



LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES AUX PRESTATIONS SOCIALES : QUEL BILAN QUATRE ANS APRÈS LA COMMISSION D'ENQUÊTE ?

En septembre 2020, le rapport de la commission d'enquête relative à la fraude aux prestations sociales dressait un bilan contrasté de la lutte contre ce phénomène¹. Il montrait notamment que les moyens mis en œuvre demeuraient insuffisants et que le degré de mobilisation des organismes était inégal. Il soulignait aussi l'affirmation de nouvelles formes de fraude à enjeux, commises en bande organisée, face auxquelles la réponse des pouvoirs publics peinait à se structurer.

Plus de quatre ans après l'achèvement de ces travaux, les rapporteurs ont souhaité évaluer l'état de la lutte contre la fraude aux prestations. La commission d'enquête parlementaire a assurément contribué à une relance de celle-ci, qui a bénéficié de la mobilisation de moyens supplémentaires au service d'objectifs plus ambitieux. Toutefois, si certaines des préconisations formulées par la commission ont été mises en œuvre et que la performance des contrôles s'est améliorée, certains des enjeux mis en évidence en 2020 n'ont pas encore trouvé de réponse pleinement adéquate.

En 2023, le préjudice lié à cette fraude était estimé à 5,7 milliards d'euros par les trois principales caisses de sécurité sociale concernées (la Caisse nationale de l'assurance maladie – Cnam –, la Caisse nationale des allocations familiales – Cnaf – et la Caisse nationale d'assurance vieillesse – Cnav) et par France Travail². Malgré une amélioration de la performance des contrôles, seule une part minoritaire de ces indus était détectée (1,2 milliard d'euros) et une part encore inférieure de ceux-ci était recouvrée (600 millions d'euros dans le champ des régimes obligatoires de base)³.

La fraude aux prestations, comme l'ensemble des fraudes aux finances publiques, constitue une atteinte au pacte républicain qui lie les assurés sociaux par un ensemble de droits et de devoirs. Elle constitue un détournement des ressources de notre système de protection sociale, entame la confiance de nos concitoyens dans l'équité de celui-ci et doit donc être résolument combattue.

Les rapporteurs ont conduit plusieurs auditions, en particulier avec la direction de la sécurité sociale (DSS), la Cour des comptes, le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), les principaux organismes sociaux (Cnaf, Cnav et France Travail)⁴ et la mission interministérielle de coordination anti-fraude (Micaf).



Rapporteure

[Mme Sandra Delannoy](#)

Députée du Nord (RN)



Rapporteur

[M. Patrick Hetzel](#)

Député du Bas-Rhin (DR)



Rapporteur

[M. Gérard Verny](#)

Député des Bouches-du-Rhône (UDR)

¹ Cf. rapport n° 3300 fait au nom de la commission d'enquête relative à la fraude aux prestations sociales, XV^e législature, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 8 septembre 2020.

² HCFiPS, *La lutte contre la fraude sociale*, septembre 2024, p. 79.

³ *Ibid.*, pp. 83-84. Il convient d'ajouter à ce montant celui des préjudices évités, qui n'est pas évalué par l'ensemble des organismes.

⁴ La Cnam, dont les représentants n'ont pu être entendus par les rapporteurs, a remis à ces derniers une contribution écrite.

I. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX PRESTATIONS SOCIALES A INDÉNIABLEMENT PROGRESSÉ AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

A. Une nouvelle impulsion a été donnée à la lutte contre la fraude, entraînant une meilleure organisation et la mobilisation de moyens supplémentaires

Au cours des cinq dernières années, la fraude aux prestations a fait l'objet d'une mobilisation croissante des organismes sociaux.

Chacune des branches de la sécurité sociale s'est dotée d'un **plan d'action**. Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des caisses de sécurité sociale pour les années 2023 à 2027 ont fixé des **objectifs plus ambitieux**, lesquels ont été relevés par le Gouvernement dans le cadre du plan interministériel de lutte contre la fraude présenté en mai 2023. Les COG ont aussi prévu une **augmentation des moyens** à travers le recrutement de 1 000 agents supplémentaires – soit une hausse de 20 % du nombre des équivalents temps plein consacrés à la lutte contre la fraude. 1 milliard d'euros doit également être consacré à la **modernisation des systèmes d'information** des caisses au cours de cette période.

En outre, **l'évaluation de la fraude** – dont le rapport d'enquête avait montré les insuffisances – a progressé et est désormais mis en œuvre par tous les organismes. Le tableau ci-dessous présente le montant de la fraude estimée par ces derniers pour l'année 2023⁵.

		Montants (en Md€)
CNAF	Total	3,87
	RSA	1,54
	Prime d'activité	1,05
	AL	0,74
	Prestations d'entretien (AF, CF, AEEH, ARS, AJP, AJPA)	0,35
	AAH	0,18
	PAJE	0,03
CNAM	Total	1,71
	Infirmiers libéraux	0,34
	Masseurs kiné	0,20
	Médecins généralistes	0,20
	Complémentaire santé solidaire	0,18
	Médecins spécialistes	0,18
	Transporteurs	0,16
	Invalidité	0,16
	Pharmaciens	0,10
	Dentistes	0,08
	Rentes AT-MP	0,07
	Fournisseurs dispositifs médicaux	0,05
	Laboratoires	0,01
CNAV	Total	0,04
	Droits dérivés (hors minimum vieillesse)	0,04
	Minimum vieillesse	0,00
	Droit propre	0,00
France Travail	Total	0,11
	Périodes non déclarées	0,08
	Emplois fictifs	0,03

Aussi une **amélioration de la performance des contrôles** a-t-elle été constatée.

À titre d'exemple, dans le cas de la branche maladie, la COG de la Cnam fixait un objectif de 500 millions d'euros de préjudice financier détecté et évité en 2024, soit un doublement par rapport à la moyenne des années précédentes. La Cnam a récemment fait état d'une augmentation du montant des fraudes détectées, qui a atteint 628 millions d'euros en 2024, soit 35 % de plus qu'en 2023⁶.

L'objectif de lutte contre la fraude est désormais **pleinement pris en compte par l'ensemble des caisses**, qui en ont tiré les conséquences dans leur **organisation**. Ainsi, la Cnaf – qui est de longue date l'une des plus mobilisées en matière de lutte contre la fraude –, s'est-elle dotée d'un service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE) afin de mieux cibler ses contrôles sur les cas de fraude les plus complexes et qui présentent l'incidence financière la plus élevée.

Ces contrôleurs peuvent mettre en œuvre les **prérogatives supplémentaires** qui leur ont été conférées aux organismes pour **détecter les fraudes** et **sanctionner leurs auteurs**. Des compétences de police judiciaire et de cyber-enquête ont ainsi été reconnues aux agents des organismes sociaux. La Cnam a créé six unités d'enquêteurs judiciaires composées de 60 agents habilités à enquêter sous pseudonyme et d'infiltrer des réseaux de fraudeurs.

La **coordination interministérielle** des actions mises en œuvre par les organismes sociaux et d'autres structures – administration fiscale, services de police et de gendarmerie, autorité judiciaire – a également progressé à la faveur de la création de groupements opérationnels nationaux anti-fraude (Gonaf). Ces structures pilotées par la Micaf favorisent les échanges d'informations et la définition de stratégies d'enquête communes.

Elles constituent pour cette raison une ressource particulièrement précieuse pour lutter contre les fraudes à enjeux, souvent commises en bande organisée, qui appellent une réponse coordonnée des organismes sociaux, des services du ministère de l'intérieur et de l'autorité judiciaire.

⁵ HCFIPS, *La fraude sociale*, septembre 2024, p. 79.

⁶ Communiqué de presse du 20 mars 2025.

B. Les informations sur la base desquelles sont servies les prestations ont été progressivement fiabilisées

La sécurisation du versement des prestations repose en premier lieu sur la **fiabilisation des données servant à l'ouverture et à la mise en œuvre des droits**.

À cet égard, la commission d'enquête avait notamment mis en lumière des fragilités dans le **processus d'immatriculation des assurés nés à l'étranger**. Le rapport montrait que des pièces avaient pu servir à l'ouverture de droits alors qu'elles n'étaient pas conformes aux dispositions du code civil applicables à la reconnaissance des documents. Depuis, l'attribution d'un numéro d'attente (NIA) aux personnes qui sollicitent leur affiliation a été généralisée. Lorsque les pièces justificatives ne sont pas produites dans le délai imparti ou que les personnes ne remplissent pas les conditions requises, les prestations dont elles ont bénéficié sont désormais considérées comme des indus, ainsi que la commission d'enquête l'avait préconisé. En outre, les agents du service administratif national d'identification des assurés nés à l'étranger (Sandia), qui est chargé de cette immatriculation, ont désormais accès à la base de données DocVérif du ministère de l'intérieur, qui permet de contrôler la validité des titres d'identité émis par les autorités françaises. Le taux de documents non conformes identifiés dans le cadre de campagnes triennales de contrôle par le Sandia et la direction nationale de la police aux frontières est passé de 6,3 % en 2011 à 2,7 % en 2022⁷.

D'une façon plus générale, la lutte contre la fraude a bénéficié du **développement des échanges de données entre les organismes sociaux et d'autres services**, soit sous la forme de demandes d'accès à certaines bases, soit dans le cadre de flux automatiques, afin de contrôler la cohérence des déclarations des assurés. L'on peut notamment citer l'accès au fichier Ficoba de l'administration fiscale (DGFIP) ou encore la mise en place du dispositif de ressources mensuelles (DRM), qui permet le remplacement progressif des revenus déclarés par les bénéficiaires par des informations communiquées par les organismes sociaux et par les employeurs.

Au sein de la **branche famille**, la principale novation a consisté dans la mise en œuvre du pré-remplissage des déclarations trimestrielles de ressources (DTR) sur la base desquelles le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité sont liquidés à partir des données renseignées par les employeurs dans la déclaration sociale nominative (DSN). Cette réforme ne concerne pas seulement la lutte contre la fraude et participe plus généralement de la fiabilisation des prestations – 60 % des DTR comportent en effet des erreurs⁸, qui ne révèlent pas toutes une intention de frauder.

Au sein de la **branche maladie**, la dématérialisation des procédures a constitué un axe important de fiabilisation. Le contrôle des actes déclarés a été facilité par la mise en œuvre de l'ordonnance numérique. La dématérialisation des arrêts de travail sera par ailleurs prochainement généralisée, à compter du mois de juin 2025.

Au sein de la **branche vieillesse**, la vérification de l'existence des retraités résidant à l'étranger s'est améliorée à travers la mise en place d'échanges automatisés avec les services de l'état civil de plusieurs pays de résidence (au sein de l'Union européenne) et, dans les autres États, par le déploiement de moyens de preuve biométriques et la réalisation de contrôles sur place.

II. MALGRÉ CES PROGRÈS, L'EFFICACITÉ DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX PRESTATIONS DOIT ENCORE ÊTRE AMÉLIORÉE

A. Le montant des préjudices détectés et les sommes recouvrées restent très inférieurs au montant estimé de la fraude

L'amélioration de la performance des contrôles doit être mise en regard du montant estimé de la fraude (au moins 5,7 milliards d'euros en 2023), lequel **demeure très supérieur à celui des préjudices constatés ou évités** (1,2 milliard d'euros) **et recouverts** (600 millions d'euros dans le champ des régimes obligatoires de base). Le taux de recouvrement des indus frauduleux varie aussi entre les organismes, en fonction de la nature des prestations servies et du type de fraude commise.

⁷ HCFiPS, *La fraude sociale*, annexes, p. 100 et réponses de la DSS aux questions des rapporteurs.

⁸ Réponses de la DSS aux questions des rapporteurs.

À titre d'exemple, ce taux est de près de 80 % dans le cas de la Cnaf mais varie fortement selon la nature des fraudes : il est le plus élevé dans le cas des fraudes individuelles, pour lesquelles les caisses peuvent récupérer les indus sur les prestations futures. Dans les autres cas – notamment lorsque les fraudes sont commises en bande organisée –, l'action des caisses vise avant tout à limiter le montant des préjudices irrécupérables en arrêtant la fraude le plus tôt possible.

Au surplus, **l'estimation de la fraude est encore incomplète** dans la mesure où, dans le cas de l'assurance maladie, elle est évaluée sur une partie seulement des actes remboursés. Ainsi, en appliquant à l'ensemble des actes le taux de fraude estimé pour cet échantillon, la Cour des comptes présentait en 2023 une estimation supérieure de la fraude à l'assurance maladie, laquelle serait de l'ordre de 4 milliards d'euros⁹.

Au-delà des seuls indus frauduleux, **la fiabilisation du service des prestations demeure inachevée**, comme en témoigne la décision de la Cour des comptes de ne pas certifier les comptes de la branche famille relatifs aux exercices 2022 et 2023. De ce point de vue, si le dispositif de solidarité à la source est prometteur, sa généralisation – intervenue le 1^{er} mars dernier – est encore trop récente pour qu'il soit possible d'en apprécier les effets sur les indus liés au RSA ou à la prime d'activité.

B. L'accent devrait être mis sur la poursuite de la fiabilisation des données dont disposent les organismes sociaux et sur l'effectivité des sanctions

En premier lieu, de **nouveaux échanges d'informations** pourraient être mis en œuvre. Le HCFiPS a par exemple proposé de **systématiser la transmission par la justice aux organismes de protection sociale des revenus évalués au titre des activités illicites**. Les représentants des organismes entendus par les rapporteurs ont aussi souligné l'intérêt qu'il y aurait à **permettre aux contrôleurs d'accéder aux données de transport aérien** enregistrées dans le *Passenger Name Record*.

Un décret est en cours de préparation pour permettre à certains agents de la DGFIP et des organismes de protection sociale d'accéder à ce fichier afin de mieux contrôler le respect de la condition de résidence. Parallèlement, la notion de résidence pourrait être plus précisément définie, comme elle l'est dans la sphère fiscale.

En outre, **l'efficacité des procédures de sanction** pourrait être améliorée. La Cnaf a par exemple attiré l'attention des rapporteurs sur le fait que l'obligation faite aux organismes de déposer une plainte lorsque le montant de la fraude dépasse un montant déterminé – fixé à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale¹⁰ – entraîne des classements sans suite liés à l'engorgement des tribunaux, qu'elle contribue par ailleurs à entretenir. Il semble opportun de continuer de prononcer systématiquement des sanctions administratives tout en laissant aux organismes une marge d'appréciation quant aux suites judiciaires à donner aux contrôles.

D'une façon plus générale, il conviendrait aussi de **mieux anticiper le risque de fraude associé à la création d'une nouvelle prestation ou à la modification des règles d'une prestation existante**, dont les effets ne sont pas systématiquement évalués. À titre d'exemple, le HCFiPS a souligné l'effet de la réforme du « 100 % santé » sur le développement d'une fraude aux audioprothèses qui n'avait pas suffisamment été prise en compte lors de la conception de cette mesure¹¹. Les rapporteurs estiment que la lutte contre la fraude ne devrait pas se limiter à la constatation des préjudices, et qu'elle devrait au contraire reposer sur une maîtrise des risques qui serait mise en œuvre dès la conception des politiques sociales.

⁹ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss), mai 2023.

¹⁰ Article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

¹¹ HCFiPS, rapport précité, pp. 100 sqq.