude sociale peut également être mesurée en analysant **un échantillon** de dossiers de prestations. Cette méthode est utilisée en Angleterre où l'enquête porte sur environ 40 000 dossiers tirés au hasard, qui sont soumis à un examen beaucoup plus approfondi qu'au moment du versement de la prestation. En Irlande, l'échantillon est ciblé sur certaines prestations (notamment les allocations familiales ou les pensions d'invalidité) afin d'ajuster les stratégies de lutte en fonction des évolutions constatées. Aux Pays-Bas, ces enquêtes (POROSZ I, II et III) cherchent également à connaître les motivations des fraudeurs afin d'améliorer les méthodes de prévention.

Pour résoudre les difficultés de mesure du phénomène, et notamment le partage entre la fraude et l'erreur, **l'Australie privilégie un objectif général de qualité de versement effectué « de manière pertinente »** (c'est-à-dire sans fraude ni abus ni erreur), fixé à 95 %. Le respect de cet objectif est évalué chaque trimestre, à partir d'un échantillon de dossiers. Depuis sa mise en place en juillet 2002, il a toujours été atteint ou dépassé (il s'est élevé à 96,8 % en moyenne en 2005-2006).

Une telle approche ne se limite plus au seul phénomène de fraude et d'abus, mais inclut aussi les erreurs de paiement, qu'elles proviennent de l'assuré ou du système de sécurité sociale. Elle permet d'assurer une plus grande efficacité du système de versement des prestations en s'attaquant globalement à toutes les causes de paiement incorrect. Cette approche est également moins stigmatisante que la lutte contre la fraude. En effet, à la notion de profil à risque, il serait possible de substituer celle, plus neutre, de dossier à risque susceptible de générer davantage de fraude ou d'erreur (en raison de la complexité de la réglementation ou du calcul de la prestation).

...et pourrait plus généralement inviter à poser la question du « paiement à bon droit »

La nouvelle impulsion donnée à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales dans l'Hexagone apparaît en comparaison plus restrictive. Or, dans de très nombreux cas, il est difficile de distinguer ce qui relève de la fraude, de l'abus ou de l'erreur de l'utilisateur³¹. La Cour des comptes britannique reconnaît elle-même que le taux de fraudes aux prestations sociales détecté varie du simple au double selon les définitions retenues. Dans la perspective de maîtrise des dépenses sociales ou de préservation de l'adhésion au système de solidarité, les pouvoirs publics pourraient poursuivre l'objectif de lutter contre l'ensemble des irrégularités de paiement, au-delà de la seule lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Pour ne prendre qu'un exemple, si en 2006 la branche famille a détecté 35,1 millions d'euros de fraudes, elle a annoncé 1,27 milliard d'euros d'indus liés à des erreurs ou retards dans les déclarations des usagers.

C'est d'ailleurs la logique que semble esquisser la Cour des comptes, quand elle affirme dans le rapport 2007 sur la certification des comptes de la Sécurité sociale³² « n'être pas en mesure d'exprimer une opinion » sur la certification des comptes de la branche famille de la Sécurité sociale car « les insuffisances du contrôle interne (...) entraînent une forte incertitude sur le versement à bon droit des prestations légales (...) ». **Promouvoir la qualité du versement des prestations (ou s'assurer de leur paiement « à bon droit ») implique en effet de réduire l'ensemble des irrégularités, c'est-à-dire non seulement la fraude, les abus, les erreurs commis par l'utilisateur, mais aussi par l'administration elle-même. Le champ est certes plus large, mais également plus pertinent : dans bien des cas, ce sont les mêmes mécanismes de**

³¹ Les exemples sont nombreux : absence de déclaration de changement de situation maritale, mauvaise codification des actes par les établissements de santé dans le cadre de la tarification à l'activité, prescription de médicament non appropriée, etc.

³² Cour des comptes, mars 2007, Premier rapport sur la certification des comptes de la Sécurité sociale.

prévention et de détection qui sont concernés. Pour ne retenir qu'un exemple, l'analyse des consommations de soins permet tout à la fois de détecter les abus des usagers (méga-consommateurs de médicaments) et des praticiens (arrêts de travail de complaisance).

Pour concrétiser cette nouvelle approche, en France, une hypothèse de travail pourrait consister à rassembler l'ensemble des instances en charge de la lutte contre la fraude dans une agence aux prérogatives élargies (et au rattachement institutionnel à déterminer). En ce qui concerne le domaine des prestations sociales celle-ci pourrait, à titre d'exemple, assurer :

- la définition pour chaque prestation de ce qui relève de la fraude, de l'abus ou de l'erreur afin d'assurer l'équité de traitement entre les usagers des différentes administrations et une cohérence dans la mesure et l'analyse des différentes composantes de l'irrégularité de paiement ;
- l'évaluation, de manière indépendante des organismes, de l'ampleur de la fraude aux prestations sociales, mais également des abus et des erreurs en procédant ou supervisant le retraitement de certains dossiers sur le principe de l'échantillon représentatif, en testant les dispositifs de contrôle au moyen de dossiers « mystères » ;
- l'évaluation, sur le même modèle, des abus et erreurs de l'administration elle-même ;
- le développement des synergies et économies d'échelle dans une approche transversale aux institutions, par exemple concernant les techniques de profilage ou la recherche technologique ;
- la définition d'un plan de travail global visant à lutter contre la fraude, les abus et les erreurs des usagers et de l'administration, comportant un objectif de versement de prestations à bon droit, sur le modèle australien ;
- la supervision des mécanismes de pénalités et de suspensions de prestations afin d'assurer une homogénéité de traitement à ces voies alternatives au contentieux de droit commun ;
- la communication sur les résultats obtenus en matière de promotion du paiement à bon droit, dont la lutte contre la fraude est une composante. Cette communication s'adresserait au législateur (amélioration des dispositifs existants) mais également au grand public. Cette approche globale rendrait d'ailleurs d'autant plus acceptables et justifiés les programmes d'actions toujours plus ambitieux de lutte contre la fraude.

Enfin, on pourrait tirer parti de la nouvelle impulsion donnée à la lutte contre les fraudes pour poser non seulement la question du paiement à bon droit, mais plus généralement celle de la qualité de service du versement des prestations. Au-delà de la mesure de l'ampleur des fraudes, des abus et des erreurs, il s'agirait également de prendre en compte le délai de traitement, l'accès à l'information, la qualité de l'accueil³³. **La simplification de la réglementation, tant attendue par les usagers, montre à quel point tous ces objectifs peuvent parfois être contradictoires, seule une approche globale pouvant améliorer la performance du dispositif dans toutes ses dimensions.** C'est d'ailleurs en poursuivant conjointement ces objectifs qu'avait été conçu à l'origine le dossier médical personnalisé³⁴ (lutter contre les fraudes, éviter les erreurs de diagnostics, améliorer la qualité du suivi, faciliter l'accès à l'information, simplifier les démarches, réduire le coût). La difficulté à mettre en œuvre le projet illustre l'ampleur du défi que cette approche globale pose à notre système de protection sociale.

> *Stéphane Donné et Sylvain Lemoine,
Département Questions sociales*

³³ Dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion, de nombreux progrès ont été réalisés par les organismes versant des prestations sociales en matière de qualité de service. Mais ces progrès sont trop souvent méconnus.

³⁴ Loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance-maladie.

Les sujets d'analyse de *La Note de veille* des derniers mois

N° 97 – Avril 2008 – Le diagnostic stratégique *France 2025*

N° 96 – Avril 2008 – Quelles évolutions de l'emploi public dans les pays développés ?

N° 95 – Avril 2008 – Le fret ferroviaire en Allemagne : du redressement à la stratégie continentale

N° 94 – Mars 2008 – Réalités et apparences du déficit extérieur américain

N° 93 – Mars 2008 – Le statut des villes-capitales : le délicat compromis entre intérêt local et intérêt national

N° 92 – Mars 2008 – Réduire la segmentation hommes/femmes du marché du travail en Europe : quels leviers d'action ?

N° 91 – Février 2008 – Au-delà du PIB, le bonheur ?

N° 90 – 18 février 2008 – Quelles perspectives d'emploi et de productivité dans le commerce ?

N° 89 – 4 février 2008 – La valeur du vivant : quelle mesure pour la biodiversité ?

N° 88 – 28 janvier 2008 – L'État et les agences : limitation ou extension de la puissance publique ?

N° 87 – 21 janvier 2008 – Les personnes les plus en difficulté sur le marché du travail : une estimation

N° 86 – 7 janvier 2008 – Quelle efficacité des incitations publiques en faveur du capital-risque ?

Directeur de la publication :
René Sève, directeur général
Directrice éditoriale de *La Note de veille* :
Nathalie Bassaler, chef du Service Veille,
Prospective, International
Rédacteur en chef de *La Note de veille* :
Jérôme Tournadre-Plancq, chargé
de mission au Département Institutions
et Société

Pour consulter les archives
de *La Note de veille*
en version électronique :
[http://www.strategie.gouv.fr/
rubrique.php3?id_rubrique=12](http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=12)

Centre d'analyse stratégique
18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
Téléphone 01 42 75 61 00
Site Internet :
www.strategie.gouv.fr

