

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Jeudi

21 octobre 2010

Séance de 9 heures

Compte rendu n° 01

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Auditions, ouvertes à la presse, sur la lutte contre la fraude sociale, de :

- M. Hervé Drouet, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), M. Christian Castella, directeur du réseau, M. Daniel Buchet, responsable du département maîtrise des risques et lutte contre la fraude, Mme Michèle Balestra, responsable du répertoire national des bénéficiaires, et Mme Patricia Chantin, responsable des relations avec le Parlement.....2
- M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, et M. Emmanuel Dellacherie, directeur de projet fraude 12

**Présidence de
M. Jean Mallot et
M. Pierre Morange,
coprésidents**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Jeudi 21 octobre 2010

La séance est ouverte à neuf heures.

(Présidence de M. Jean Mallot et M. Pierre Morange, coprésidents de la mission)

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède d'abord à l'audition de M. Hervé Drouet, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), M. Christian Castella, directeur du réseau, M. Daniel Buchet, responsable du département « maîtrise des risques et lutte contre la fraude », Mme Michèle Balestra, responsable du répertoire national des bénéficiaires (RNB), et Mme Patricia Chantin, responsable des relations avec le Parlement.

M. Hervé Drouet, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). J'articulerai mon propos autour de quatre points : ce que recouvre exactement le phénomène de la fraude, tant il est vrai que l'on ne lutte bien que contre ce que l'on connaît bien ; les résultats des politiques de contrôle menées par la Caisse nationale des allocations familiales ; la sanction des actes frauduleux, dans la mesure où le sentiment d'impunité pourrait entraîner une moindre adhésion de nos concitoyens à un système précisément fondé sur la justice sociale ; les perspectives de la lutte contre les fraudes, identifiée comme une priorité dans la convention d'objectifs et de gestion.

Pour évaluer le phénomène de la fraude aux prestations familiales, il faut évidemment commencer par définir précisément ce dont on parle. Or les frontières entre la fraude, l'abus, l'erreur et l'omission, également susceptibles de générer des indus, sont parfois floues. Selon les critères que nous avons retenus, la qualification de fraude repose d'une part sur l'établissement de faits matériels, d'autre part sur celui du caractère intentionnel.

Les critères matériels que nous retenons pour conclure à une suspicion de fraude sont : une inexactitude sur une information insusceptible d'erreur, telle que le mariage ou l'activité professionnelle ; les répétitions d'erreurs sur une même information susceptible d'erreur ; une omission de déclaration remontant à plus de six mois ; la production de documents falsifiés – fait matériel qui prouve quasiment par lui-même l'intention frauduleuse.

Il faut ensuite, pour savoir s'il y a fraude, examiner les critères déterminant l'intention. Ainsi, selon le niveau d'information dont disposait l'allocataire, on conclura plutôt à une omission ou une erreur de bonne foi ou, au contraire, au caractère intentionnel. Certains éléments matériels suffisent à prouver l'intention, que ce soit l'établissement de faux ou les opérations en série supposant une connaissance très précise de la réglementation, telles que les montages auxquels nous avons été confrontés à Bordeaux et à Perpignan.

Une fois la fraude précisément définie, il faut en cerner l'ampleur potentielle. Une simple extrapolation des fraudes détectées comporterait trop de biais car les contrôles ayant permis de découvrir ces fraudes sont déjà ciblés. Nous avons donc lancé en 2009 – nous sommes la première branche prestataire à le faire – une enquête statistique consistant à effectuer des vérifications systématiques, conduites par des agents de contrôle assermentés, auprès de 10 500 allocataires choisis de façon aléatoire sur l'ensemble du territoire, afin d'en

tirer des résultats extrapolables. Par cette méthode, nous sommes arrivés à la conclusion que la masse des indus était comprise entre 1,66 milliard et 1,96 milliard d'euros. Ce résultat correspond – et c'est assez remarquable – au montant des indus effectivement détectés, qui est de l'ordre de 2 milliards d'euros. La part des indus liés à des fraudes est estimée à un montant compris entre 540 et 808 millions d'euros, soit entre 0,91 % et 1,36 % du montant total des prestations versées en 2009. La proportion d'allocataires auteurs d'une fraude est estimée à 2,15 %, ce qui représente environ 200 000 personnes.

Les indus, qu'ils soient frauduleux ou non, sont majoritairement recouverts – à hauteur de 88 % sur trois ans ; par ailleurs, je viens d'indiquer que selon les résultats de l'enquête, les indus détectés et les indus potentiels coïncident. Si tous les indus frauduleux avaient été reconnus et qualifiés comme tels, ils n'auraient, en conséquence, pas fait l'objet de remises de dette – lesquelles s'appliquent à 11 % des indus. Le montant estimé des fraudes étant, je l'ai dit, compris entre 540 et 808 millions d'euros, on peut donc estimer le préjudice de la branche à 11 % de cette somme, soit 65 à 97 millions.

Les prestations faisant l'objet du plus grand nombre de fraudes sont le revenu de solidarité active majoré (RSA majoré), soit l'ancienne allocation de parent isolé (API), avec un taux de fraude de 3,1 %, et le revenu de solidarité active (RSA), avec un taux de 3,6 %. Les types de fraude les plus fréquents sont l'omission frauduleuse (31 % des cas) et la fausse déclaration (23 % des cas). On enregistre peu de cas d'escroquerie ou de faux et usage de faux.

Cette étude, qui est une première dans la sphère sociale, comme l'a rappelé la Cour des comptes, est riche d'enseignements. On constate tout d'abord que, s'il y a des indus, ainsi que, en sens inverse, des rappels – la caisse n'ayant pas versé ce qui était dû –, plus de 96 % des sommes versées par la branche Famille l'ont été à bon droit. En second lieu, cette étude permet de cerner le risque potentiel de fraude. Nous rééditerons l'exercice dans les mois qui viennent afin de suivre, d'une année sur l'autre, l'efficacité de notre politique de contrôle et l'évolution des comportements des allocataires.

Deuxième point de mon propos : les résultats des politiques de contrôle menées par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Les cas de fraude constatés en 2009 sont au nombre de 11 733 et constituent un préjudice financier de 85,6 millions d'euros. Cela représente un huitième, voire un dixième seulement du montant de la fraude potentielle (estimé entre 540 et 808 millions d'euros). Il paraît donc prioritaire d'améliorer l'identification et la qualification de la fraude dans l'analyse des indus. C'est la raison pour laquelle nous avons aussi lancé une enquête sur ce sujet – origine des indus, profil des débiteurs.

Parallèlement à l'augmentation constante du nombre de cas depuis 2004, l'enquête révèle un tassement en termes de montants. Le préjudice moyen est passé de 8 500 euros en 2008 à 7 300 euros en 2009, du fait d'une détection plus précoce des fraudes.

La typologie des fraudes constatées coïncide avec celle des fraudes potentielles, ce qui montre que nos contrôles sont bien ciblés. Les prestations les plus fraudées sont aussi celles qui le sont potentiellement le plus : il s'agit du revenu minimum d'insertion ou revenu de solidarité active et de l'allocation de parent isolé ou revenu de solidarité active majoré, pour 50 % des cas et 70 % du montant, et des aides au logement, pour 26,5 % des cas et 20,5 % du montant. La prépondérance du revenu minimum d'insertion et du revenu de solidarité active s'explique par le fait qu'il s'agit de la prestation dont le montant est le plus élevé.

62 millions d'opérations de contrôle ont été menées en 2009. 20 millions d'entre elles étaient issues d'un échange de données, notamment avec la direction générale des finances publiques et Pôle emploi, au titre des ressources. 42 millions d'opérations ont été réalisées par vérification comptable et grâce à des contrôles sur place et sur pièces.

3,6 millions d'informations ont été vérifiées sur place, lors de 280 000 contrôles menés par 605 agents assermentés. Ces contrôles sur place, les plus « rentables » en termes de détection de situations frauduleuses, sont indispensables pour établir certaines catégories de fraudes, notamment la fraude à l'isolement. La branche procède au recrutement de contrôleurs (24 agents supplémentaires l'année dernière), les caisses étant invitées à se rapprocher d'un ratio moyen d'un contrôleur pour 26 000 allocataires et d'un taux de 400 à 500 contrôles, selon les situations géographiques et sociologiques, par an et par contrôleur.

La constitution, à partir de 2008, du répertoire national des bénéficiaires a constitué un progrès majeur. Ce fichier unique recense les allocataires et ayants droit des caisses d'allocations familiales, tous identifiés grâce à leur numéro géré par l'Institut national de la statistique et des études économiques, le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Chaque inscription donne lieu à une procédure très rigoureuse de certification du numéro d'inscription au répertoire avec vérification de l'état civil des personnes et de la stricte coïncidence entre les informations de la caisse d'allocations familiales et les données du système national de gestion des identités (SNGI) – service central qui gère les numéros d'inscription au répertoire pour le compte de l'ensemble des institutions. Un très gros travail de rapprochement des noms patronymiques, des prénoms, des dates et des lieux de naissance a donc été mené – non sans difficultés parfois pour les personnes nées à l'étranger. Le répertoire national des bénéficiaires permet aujourd'hui de procéder systématiquement et en temps réel à des requêtes de multi-affiliation – pour vérifier qu'il n'y a pas affiliation dans plusieurs caisses d'allocations familiales sur le territoire, fraude à laquelle nous avons été confrontés dans le passé, notamment pour le revenu minimum d'insertion. Il s'agrègera prochainement aux répertoires des autres branches et organismes sociaux pour constituer le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS).

J'en viens, troisièmement, aux sanctions.

Au-delà de la récupération des indus liés à la fraude – qui d'ailleurs, du fait de l'importance des montants, est parfois étalée sur plusieurs exercices –, il convient en effet de prendre des sanctions, avant tout dans un souci de justice et d'exemplarité.

Sur les 11 733 cas de fraude détectés en 2009, 9 410 – soit 80 % – ont fait l'objet de sanctions. Celles-ci peuvent prendre la forme d'un dépôt de plainte, d'une suspension des aides au logement ou d'une pénalité financière, prononcée directement par la caisse d'allocations familiales concernée depuis 2007. En 2009, 1 869 pénalités ont été prononcées, pour un montant total de 1,1 million d'euros et un montant moyen de 589 euros. Cet outil précieux a vu son régime modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, dans le sens d'une plus grande efficacité.

Enfin, concernant les perspectives, outre la montée en charge du répertoire national commun de la protection sociale, les données relatives à l'identité ont été agrégées cet été, celles relatives aux prestations le seront au premier semestre de l'année prochaine –, la branche Famille vise quatre objectifs : poursuivre le travail d'évaluation de la fraude, afin de mieux cerner les moyens à mettre en œuvre ; améliorer l'efficacité des contrôles par un meilleur ciblage, grâce notamment au « *data mining* » – technique d'analyse multicritères

pour le profilage des dossiers à risque, actuellement expérimentée dans 17 organismes et qui devrait être généralisée début 2011 ; créer une base d'informations nationale sur la fraude, également début 2011, après autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ; poursuivre les croisements de fichiers, et notamment, en matière de logement, avec le fichier cadastral de la direction générale des finances publiques afin de repérer les logements fictifs donnant lieu à allocation de logement – une expérimentation est en cours dans deux départements, en vue d'une généralisation.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourriez-vous préciser le calendrier de cette expérimentation et de sa généralisation ? Et pourriez-vous également nous fournir une estimation des économies dégagées grâce à la montée en charge du répertoire national commun de la protection sociale, et de celles qui pourraient en résulter lorsqu'il sera pleinement opérationnel ?

M. Hervé Drouet. S'agissant du croisement avec le fichier cadastral de la direction générale des finances publiques, M. Daniel Buchet vous fournira de plus amples renseignements sur l'expérimentation menée actuellement en Maine-et-Loire et dans la Seine-Saint-Denis.

En ce qui concerne les répertoires, le répertoire national des bénéficiaires de la branche Famille permet déjà une centralisation des contrôles d'identité. Dès l'année prochaine, une fonctionnalité de notre logiciel de traitement des prestations, Cristal, rendra sa consultation automatique. Les croisements de masses ont généré 165 000 opérations de contrôle, pour un rendement financier que je vous repréciserai – environ 20 millions d'euros, me semble-t-il.

M. le coprésident Pierre Morange. Le répertoire national commun de la protection sociale comportera-t-il des données relatives au montant des prestations perçues ?

M. Hervé Drouet. Le lot I du répertoire national commun de la protection sociale, chargé cet été, porte sur l'identité des personnes et permet de savoir à quel régime celles-ci sont affiliées. Le lot II, qui sera mis en œuvre au printemps prochain, précisera la nature des prestations perçues, mais non leur montant. Le schéma de montée en charge découle de l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, laquelle, à ma connaissance, ne concerne que les identités, les affiliations et la nature des prestations.

M. le coprésident Pierre Morange. Je ne suis pas convaincu que la Commission nationale de l'informatique et des libertés ait ainsi restreint les croisements et interdit l'échange d'informations portant sur les montants des prestations. J'ai plutôt le sentiment que les freins viennent de l'administration, au motif de difficultés techniques qui, au cas où elles existeraient, devraient pouvoir être progressivement surmontées, comme elles l'ont été au cours des trois dernières années – puisqu'il a fallu trois ans pour arriver où nous en sommes.

M. Hervé Drouet. Il a fallu trois ans pour publier le décret d'application.

M. le coprésident Pierre Morange. Pour avoir fait voter cette disposition fin 2006, je peux témoigner que les administrations ont mis trois ans pour s'accorder et rendre opérationnel ce répertoire.

M. Hervé Drouet. J'imagine que vous poserez cette même question au directeur de la sécurité sociale.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous pouvez me faire confiance.

M. Hervé Drouet. L'inscription des montants des prestations dans le répertoire national commun de la protection sociale va, si j'ai bien compris, être mis à l'étude. Mais la consultation du répertoire permet déjà de révéler qu'une personne reçoit des prestations incompatibles ; dans ce cas, un échange bilatéral avec l'autre organisme prestataire s'ensuit pour obtenir les informations relatives au montant. Il faut bien distinguer l'échange de masse de fichiers et la consultation d'un répertoire permettant, par requête individuelle, d'obtenir des informations sur des cas précis.

S'agissant des ressources, les croisements de masses se font de manière essentiellement bilatérale avec la direction générale des finances publiques et Pôle emploi. Si les déclarations de ressources que nous font les personnes ne correspondent pas aux informations recueillies auprès de ces organismes, un signalement d'incohérence est déclenché, puis des contrôles sont diligentés.

La déclaration sociale nominative (DSN), qui sera très compliquée à mettre en œuvre, est une perspective lointaine mais prometteuse. Il s'agirait de transformer la déclaration salariale aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), qui porte aujourd'hui sur la totalité de la masse salariale de l'entreprise, en déclaration nominative des salaires. Nous collecterions alors à la source non plus seulement, comme aujourd'hui, les ressources déclarées à l'administration fiscale, mais aussi les revenus salariaux.

M. Dominique Tian, rapporteur. Dans son rapport d'avril 2010, la Cour des comptes note que le montant des fraudes détectées par la branche Famille a été multiplié par quatre en trois ans – ce qui est plutôt une preuve d'efficacité –, mais que celui-ci paraît encore assez faible au regard de sa propre estimation des fraudes potentielles – un montant huit fois supérieur... La Cour semble donc beaucoup moins optimiste que vous, et nous sommes un peu interloqués devant vos statistiques.

Par ailleurs, la cour réserve ses critiques les plus vives au contrôle interne de la branche Famille, qu'elle juge inadapté. Celui-ci se fonderait sur une analyse des risques insuffisante, voire inappropriée.

M. Hervé Drouet. La Cour des comptes s'est fondée sur nos statistiques. Je ne crois pas avoir masqué dans mon propos liminaire qu'il existait une disproportion entre la fraude potentielle – dont le montant est estimé entre 540 et 808 millions d'euros – et le préjudice financier causé par la fraude détectée – de l'ordre de 80 millions d'euros. Le rapport est effectivement de 1 à 8 ou de 1 à 10, selon le montant retenu.

Je me permets de souligner le fait que l'évaluation des indus potentiels correspond au montant des indus que nous détectons effectivement, soit 2 milliards d'euros environ. Si nous avons des progrès à faire, c'est dans la qualification des indus frauduleux : aujourd'hui, la mauvaise qualification conduit à ce que 11 % des indus frauduleux fassent l'objet d'une remise de dette ou d'un abandon de créance, soit un préjudice financier direct de l'ordre de 100 millions d'euros.

M. le coprésident Pierre Morange. Le taux de recouvrement que vous avez annoncé pour les caisses d'allocations familiales – 88 % – paraît exceptionnel si on le compare à celui d'autres organismes, telles les unions pour le recouvrement des cotisations de

la sécurité sociale et des allocations familiales. Nous sommes admiratifs ! Pouvez-vous confirmer ce pourcentage et nous indiquer sur quels éléments vous l'appuyez ? S'agit-il d'une extrapolation sur la base de cohortes ?

M. Daniel Buchet, responsable du département « maîtrise des risques et lutte contre la fraude » de la Caisse nationale des allocations familiales. Ces chiffres sont vérifiés. Chaque année, le taux de remise de dette – légale en cas de précarité de situation des personnes débitrices –, c'est-à-dire d'abandon de créances, est d'environ 11 %, auquel il convient d'ajouter le taux d'admission en non-valeur, autrement dit de perte de créances due à l'insolvabilité, à la disparition ou au décès du débiteur, soit 0,5 % environ.

Le taux de recouvrement élevé s'explique sans doute par le fait que nous récupérons la grande majorité des indus sur les prestations versées, par système de compensation. La fongibilité, qui permet depuis peu de recouvrer les indus sur l'ensemble des prestations versées, contribuera à améliorer encore ce taux.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Je constate que seulement 9 % des fraudes constatées portent sur les prestations familiales. Pensez-vous que si ces prestations étaient autant contrôlées que le revenu minimum d'insertion ou le revenu de solidarité active, les aides au logement, cette part augmenterait ?

Par ailleurs, quelle est la part des indus relevant d'erreurs ou d'omissions non intentionnelles et quelle est celle des indus dont l'origine est une erreur de la caisse d'allocations familiales ?

M. Hervé Drouet. Dans le rapport établi à votre demande, la Cour des comptes prolonge la critique qu'elle faisait régulièrement de notre contrôle interne dans ses rapports consacrés à la certification des comptes.

Il est certain que nous avons du retard en la matière. Aussi avons-nous engagé une refonte de notre politique de maîtrise des risques, associée à la refonte de l'ensemble de nos processus de production, en internalisant le plus en amont possible les dispositifs de contrôle. Les contrôles intervenant *a posteriori* laissent trop d'indus se créer, ce qui est coûteux tant en termes financiers – risque financier et coût du recouvrement – qu'en termes d'efficacité et de qualité – dégradation de la relation de service. Nous nous attachons aujourd'hui à viser une exactitude du droit immédiate.

Je ne suis pas certain que notre taux de recouvrement des indus excède si largement celui des autres organismes prestataires, mais il est vrai que la récupération des indus, qui s'étale sur plusieurs exercices, est encore plus facile grâce au dispositif de fongibilité des prestations qui permet de récupérer les indus sur les prestations versées ensuite.

Madame Marie-Françoise Clergeau, l'étude que nous avons conduite montre que le risque de fraude sur les prestations familiales est modéré, ce que nous constatons aussi dans les faits puisque peu de cas sont détectés. Cela s'explique sans doute par le fait que les critères retenus pour l'attribution des prestations familiales sous condition de ressources sont assez larges.

M. le coprésident Pierre Morange. D'où la nécessité de disposer d'informations sur les montants... Pardonnez ma ténacité, mais je crois impératif d'avoir une vision globale de l'ensemble des prestations perçues par une personne.

M. le rapporteur. En ce qui concerne la politique de communication de la branche Famille, la Cour des comptes écrit dans son rapport que les messages que vous émettez, aussi bien au niveau local qu’au niveau national, paraissent très réducteurs par rapport à la réalité et aux enjeux de la fraude. Elle note que les caisses d’allocations familiales évitent d’afficher les sanctions prononcées et, surtout, que la Caisse nationale des allocations familiales cherche à minimiser les enjeux, en soulignant l’importance des contrôles internes mais aussi la faiblesse des fraudes supposées. Il y a deux ans, monsieur le directeur, une « *lettre des allocations familiales* » indiquait que les citoyens ne voulaient pas être fichés, qu’un fichier national unique ne permettrait pas de lutter efficacement contre certaines fraudes et que la malhonnêteté de quelques-uns ne devait pas faire peser sur la majorité un *a priori* négatif. La stratégie de la Caisse nationale des allocations familiales est-elle encore de minimiser la réalité de la fraude et de contester ce qui peut être fait pour la réduire ?

Par ailleurs, la cour constate que la gestion et les résultats sont très différents selon les caisses, ce qui peut révéler un problème de pilotage.

M. Hervé Drouet. La Cour des comptes s’est appuyée pour son rapport sur des éléments assez anciens. Comme Mme Rolande Ruellan l’a elle-même souligné devant vous, la situation a beaucoup évolué. Si la culture de la branche Famille a pu conduire à un discours de minoration des enjeux liés à la fraude, désormais la priorité donnée à la lutte contre la fraude est clairement affirmée et assumée, dans la communication interne comme dans la communication externe.

Nous lancerons prochainement une campagne grand public sur ce thème. Parallèlement, une circulaire va demander aux caisses d’allocations familiales de procéder plus systématiquement à l’affichage des condamnations, ce qu’elles font d’ailleurs de plus en plus.

Nous cherchons aussi à réduire les différences de pratiques entre caisses d’allocations familiales en impulsant des priorités nationales : les objectifs de contrôle sont déclinés dans chaque contrat pluriannuel d’objectifs et de gestion et entrent en compte dans l’appréciation de la performance de l’organisme, y compris au titre de l’intéressement des personnels. Nous faisons également en sorte que le ratio entre le nombre de contrôleurs et le nombre d’allocataires soit plus homogène.

La Cour des comptes fait sans doute référence dans son rapport à une période antérieure à la création du répertoire national des bénéficiaires car celui-ci a fait l’objet d’une réelle communication. Sa constitution, commencée en 2008, a été une opération massive, nécessitant un investissement très fort de l’ensemble de la branche ; elle a entraîné des charges de travail supplémentaires, à un moment où le réseau était sous tension, et témoigne de la prise de conscience de l’importance des enjeux.

M. le coprésident Pierre Morange. Ce discours, dont nous vous donnons acte, est relativement récent. Je me souviens d’une grande réunion à Bercy sur les comptes de la sécurité sociale, où certains propos m’avaient laissé perplexe...

Mme Bérengère Poletti. Nos concitoyens ont l’impression que les indus sont systématiquement recouverts sur leurs prestations à la suite d’un changement, même minime, de leur situation, alors que les véritables fraudeurs restent inconnus ou mal identifiés. Cela crée un fort sentiment d’injustice. Comment comptez-vous utiliser le fichier national ?

M. Christian Castella, directeur du réseau. L'objectif que nous nous sommes fixé supposait de bien connaître le profil des fraudeurs et le montant de la fraude potentielle sur l'ensemble du réseau. C'est pourquoi il était si important de mener une étude statistique sur le sujet ; nous la reconduirons cette année. Nous savons aujourd'hui que nous ne parvenons à détecter que 10 % de la fraude, mais nous progresserons grâce aux typologies d'allocataires qui ressortent de l'étude.

Nous ne devons pas être dans l'incantation, mais approcher le sujet de manière rationnelle. Nos plans de lutte sont fondés sur le ciblage de populations et sur l'analyse de nos pratiques – nous nous efforçons de repérer ce qui est susceptible de générer un risque de fraude.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Les indus sur les minima sociaux ne trouvent-ils pas leur origine dans l'enchaînement des interruptions et des reprises d'activité ? Les blocages ou les délais très longs qui caractérisent le traitement des dossiers à Pôle emploi ou dans les caisses d'allocations familiales, lors de la montée en charge du revenu de solidarité active, n'expliquent-ils pas également ces indus ? Dans quelle mesure y a-t-il fraude véritable ?

Vous nous avez permis de réviser certaines idées reçues. J'ai par ailleurs noté avec satisfaction que les fraudes aux prestations familiales étaient peu nombreuses.

M. Hervé Drouet. Nous devons viser à la fois la simplification et la sécurisation des procédures administratives. Il nous faut pour cela recueillir le plus de données possible à la source – direction générale des finances publiques, Pôle emploi ou bailleurs sociaux – ce qui rend la falsification impossible et facilite le travail des agents.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans ce domaine, avez-vous des recommandations ou des demandes particulières à faire sur le plan réglementaire, voire sur le plan législatif ?

M. Hervé Drouet. Le système déclaratif crée le risque de fraude. Les téléprocédures, dans la mesure où les données sont recueillies directement à la source, constituent un élément de sécurisation en même temps qu'elles représentent une simplification pour l'utilisateur. Cette sécurisation en début de chaîne, pour minorer les risques de fausse déclaration, constitue le premier pan de notre action. D'autre part, il nous faut renforcer les contrôles en bout de chaîne, en les ciblant mieux grâce à la technique du « *data mining* », c'est-à-dire du profilage des dossiers à risques.

M. Daniel Buchet. Le revenu de solidarité active est une prestation génératrice de risques, dans la mesure où on l'adapte à la situation des personnes. Le moindre retard dans la déclaration des interruptions et des reprises d'activité peut générer des versements excessifs ou insuffisants. Les régularisations sont donc très importantes. Le taux de fraude doit être mis en regard du taux d'indus – environ 10 % ; son niveau est la rançon d'une prestation appelée à évoluer fréquemment.

M. le rapporteur. Que les caisses d'allocations familiales ne cherchent jamais à reconstituer le parcours personnel des allocataires du revenu de solidarité active majoré, anciennement allocation de parent isolé, m'a toujours étonné. Si une dame a déclaré plusieurs enfants, pourquoi ne pas demander la recherche du père pour faire jouer l'obligation alimentaire ?

L'expérimentation du « *data mining* » a été notamment mise en œuvre à la caisse d'allocations familiales de Bordeaux où, semble-t-il, des fraudes massives ont été découvertes. Qu'en est-il exactement ?

Vous avez par ailleurs évoqué tout à l'heure l'existence de populations à risque. Pouvez-vous nous en dire davantage ?

M. le coprésident Pierre Morange. Et pourriez-vous donner une définition précise du « *data mining* » ?

M. Daniel Buchet. Cette technique d'analyse des données consiste à repérer les informations – portant sur la situation familiale, la situation professionnelle, l'adresse, les ressources, le nombre d'enfants à charge – communes à un certain nombre de dossiers. L'ensemble de ces caractéristiques constitue un modèle. Le « *scoring* » permet ensuite d'évaluer le degré de similitude entre les dossiers de nos allocataires et le modèle.

Le « *data mining* » a été expérimenté entre 2004 et 2006 dans cinq organismes, dont la caisse d'allocations familiales de Bordeaux. Dans cette ville, 300 contrôles ont été réalisés sur la base d'un modèle global. Les taux de régularisation sont passés de 30 % à 40 %. Nous sommes en train de tester dans dix-sept organismes des modèles plus perfectionnés, mais fondés sur l'observation des indus et non sur celle des indus frauduleux.

Il y a un an, toujours à Bordeaux, des fraudes aux aides au logement ont été détectées par d'autres techniques. Nous avons réussi à remonter la piste de personnes qui avaient déposé une multitude de dossiers dans plusieurs organismes, y compris en région parisienne, après nous être rendu compte que l'une d'entre elles, dont le numéro d'inscription au répertoire n'était pas certifié, avait produit un faux acte de naissance.

M. le rapporteur. Y a-t-il d'autres exemples de fraudes en bande organisée ?

M. Daniel Buchet. L'année dernière à Perpignan, nous avons détecté une fraude assez comparable : les membres d'une même famille constituaient, semble-t-il – l'affaire n'est pas encore jugée – de faux dossiers pour des logements fictifs, situés en zone commerciale ou artisanale, et percevaient les aides au logement.

M. le coprésident Pierre Morange. Ces exemples démontrent la pertinence du répertoire national commun de la protection sociale et de l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire. Quelles conclusions tirez-vous des expérimentations ? J'imagine que les données sont pour le moment fragmentaires.

M. Daniel Buchet. En ce qui concerne l'expérimentation de la détection de logements fictifs, nous en sommes à la phase des contrôles. Ils ont débuté à Rosny-sous-Bois il y a environ trois semaines. Ils sont effectués par téléphone, puis, si besoin, sur place. Nous ne disposerons de résultats qu'à la fin du mois de novembre.

M. le coprésident Pierre Morange. Comme vous pouvez l'imaginer, nous aimerions que vous nous en fassiez part.

M. le rapporteur. Les contrôleurs des caisses d'allocations familiales, eux-mêmes, nous disent nourrir de forts soupçons quant à la réalité de certains isoléments, sans pour autant que cela déclenche une recherche sur la situation familiale des allocataires. Mais j'imagine que désormais, il n'est plus possible pour un père de déclarer plus de cent naissances dans vingt départements différents !

M. Hervé Drouet. Le contrôle de la situation concrète d'isolement est effectivement complexe. Nos contrôleurs se heurtent à divers obstacles pour établir la matérialité des faits et pour les qualifier juridiquement. Les affaires de reconnaissances multiples de paternité frauduleuses ou, à l'inverse, de polygamie de fait sans reconnaissances de paternité constituent des imbroglios dans la mesure où il n'y a pas de qualification juridique au regard du droit aux prestations.

L'ouverture du droit est en effet conditionnée à l'isolement, cumulativement physique et économique. Il faut donc prouver que la personne ne vit pas seule, contrairement à ce qu'elle a déclaré, et qu'une partie de ses ressources provient de son concubin ou conjoint. Ce sont des situations qu'il est difficile de caractériser dans les faits, comme dans le droit.

M. le coprésident Pierre Morange. Quelles dispositions la branche Famille entend-elle prendre ?

M. le rapporteur. *Quid* de l'obligation alimentaire, prévue par le code civil, puisque la loi permet la recherche d'une personne pour abandon de famille ?

M. Hervé Drouet. Nous la faisons jouer pour autant que nous ayons connaissance du père putatif ou qu'il y ait reconnaissance de paternité. C'est là toute la difficulté.

En ce qui concerne les reconnaissances multiples de paternité frauduleuses, les caisses d'allocations familiales sont en bout de chaîne ; la fraude originelle – sur la déclaration de naissance – est moins motivée par l'accès aux prestations que par l'obtention de titres de séjour. Ces fraudes doivent être combattues à la source, au moment de l'établissement de l'acte de naissance. Il est très difficile pour les caisses d'allocations familiales de les repérer et de les combattre.

M. le coprésident Pierre Morange. C'est d'ailleurs une recommandation formulée par la Cour des comptes. Il semble qu'avec le ministère de l'intérieur, l'échange d'informations sur la délivrance des titres de séjours ne se fasse pas.

M. le rapporteur. Ceux d'entre nous qui sont maires constatent les tentatives de vol, voire les vols de documents d'état civil. Cela tend à prouver l'existence de filières, qui chercheront ensuite à frauder les caisses d'allocations familiales.

M. Hervé Drouet. L'Agence nationale des titres sécurisés (ANTS) a justement indiqué que l'acte de naissance était l'acte officiel le plus aisément falsifiable. Nous pouvons faire des progrès dans ce domaine, notamment en collectant le document directement à la source. Un projet est d'ailleurs en cours.

Plus que de « populations à risque », nous parlons de profils d'allocataires à risque, en lien avec le « *data mining* » : cette technique de « fouille de données » permet, après avoir dégagé et pondéré les caractéristiques principales des dossiers reconnus comme risqués ou frauduleux, de « profiler » nos dossiers et de cibler les contrôles sur ceux qui correspondent le plus au modèle.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Nous sommes rassurés de constater que la très grande majorité des allocataires sont honnêtes...

M. le coprésident Pierre Morange. C'est bien le but de la MECSS que de parvenir à une connaissance fine de ce sujet, afin de répondre aux procès d'intention qui sont menés

avec des arrière-pensées contraires aux idéaux républicains. Cela suppose aussi de dire clairement que les détournements de fonds publics se font au détriment de populations en situation de précarité.

Je vous remercie.

La MECSS procède ensuite à l'audition de M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale (DSS), et M. Emmanuel Dellacherie, directeur de projet fraude.

M. Dominique Tian, rapporteur. À combien s'élève la fraude sociale en France ? Quelles fraudes sont le plus souvent constatées et sur lesquelles travaillez-vous en priorité ?

M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale. La fraude sociale est un axe de travail très important pour nous.

Actuellement, nous élaborons un document sur le volume de la fraude sociale, domaine dans lequel des progrès restent encore à faire. Dans la convention d'objectifs et de gestion (COG), sur le point d'être signée avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), il est demandé à cette dernière de quantifier, d'ici à la fin de l'année, la fraude sociale selon une nomenclature plus précise car, même si c'est la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) qui est chargée des questions méthodologiques, les organismes de sécurité sociale ne parlent pas forcément de la même chose. En effet, si la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés retient une acception plutôt large de la fraude en y incluant les abus, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), par exemple, a, quant à elle, une définition plus restreinte. La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) est celle qui a le plus travaillé ces derniers temps, à la fois sur la détermination de la fraude et sur sa quantification.

Nous estimons à 380 millions d'euros le montant des fraudes détectées en 2009, soit une progression de l'ordre de 10 % depuis 2007.

Selon moi, le travail dissimulé reste le sujet le plus lourd en termes financiers et d'enjeu global pour la protection sociale, car il touche à la fois aux cotisations, donc aux encaissements, mais aussi aux prestations. Principale source de fraude aux revenus déclarés, le travail dissimulé permet en effet de bénéficier indûment de prestations sous conditions de ressources ; il entraîne aussi des pertes de droits, notamment en matière d'assurance vieillesse.

Cette fraude est donc une source de préoccupation, et, en cette matière, il nous reste des progrès à faire, y compris en termes de communication et de pédagogie auprès l'opinion, car si les ateliers clandestins sont unanimement dénoncés, le travail dissimulé chez des particuliers ou certains employeurs bénéficie encore d'une tolérance forte. Il importe de concevoir une campagne de communication sur le travail clandestin du type de celle menée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et le ministère il y a un an et dont l'impact auprès de l'opinion a été positif.

Malgré des avancées considérables dans la lutte contre la fraude, des progrès restent également à faire en matière de mutualisation, et en particulier de transmission d'informations entre les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et caisses prestataires. Encore récemment, les URSSAF ne transmettaient pas aux organismes prestataires de renseignements sur les revenus concernant tel ou tel individu ; ce travail se met en place aujourd'hui.

M. le rapporteur. En 2007, la Cour des comptes évoquait le comportement frauduleux de médecins réalisant plus de 20 000 consultations annuelles, soit 6 666 heures par an et 18 heures de travail par jour, dimanches et jours fériés compris. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés prend-elle suffisamment en compte ce genre de comportement ?

De même, récemment, des fraudes subies par la Caisse nationale d'assurance vieillesse ont été constatées, des déclarations établies sur l'honneur s'étant révélées fausses.

M. Dominique Libault. Les déclarations anormales d'activités, notamment de professionnels ou d'établissements de santé, constituent une deuxième source de fraude très importante et donc de travail pour nous. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés est sensible à ce problème.

Je partage le sentiment de la Cour des comptes selon laquelle il est possible de faire plus et mieux en matière de contrôle des déclarations des professionnels de santé. Cela étant dit, il est complexe de vérifier le nombre d'actes, comme de contrôler l'optimisation – la cotation plus élevée d'un acte. Tout l'objet de la tarification à l'activité est d'ailleurs de contrôler l'activité par rapport à la déclaration.

Au vu des redressements, ces contrôles sont efficaces même s'ils devraient être renforcés à l'avenir.

M. le coprésident Pierre Morange. Lors d'une audition sur le fonctionnement de l'hôpital, M. Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, nous a expliqué que la mise en œuvre du dispositif informatique n'étant pas terminée pour ce qui est de l'urbanisation, sa date butoir – en l'occurrence 2010 – serait reportée de deux à trois ans. Dans ces conditions, quelle sera l'efficacité de la convention d'objectifs et de gestion que vous avez signée avec la caisse nationale d'assurance maladie ?

Mme Bérengère Poletti. L'Agence nationale des titres sécurisés, qui a été installée à Charleville-Mézières, est un outil remarquable qui édite les cartes grises, les passeports, et bientôt les permis de conduire et les cartes nationales d'identité. Selon ses responsables, le nombre élevé de fraudes à la carte Vitale pourrait être dépiqué si celle-ci était éditée par l'agence. Or il semble que la caisse nationale d'assurance maladie refuse d'accéder à cette demande.

M. Dominique Libault. Je ne néglige pas la question de l'identité, et c'est pourquoi nous avons développé la carte avec photo. Cependant, la fraude à la carte Vitale est moins importante quantitativement que les fraudes aux ressources ou aux actes, dans la mesure où notre système de protection sociale est très généreux : en bénéficient tout résident en situation régulière, mais aussi des étrangers en situation irrégulière...

Les représentants de la caisse nationale d'assurance maladie, qui pilote l'édition de la carte Vitale, sont mieux placés que moi pour vous indiquer si un titre sécurisé pourrait être un plus. Nous sommes ouverts sur ce sujet, mais il faut prendre en compte le coût de l'édition et ses enjeux.

Je rappelle que les professionnels de santé considèrent que la vérification de l'identité de leurs patients ne fait pas partie de leur mission – c'est du reste la raison pour

laquelle nous avons développé la carte avec photo. En cas d'usurpation de carte, l'assurance maladie elle-même a peu de moyens de vérifier si la bonne personne était en face du professionnel. Néanmoins, la photo a un aspect dissuasif.

S'agissant de la mise en place du système d'information de l'assurance maladie, les délais sont plus longs que prévus en ce qui concerne l'urbanisation. L'assurance maladie s'investit fortement sur ce sujet qui tient particulièrement à cœur à son directeur, Frédéric Van Rookeghem. Cela étant, les retards n'ont pas d'incidence sur la lutte contre la fraude.

Ainsi, dès 2010, une expérimentation du « *data mining* » sur les indemnités journalières maladie a été menée. Par ailleurs, un dossier doit être présenté à la Commission nationale de l'informatique et des libertés sur la couverture maladie universelle complémentaire.

La rénovation des systèmes d'information doit nous aider à mieux identifier des situations à risque et à mener les actions nécessaires. L'urbanisation va nous servir mais la technologie du « *data mining* » est déjà utile.

De même, des contrôles de l'activité des infirmières donnent de bons résultats. Nous n'attendons donc pas que les systèmes d'information soient totalement rénovés pour les effectuer.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Le travail dissimulé est un sujet très important au regard des droits à la retraite.

Le chèque emploi service universel (CESU) a permis aux employeurs de déclarer des personnes qui ne l'étaient pas, et, ainsi, d'alimenter les caisses grâce aux cotisations. Or la suppression, prévue dans la loi de finances pour 2011, de l'exonération de 15 % de charges patronales pour les employeurs à domicile ne va-t-elle pas entraîner une augmentation du nombre de travailleurs « au noir » ?

M. Dominique Libault. Le chèque emploi service universel et l'allègement de cotisations ont eu un effet positif. Cette politique a été efficace, puisque, aujourd'hui, plus d'un million de personnes utilisent le chèque emploi service universel.

Cela dit, le contrôle au domicile des particuliers n'existant pas, il a fallu inventer d'autres modalités pour lutter contre le travail clandestin.

Si l'abattement de 15 % devait être supprimé, il faudrait éviter un trop grand report vers l'assiette forfaitaire – les employeurs ayant le choix, pour la déclaration, entre l'assiette réelle et l'assiette forfaitaire. Cette dernière entraînant moins de droits pour les salariés, il faut développer l'information en la matière car je crains que beaucoup de salariés ne connaissent pas le choix de leur employeur et les conséquences de ce choix sur leurs droits en matière de vieillesse. En tout cas, la mesure de suppression nous invite à la réflexion.

M. le rapporteur. Comme l'a souligné la Cour des comptes, un certain nombre d'engagements pris n'ont pas été tenus. La mise en place de la carte Vitale sécurisée et celle des fichiers ont subi des retards, alors qu'elles semblaient être des priorités pour l'État.

En outre, la Cour des comptes relève un problème de pilotage entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les caisses primaires, sans aucun progrès en la matière.

M. Dominique Libault. Encourager les caisses à lutter contre la fraude fait partie du rôle de l'État. Cette ambition est renforcée dans l'actuelle convention d'objectifs et de gestion.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, où une vraie culture de contrôle et de lutte contre la fraude s'est mise en place, est très active dans certains domaines, notamment le contrôle de la tarification à l'activité. En revanche, certains dossiers ont pris du retard, comme la carte Vitale, dont le délai de mise en place est plus long que prévu, mais pour laquelle nous poursuivons l'objectif de sécurisation avec la photo. De même, une carte AME (aide médicale d'État) sécurisée doit être mise en place. Nous travaillons donc beaucoup sur la sécurisation et les fichiers.

D'après la Cour des comptes, les caisses de base sont très hétérogènes en termes d'implication : certaines sont très actives, d'autres moins. La caisse nationale d'assurance maladie y est très sensible. Toutefois, les réorganisations des réseaux, la professionnalisation accrue des métiers en matière de gestion du risque et de lutte contre la fraude, et l'organisation départementale devraient améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude dans toutes les caisses.

M. le rapporteur. Les parlementaires se sont émus de l'échec retentissant du dossier médical personnel (DMP), qui a coûté plusieurs dizaines de millions d'euros.

M. Dominique Libault. À l'origine, le dossier médical personnel n'était pas présenté comme un moyen de lutte contre la fraude, mais devait permettre des économies en évitant des examens redondants grâce à la circulation des informations médicales. Le transfert d'informations entre organismes, lui, est un axe fondamental pour lutter contre la fraude.

M. le coprésident Pierre Morange. Le dossier médical personnel est certes un outil de partage d'informations médicales au profit du patient, mais aussi de rationalisation du parcours de soins.

Le décret d'application sur l'interconnexion des fichiers a été publié, mais s'il vise l'échange des informations relatives à l'éligibilité à des droits, il ne concerne pas les montants. Il ne correspond donc pas à la volonté du législateur, les montants devant être des informations partagées entre les organismes et les collectivités territoriales – visées dans l'amendement que j'avais déposé à la fin de l'année 2006 – au titre de leur action sociale.

M. Emmanuel Dellacherie, directeur de projet fraude à la direction de la sécurité sociale. De manière générale, les échanges d'informations sur les montants et les ressources entre organismes de sécurité sociale sont tout à fait possibles. Quand une caisse primaire reçoit une demande de couverture maladie universelle complémentaire d'un assuré, le technicien examine les ressources de celui-ci en consultant CAFPRO. Pour la branche Famille, la consultation est donc possible à la fois sur les ressources et les montants de prestations servies. Cependant, des progrès restent à réaliser, notamment sur les prestations en espèces de l'assurance maladie.

Cela était, pour les collectivités locales, il serait intéressant que toutes les prestations d'action sociale servies à la fois par les caisses primaires et les caisses d'allocations familiales soient disponibles au niveau du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS).

M. le coprésident Pierre Morange. Dans les communes, les assistantes sociales doivent en effet s'appuyer sur un certain nombre de données pour instruire les dossiers des administrés en situation de détresse sociale, par exemple. D'où la nécessité d'une connaissance la plus complète possible de ces données, y compris des montants !

M. Emmanuel Dellacherie. Des échanges d'information sur les prestations versées entre organismes ou entre organismes et administrations sont possibles. En prenant contact directement avec l'organisme qui sert les prestations, on peut obtenir davantage de précisions sur les montants, les ressources, mais aussi sur les périodes de référence prises en compte pour l'ouverture des droits, sachant que la législation prévoit des droits sous certaines conditions selon les branches.

Le sujet pourrait néanmoins être approfondi, si vous le souhaitez.

M. le coprésident Pierre Morange. Merci. Cet échange d'informations grâce à l'outil informatique répondrait aux besoins des citoyens, mais aussi des systèmes de protection sociale.

M. le rapporteur. Selon la Cour des comptes, il conviendrait que la direction de la sécurité sociale établisse périodiquement un bilan de l'ensemble des mesures législatives et réglementaires, qu'elle mettrait à la disposition des caisses.

M. Dominique Libault. Des dispositifs juridiques très importants ont été élaborés au cours des années récentes, à l'initiative notamment du Parlement. Ils doivent évidemment être correctement utilisés par les caisses. Certes, il faut renforcer l'arsenal juridique, mais il est déjà très volumineux.

Nous souhaitons disposer d'un outil de travail simple pour les caisses, d'où la création d'un guide sur l'ensemble des mesures juridiques. Nous voulons renforcer cet axe très fort de la bonne utilisation des outils.

Les conventions d'objectifs et de gestion comportent des indicateurs permettant d'apprécier la réelle utilisation des outils que nous mettons en place. Le nombre de pénalités administratives, par exemple, est passé de 100 en 2007 à 1 869 en 2009 pour la branche Famille, qui a mieux utilisé l'outil en la matière que la branche Maladie dont la progression est plus modeste.

M. le coprésident Pierre Morange. En effet, s'agissant du nombre des pénalités prononcées, la branche Vieillesse ne donne aucune indication pour 2007 et 2008, et fait état de huit pénalités seulement en 2009 !

M. le rapporteur. Alors qu'une fraude massive sur les reconstitutions de carrière, qui relève du pénal, fait l'objet d'une enquête !

M. Emmanuel Dellacherie. Fort heureusement, la très grande majorité des fraudes à l'assurance vieillesse sont détectées en amont de la liquidation de la pension ; on parle alors de préjudice évité, et non de préjudice subi. Reste que jusqu'à présent – le décret qui réforme le système est au *Journal officiel* de ce matin et sera applicable à partir de demain – les organismes ne pouvaient appliquer de pénalités que lorsque des indus avaient été constatés. Grâce au décret, il sera désormais possible d'infliger des pénalités dans des situations de fraude avérées, qu'elles aient donné lieu, ou non, à un indu. On attend donc une mobilisation plus forte de la branche Vieillesse sur ces questions.

M. Dominique Libault. Nous souhaitons mieux sanctionner la fausse déclaration, qui peut être détectée avant le versement de la pension. Mais il arrive que certaines fraudes soient détectées après. Nous avons eu le cas pour les longues carrières – des personnes allant jusqu'à produire de faux témoignages. Des procédures exceptionnelles ont été mises en place et ont abouti à des procédures pénales. Fort heureusement, ces affaires, très compliquées, sont marginales. En tout cas, nous sommes extrêmement actifs dans cette lutte contre ce type de fraudes.

M. le rapporteur. Ces fraudes portent sur des millions d'euros ; elles ont été commises intentionnellement, de plus avec des complicités internes – il y a eu une prise en compte de dossiers de gens qui n'étaient pas nés au moment où ils travaillaient, ou qui auraient commencé à travailler à l'âge de deux ans ! On ne peut pas dire, en l'occurrence, que les contrôles internes ont vraiment fonctionné. En raison du manque de pilotage du système, il a été possible, au cours de l'instruction même des dossiers, de monter des opérations frauduleuses. Vos explications sont un peu courtes !

M. Dominique Libault. C'est la direction de la sécurité sociale qui s'en est aperçue et qui a diligenté des inspections. Effectivement, il y a eu des fraudes, y compris des fraudes internes.

Mais ces fraudes ont été également rendues possibles parce que, à l'époque, les régularisations de cotisations arriérées se faisaient auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Les intéressés s'adressaient à elles pour procéder à ces régularisations à un tarif avantageux, et revenaient ensuite vers la branche Vieillesse en indiquant qu'ils bénéficiaient de x périodes nouvelles.

L'absence de dialogue entre les organismes a aussi posé problème. Je ne saurais trop insister sur la nécessaire transversalité de la lutte contre la fraude. Voilà pourquoi nous souhaitons la mise en place d'un fonds de performance pour améliorer la communication entre les branches. Il fait d'ailleurs l'objet d'une disposition au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

À la suite de l'affaire que vous évoquez, monsieur le rapporteur, les procédures ont été réformées et des enquêtes diligentées. Cela dit, la sanction administrative encourue n'est pas du tout adaptée à ce genre de fraude : elle est au maximum de 5 000 euros. À partir d'un certain niveau de fraude, on passe à un autre type de sanction : la suspension de la pension.

M. le rapporteur. Selon la Cour des comptes, la fraude que nous évoquons porte sur 2 500 à 10 000 dossiers, pour une somme atteignant probablement 40 millions d'euros, et ce malgré l'adoption d'une convention d'objectifs et de gestion exhortant à une plus grande implication dans la lutte contre la fraude. L'affaire des carrières longues prouve que les contrôles n'ont pas fonctionné.

M. le coprésident Pierre Morange. Au vu des chiffres qui viennent de nous être présentés, nous avons quelque difficulté à comprendre la faiblesse des résultats pour ce qui est de la branche Vieillesse.

M. Dominique Libault. Premièrement, nous n'avons pas été inactifs, c'est le moins que l'on puisse dire.

Deuxièmement, si des défaillances de fonctionnement du contrôle interne ont effectivement été pointées, nous avons commencé à en tirer les leçons. Je rappelle également que la branche Vieillesse n'a pas été certifiée par la Cour des comptes – et pas uniquement en raison de ces défaillances.

Troisièmement, il arrive parfois que, lors de l'instauration d'une nouvelle législation, on ne prenne pas suffisamment en compte les risques potentiels de fraude qu'elle comporte. Toute nouvelle mesure, tout nouveau droit crée une fraude potentielle – revenu de solidarité active (RSA), auto-entrepreneur, longues carrières... Nous devons donc anticiper.

M. le coprésident Pierre Morange. Tout cela confirme, comme vous l'avez dit, que le montant de la fraude aux prélèvements est infiniment plus élevé que celui de la fraude aux prestations.

Par ailleurs, que pense la direction de la sécurité sociale des violations des dispositions du code des marchés publics dans le cadre de la procédure de mise en concurrence ? Les services de l'État ont en effet rapporté des violations du code des marchés publics mettant en cause des structures hospitalières et des établissements de soins et dénoncé des détournements de fonds publics, dont la justice est d'ailleurs saisie. Quelles mesures la direction de la sécurité sociale souhaite-t-elle diligenter afin de s'assurer que cela ne se reproduise pas ? Comment peut s'opérer un contrôle de légalité en la matière ?

M. Dominique Libault. Je ne cherche pas à opposer le volume des fraudes aux prestations à celui des fraudes aux cotisations. Je dis simplement que le travail clandestin est une source de perte de cotisations et de prestations. C'est pour cela que je fais de la lutte contre le travail clandestin un enjeu fort.

Ensuite, je ne connais pas bien le sujet de la violation par les hôpitaux des dispositions du code des marchés publics, dans la mesure où ces manquements relèvent, non de la direction de la sécurité sociale, mais plutôt de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale des finances publiques. Pour autant, je n'y suis pas insensible.

Premièrement, derrière les hôpitaux, il y a l'État, qui se doit d'être exemplaire. On ne peut pas lutter contre la fraude sans faire soi-même preuve d'exemplarité. Il se trouve que l'État n'a pas été contrôlé en matière de versement des cotisations de sécurité sociale jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix. C'est pourquoi, par la suite, il a été prévu qu'il soit soumis au contrôle de la Cour des comptes – laquelle n'a cependant pas manifesté un grand activisme sur le sujet. Maintenant, même s'il reste à parfaire, un contrôle s'est mis en place au sein des administrations. Bien sûr, il conviendra d'accentuer encore nos efforts en la matière.

Deuxièmement, la sécurité sociale peut être indirectement victime de fraudes qui apparaissent pourtant lointaines. Je pense à une fraude commise délibérément par des fabricants de produits de santé et qui portait sur la fabrication de prothèses mammaires défectueuses : pour des raisons sanitaires évidentes, l'assurance maladie était tenue d'intervenir. La fraude à la sécurité sociale peut en effet prendre des formes nouvelles auxquelles nous devons être extrêmement attentifs.

M. le coprésident Pierre Morange. Je reviens sur les dysfonctionnements observés dans la passation par certaines structures de soin de dix-neuf marchés publics qui ont entraîné un préjudice financier au détriment de l'assurance maladie, et donc des citoyens. En l'occurrence, il y a bien eu fraude, intentionnelle ou non, et la justice a été saisie !

M. Dominique Libault. Nous souhaitons, avec l'assurance maladie, la mise en place au sein des établissements publics de santé de référents « lutte contre la fraude interne ». Ce serait un moyen de faire mieux prendre conscience de ces sujets, et de mieux les analyser. Certes, il y a encore beaucoup de progrès à faire, mais il y a tout de même une prise de conscience.

M. le coprésident Pierre Morange. On pourrait même imaginer que les contrôles de légalité, qui relèvent de la responsabilité des préfetures, soient mis en œuvre...

M. Dominique Libault. C'est pour cela que j'ai parlé de la direction générale des finances publiques. Il me semble que la question relève du contrôle comptable.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous sommes bien d'accord.

Mme Jacqueline Fraysse. Le Parlement vote très régulièrement des dispositions de lutte contre la fraude et demande aux caisses de les appliquer. Mais les caisses ont-elles les moyens humains et matériels ? On met en place des logiciels, on parle de croiser les dossiers et de modifier les cultures. Mais si j'en juge par la situation des caisses de ma circonscription, les personnels paraissent débordés. Ont-ils le temps d'instruire correctement les dossiers ? Sont-ils informés des nouvelles dispositions ? Je voudrais que vous nous donniez votre point de vue. Si difficultés il y a, il serait important que la mission les connaisse.

M. Dominique Libault. Les conventions d'objectifs et de gestion permettent précisément de fixer des objectifs et de discuter des moyens qui sont en face. Il n'est pas facile de concilier les deux. Les transferts d'informations entre les organismes devraient y contribuer. Ils permettent de lutter plus efficacement contre la fraude, et de faire gagner du temps aux agents, qui n'ont plus à rechercher l'information ou à redemander des pièces aux intéressés. Il y a moins d'énergie dépensée, tant de la part des professionnels que des assurés.

Pour prévenir la fraude, l'information des personnels comme des assurés est également indispensable : la législation est complexe et certains se trompent en toute bonne foi.

L'organisation des caisses n'est pas non plus à négliger. Certaines ont une taille un peu trop réduite : c'est davantage le cas des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales que des caisses maladie ou famille. Et si la convention d'objectifs et de gestion passée avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale prévoit une régionalisation, c'est parce que l'on a constaté qu'une Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de cent personnes avait du mal à faire face à toutes ses missions.

M. le coprésident Pierre Morange. C'est une des recommandations de la MECSS.

M. Dominique Libault. Certes, il faut des moyens dédiés à la lutte contre la fraude au sein des caisses, mais le sujet concerne l'ensemble du processus et l'ensemble des personnels de la sécurité sociale. Ces derniers ont pour mission non seulement de faire rentrer les intéressés dans leurs droits, mais aussi d'éviter les fraudes – ils doivent prendre en compte cette autre dimension. Ils font d'ailleurs preuve, le plus souvent, d'un grand sens du service public.

M. le rapporteur. Lors de son audition, le délégué national à la lutte contre la fraude, M. Benoît Parlos, qui est placé directement sous l'autorité du Premier ministre, nous a déclaré fin juillet : « *Sur la fraude détectée, nous disposons, depuis 2006, de chiffres, chaque année, qui montrent une forte croissance de la fraude. En 2008, elle atteignait à peu près 360 millions d'euros pour les quatre branches* ».

Par ailleurs, dans son rapport, la Cour des comptes indique : « *Un tableau de bord simplifié, commun à la direction de la sécurité sociale et à la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, devrait permettre de définir des objectifs relatifs aux luttes contre la fraude* ». Et elle précise : « *La Délégation nationale à la lutte contre la fraude pourrait se voir confier la lutte contre la fraude, et cette double mission...* ». Ce jugement est tout de même assez sévère. N'est-ce pas une remise en cause de l'organisation actuelle ?

M. Dominique Libault. Je ne pense pas. Les rôles sont bien répartis entre la Délégation nationale à la lutte contre la fraude et nous-mêmes : celle-ci a la responsabilité de définir les méthodologies, la quantification, ce qui me semble légitime dans la mesure où le sujet dépasse la sphère de la protection sociale. En outre, lorsqu'il s'agit de travailler avec la police et la gendarmerie, la Délégation nationale à la lutte contre la fraude est bien plus efficace que la direction de la sécurité sociale pour mettre tout ce « beau monde » en réseau.

Par le biais des conventions d'objectifs et de gestion, nous déterminons, avec le concours de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, les objectifs et les moyens alloués aux caisses. Nous intégrons la problématique fraude dans l'ensemble des missions des organismes. Ensuite, au sein de la sphère sécurité sociale, nous pouvons travailler sur des projets communs. Notre plus-value peut porter sur tout ce qui est transversal.

Après avoir incité les organismes à aller plus loin, plus fort, nous organisons la transversalité, qu'il s'agisse du répertoire national commun de la protection sociale, de la déclaration sociale nominative ou de divers projets transversaux d'échanges d'informations. C'est sans doute là que nous apportons une plus-value.

En conclusion, je crois que l'organisation administrative actuelle est satisfaisante.

Quant au montant de la fraude détectée, monsieur le rapporteur, nous ne le contestons pas : en 2006, elle était de 228 millions pour les organismes de sécurité sociale ; en 2008, de 355 millions ; et en 2009, de 384 millions. Mais ces données sont difficiles à interpréter : est-ce la fraude qui augmente ou la politique de détection qui est meilleure ?

Dans certaines branches, le contrôle et la détection de la fraude étaient autrefois assez limités. Aussi, je pense que l'évolution s'explique par une meilleure détection dans la période récente. Dans les années à venir, il faudra cependant regarder avec attention comment évolueront les chiffres.

M. le coprésident Pierre Morange. Vous évoquez la transversalité. Mais nous avons appris, lors d'une audition précédente, qu'à la suite de l'application de décisions de justice de reconduites à la frontière, les préfetures n'avaient pas informé les caisses d'allocations familiales de l'arrêt des droits des personnes concernées. Ainsi, des prestations continuaient à être versées au bénéfice de populations revenues dans leur pays d'origine. Il ne serait pas déraisonnable que les différents services de l'État communiquent au moins entre eux, ainsi qu'avec les différents organismes assurantiels.

M. le rapporteur. Je vous rappelle que, dans son rapport d'avril 2010, la treizième préconisation faite à l'État par la Cour des comptes concernait l'établissement d'« *un plan de lutte contre la fraude, pour une durée de trois à cinq ans, détaillé par opérateur et donc par branche et régime, qui puisse être réévalué de manière formalisée* ».

M. Dominique Libault. Chaque convention d'objectifs et de gestion, et c'est le cas de la convention de la Caisse nationale d'assurance maladie, prévoit un plan de lutte contre la fraude pour chaque branche. Selon moi, la cour considère sans doute que le cumul de chaque plan de chaque branche n'est pas suffisant par rapport aux objectifs qu'implique une réelle transversalité.

Cela m'amène à évoquer le thème de la fraude à la résidence, qui n'a pas encore été abordé. Pour bénéficier de notre système – généreux –, il est nécessaire d'avoir un lieu de résidence. Or, il est très difficile pour les caisses, parce qu'elles sont dépendantes d'informations extérieures, notamment celles des préfetures, de procéder à la vérification du lieu de résidence des bénéficiaires. En cette matière, l'accès au fichier AGEDREF (application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France), piloté par le ministère de l'intérieur, est pour elles très important ; mais, malheureusement, comme vous le savez, ce fichier est en cours de rénovation. Mais il faut aussi que l'information sur la gestion de la résidence circule entre les branches, et là encore, il y a des progrès à faire.

M. le coprésident Pierre Morange. C'est une des missions des comités départementaux d'assurer la transmission des informations. Or il y a eu des dysfonctionnements.

Mme Jacqueline Fraysse. M. le directeur nous invite à réfléchir à la signification du montant des fraudes détectées et de son augmentation – sans doute liée en effet au renforcement de la détection. Connaissez-vous, monsieur le directeur, le montant des sommes récupérées ? Peut-on progresser en ce domaine ?

M. Dominique Libault. Nous ne recouvrons pas la totalité du montant des fraudes détectées, loin de là. Selon nos estimations, sur 360 millions d'euros, le montant de recouvrement effectif est d'environ 92 millions d'euros.

M. Emmanuel Dellacherie. Il faut savoir que ce montant, compris entre 90 et 100 millions d'euros, porte sur les indus frauduleux récupérés, mais que ces indus frauduleux ont pu être constatés sur divers exercices.

Nous ne disposons pas encore d'un indicateur de taux de recouvrement des indus frauduleux pour chaque branche, qui permettrait de rapporter de manière extrêmement précise l'ensemble des indus frauduleux récupérés aux indus frauduleux constatés. Malgré tout, les recouvrements sont beaucoup plus élevés dans la branche Famille, où il est possible de faire des récupérations sur prestations avec des systèmes de fongibilité – dans certaines caisses d'allocation familiales (CAF), les taux de recouvrement peuvent atteindre 70 % ou 80 %.

En revanche, le taux de recouvrement des redressements consécutifs aux situations de travail dissimulé est de l'ordre de 10 % à 15 %, donc très faible. Il est vrai que, suite à ces opérations de contrôle, de nombreuses entreprises se retrouvent en liquidation judiciaire, ce qui limite considérablement les perspectives de recouvrement pour les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

M. le rapporteur. Une des missions de la MECSS est de connaître à peu près le montant de la fraude. Or, d'après la Cour des comptes, le montant des fraudes détectées dans la branche Famille serait huit fois supérieur à ce que la Caisse nationale d'allocations familiales a déclaré ! Il y a là de quoi s'inquiéter.

M. le coprésident Pierre Morange. La branche Famille a évoqué un taux de récupération des sommes indues assez flatteur, puisqu'il serait de l'ordre de 88 %. Un tel résultat serait dû à la dynamique spécifique des modalités de versement des prestations familiales. Cela vous paraît-il cohérent avec le montant global que vous venez d'avancer ? N'y a-t-il pas une relative disharmonie dans les différentes informations ?

M. Emmanuel Dellacherie. Je ne pense pas qu'il y ait de disharmonie entre les différentes informations. Ce que vous venez de dire corrobore assez bien ce que j'indiquais, à savoir que les taux de recouvrement des indus frauduleux dans la branche Famille sont bien supérieurs à ceux que l'on constate sur le travail dissimulé, où la fourchette va de 10 % à 15 %, sachant que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale doit encore progresser sur la fiabilisation de ses informations. Évidemment, comme les montants des redressements pour travail dissimulé représentent une part importante du montant global de la fraude détectée, cela impacte très fortement à la baisse les résultats sur les taux de recouvrement.

M. le coprésident Pierre Morange. Exception faite de la branche Famille, la récupération semble relativement faible. La récupération est sans doute malaisée, mais il y a peut-être aussi un défaut de collecte d'informations.

M. Dominique Libault. Certes, la Caisse nationale d'allocations familiales récupère 38 millions d'euros sur 90 à 100 millions d'euros, mais les autres branches procèdent également à des récupérations.

Je comprends que vous souhaitiez connaître précisément le montant de la fraude. Mais je voudrais mettre l'accent sur le fait qu'il est parfois un peu compliqué de qualifier celle-ci. La fraude repose sur un acte intentionnel de contournement de la loi, pour éviter le paiement d'un prélèvement ou bénéficier indûment de droits sociaux, de prestations, etc. Reste à savoir si l'acte est intentionnel ou non.

L'assurance maladie considère qu'un établissement de santé qui surfacture une deuxième fois, alors qu'on lui a déjà fait une observation, agit de manière frauduleuse. Des établissements de santé contestent cette vision des choses. Certaines fédérations se sont même plaintes auprès des parlementaires d'un manque de droits et de contradictoire, d'où certains amendements... Je vous mets en garde : on ne peut pas vouloir lutter contre la fraude et voter des amendements imposant l'avis conforme des professionnels de santé. À un moment donné, il faut savoir ce que l'on veut. Lutter contre la fraude implique de donner certaines prérogatives de puissance publique aux administrations chargées de cette lutte. Cela ne dispense évidemment pas du respect du contradictoire, de l'équité, et de faire preuve d'exemplarité.

Je tiens malgré tout à faire remarquer que des droits trop complexes provoquent des difficultés d'interprétation et peuvent créer cette perception de fraude. C'est ainsi que la tarification à l'activité donne lieu à des interprétations contradictoires entre celui qui est chargé du contrôle et l'établissement, lequel peut alors se trouver qualifié de fraudeur. Il arrive également que des entreprises, en ne respectant pas la législation, se pénalisent elles-mêmes. Toutefois, dans de tels cas, les unions de recouvrement des cotisations de sécurité

sociale et d'allocations familiales procèdent à des redressements positifs en faveur de ces entreprises.

M. le coprésident Pierre Morange. S'agissant du travail dissimulé, où en est-on des poursuites engagées et des pénalités prononcées au titre de la fraude sociale ? Observe-t-on une évolution ? Pensez-vous qu'un aménagement législatif soit nécessaire ?

Les représentants des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ont évoqué l'appréciation « à géométrie variable », par la magistrature, de la délinquance, suivant qu'elle est ou non d'ordre financier ou social. Cette « priorisation » ne respecte ni le principe de l'exemplarité ni celui de l'équité de traitement devant la loi. À telle enseigne que nous leur avons demandé de mettre au point un gradient du traitement de la délinquance en col blanc.

M. Emmanuel Dellacherie. En 2009, 2 200 procès-verbaux pour travail dissimulé ont été dressés par des agents de contrôle des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou de la Mutualité sociale agricole. Si on prend en compte l'ensemble des corps de contrôle habilités à verbaliser le travail dissimulé – c'est-à-dire également la police, la gendarmerie et l'inspection du travail –, il y aurait, selon les données de 2008, 9 000 ou 10 000 procédures engagées et communiquées aux parquets chaque année, les tribunaux correctionnels prononçant quant à eux entre 4 000 et 4 500 condamnations par an pour travail dissimulé. La réponse pénale existe donc.

Mais de quelle réponse pénale s'agit-il ? Pour les infractions de travail dissimulé, les textes prévoient jusqu'à deux ans de prison et 45 000 euros d'amende. Or on prononce très rarement des peines de prison ferme. Par ailleurs, et surtout, le montant moyen de l'amende pénale est très inférieur à 45 000 euros : d'après les informations communiquées à la Chancellerie, il tourne autour de 1 200 et 1 300 euros. Cela peut sembler faible au regard des redressements réalisés, puisque, en moyenne, en cas de travail dissimulé, un redressement opéré par une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales se situe entre 20 000 et 22 000 euros ; quant à la pénalité civile qui vient s'y ajouter, elle est en moyenne plus élevée que l'amende pénale.

Il ne faut pas oublier non plus toutes les dispositions votées au cours des lois de financement précédentes, notamment celle qui permet de remettre en cause les exonérations dont l'entreprise délictuelle a bénéficié.

Les sanctions financières prononcées au plan civil et mises en œuvre par les organismes sont beaucoup plus élevées que celles prononcées au plan pénal. À cet égard, il y a un certain déséquilibre.

La collaboration progresse dans le cadre des comités locaux que sont les comités opérationnels de lutte contre le travail illégal et les comités départementaux anti-fraude.

Dans l'ensemble, les parquets et les services de contrôle ajustent leur action pour prioriser l'audiencement des plus grosses affaires, celles pour lesquelles la réponse pénale est la plus importante en termes de condamnation des employeurs fautifs.

Enfin, il y a une bonne collaboration, sur le terrain, entre les organismes et les tribunaux.

M. Dominique Libault. Selon moi, la société est relativement tolérante vis-à-vis du travail clandestin. En matière de fraudes à l'assurance maladie, par exemple, une décision sur deux rendue par les juridictions pénales est un classement sans suite, un non-lieu ou une relaxe. Voilà pourquoi nous attachons beaucoup d'importance aux sanctions administratives, que nous avons développées depuis quelques années. C'est d'ailleurs pourquoi les amendements déposés par M. Yves Bur, notamment ceux qui concernent les professionnels de santé, nous semblent tout à fait intéressants.

M. le coprésident Pierre Morange. Tolérance de la société ou tolérance des services de l'État ?

M. Dominique Libault. Les services chargés de la lutte contre le travail dissimulé ne sont pas tolérants. Ils font le maximum de ce qu'ils peuvent. Mais l'État est multiple...

M. le coprésident Pierre Morange. Ces fraudes sont commises au préjudice des Français, au mépris des efforts qu'ils consentent à travers leurs prélèvements obligatoires. Ce sont autant de moyens qui ne leur sont pas alloués pour leur protection sanitaire ou, plus généralement, pour leur protection sociale.

M. le rapporteur. Le Conseil des prélèvements obligatoire estime à 10 milliards d'euros la perte de recettes provoquée par le travail dissimulé. Entre les cas décelés et jugés, et ce montant de 10 milliards, le fossé est important.

Selon la Cour des comptes, la Caisse nationale d'allocations familiales semble d'abord chercher à minimiser les enjeux, en soulignant à la fois l'importance des contrôles et la faiblesse des fraudes décelées.

En 1999, la Caisse nationale d'allocations familiales soulignait déjà, dans une communication interne, que *« finalement, la fonction de prévention collective des peines est assez controversée, le lien entre la peine et sa sévérité et la criminalité n'est guère prouvée »*. Vis-à-vis des usagers, c'était tout de même assez affligeant ! En 2006, on notait un certain progrès, mais il était tout de même affirmé de manière officielle : *« Le système de fichier unique ne permet pas de lutter efficacement contre les fraudes. Y a-t-il autant de malhonnêteté que cela ? Quelques-uns doivent-ils faire peser sur la majorité un a priori négatif ? Clairement, la réponse est non »*.

La Cour des comptes s'inquiète de telles communications. Sans doute la direction de la sécurité sociale sera-t-elle amenée à modifier le type de communication de certaines caisses qui adressent un message un peu curieux aux allocataires.

M. Dominique Libault. Les extraits que vous citez illustrent une situation qui a existé mais qui, à mon avis, sera bientôt révolue.

Pendant longtemps, les partenaires sociaux, notamment dans les caisses prestataires, ont été très en retrait sur ces questions. Je me rappelle que le contrôle des indemnités journalières, lancé par le prédécesseur de M. Frédéric van Rookeghem à la tête de la Caisse nationale d'assurance maladie, avait été très mal perçu. De la même façon, les contrôles expérimentaux qui sont actuellement lancés sur les indemnités journalières des fonctionnaires ne passent pas non plus. Il faut donc travailler avec les partenaires sociaux pour faire comprendre que la lutte contre la fraude fait partie du respect de l'État de droit en France, et qu'elle est indispensable. Malgré tout, la situation progresse depuis quelques années.

Les services, quant à eux, étaient autrefois presque dans le déni. Je ne parle pas de ceux qui sont chargés du recouvrement, qui ont toujours eu cette culture du contrôle, mais de la branche Maladie, et surtout de la branche Vieillesse et de la branche Famille qui étaient très en retrait. Ce n'est plus du tout le cas aujourd'hui, et je pense d'ailleurs que la direction de la sécurité sociale, en, en installant des référents fraude, en obligeant à quantifier de la fraude, a contribué à un changement de culture. Bien sûr, des progrès restent à faire tant l'appropriation des outils, que dans le contrôle interne, la transversalité et collaboration entre les services. Ce seront nos priorités pour les années à venir.

M. le coprésident Pierre Morange. Merci d'avoir répondu à l'ensemble de nos questions et de nous avoir remis un guide pratique de lutte contre la fraude sociale. N'hésitez pas à nous communiquer toute proposition que nous pourrions traduire au niveau législatif.

La séance est levée à douze heures dix.