

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

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

- Table ronde, ouverte à la presse, réunissant les mutuelles et les assurances.....2
- Présences en réunion 13

Mercredi

15 juillet 2020

Séance de 18 heures 30

Compte rendu n° 24

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2019-2020

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



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

Mercredi 15 juillet 2020

La séance commence à dix-huit heures quinze

Présidence de M. Patrick Hetzel. Président

La commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales procède à la table ronde, ouverte à la presse, réunissant Groupama (M. Norbert Bontemps, directeur des assurances de personnes, et M. Pierre Griffon) et l'Agence de lutte contre la fraude aux assurances (ALFA) (M. Maxence Bizien, directeur, et M. Pierre Vanhoutte, responsable des opérations).

M. le président Patrick Hetzel. Nous terminons nos auditions du jour par une table ronde consacrée au thème de la fraude aux assurances. Messieurs, nous serons heureux de vous entendre sur l'ensemble des mesures que les établissements d'assurance, qu'ils soient mutualistes ou non, prennent contre la fraude, et sur la typologie et l'évolution des fraudes auxquelles ils sont confrontés.

Notre commission d'enquête porte sur la fraude aux prestations sociales et non sur la fraude aux assurances. Nous avons toutefois souhaité vous entendre car nous considérons que la fraude aux complémentaires santé est un sujet connexe à celui de la fraude aux assurances maladie, et parce qu'un certain nombre d'actions engagées dans votre secteur sont peut-être transposables dans d'autres secteurs qui gagneraient à s'en inspirer.

Nous souhaiterions également connaître votre appréciation quant aux moyens engagés par les organismes publics contre la fraude, par comparaison avec votre propre action dans ce domaine.

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

(M. Norbert Bontemps, M. Pierre Griffon, M. Maxence Bizien et M. Pierre Vanhoutte prêtent successivement serment).

M. Maxence Bizien, directeur de l'agence de lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA). Nous sommes ravis que vous fassiez le lien entre la fraude sociale et la fraude à l'assurance ; en effet, le secteur des assurances et des mutuelles est largement touché par la fraude sociale.

L'ALFA est une association qui a plus de trente ans ; liée à la fédération française de l'assurance (FFA), mais aussi, par une convention, à la fédération nationale de la mutualité française (FNMF), elle est forte de 320 adhérents qui représentent la majorité du secteur de l'assurance. Elle a pour mission de représenter l'assurance et le monde mutualiste dans le cadre de la lutte contre la fraude, de sensibiliser le public sur ces sujets, mais aussi de détecter les fraudes et de faire entre les services publics et le secteur privé un lien matérialisé par une convention passée en 2019 avec le ministère de l'intérieur ; nous servons de guichet unique en matière de réquisition judiciaire. Un officier de police judiciaire qui veut adresser une réquisition à une compagnie d'assurances – qu'il ne connaît pas forcément – peut écrire à l'ALFA, qui se charge alors de la transmettre aux assureurs et mutuelles concernés.

L'agence comprend onze membres ; la plupart sont issus des forces de l'ordre, mais certains œuvraient déjà dans le secteur des assurances.

M. Norbert Bontemps, directeur des assurances de personnes chez Groupama. Mon parcours, au sein du monde de l'assurance et plus particulièrement chez Groupama, m'a donné l'occasion de travailler non seulement sur l'assurance de personnes, mais également sur les dommages aux biens, notamment avec mon collègue Pierre Griffon.

La fraude est un élément important du métier des assureurs. Historiquement, c'est une préoccupation qui s'est plutôt portée sur les dommages aux biens, ainsi que sur les assurances automobiles. La fraude peut d'abord survenir lors de l'établissement d'un contrat, par une déclaration non conforme à la situation du risque ; la bonne connaissance du risque permet de définir les bonnes garanties mais aussi le bon niveau de tarification, et de décider s'il doit être accepté ou refusé.

En matière d'assurances de personnes – les complémentaires santé –, cette logique de sélection n'existe pas, et le problème est plutôt celui de la tarification ; c'est pour cela que les assureurs se sont plutôt concentrés sur la fraude portant sur les dommages aux biens.

La fraude peut ensuite être effectuée au moment de la survenance d'un sinistre ou, dans le cas d'une complémentaire santé, lors de la réalisation d'une prestation. Il s'agit alors de détecter les éventuels abus – faux sinistre ou sinistre dont le descriptif n'est pas conforme à la réalité.

C'est donc un sujet relativement ancien s'agissant des dommages aux biens et de l'assurance auto. Ces dix dernières années, le nombre d'examins a triplé parce que davantage de cas se sont présentés, mais aussi parce que nous avons amélioré nos capacités de détection. Sur une grande partie des sinistres interviennent des experts qui sont capables de détecter les anomalies.

Pour les complémentaires santé, le sujet de la fraude s'est développé plus récemment. Nous intervenons en complément d'un régime de base, la sécurité sociale, et le mode d'enregistrement des sinistres est très différent de celui qui a cours en dommages aux biens et en assurance auto : ce sont des schémas automatisés. Le remboursement de la sécurité sociale nous est répercuté par l'intermédiaire de la norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs, dite procédure NOEMIE. Dès lors que l'on connaît l'assuré, qui se trouve dans nos bases de données, nous l'indemnisons automatiquement.

Dans tous ces domaines, pour lutter contre la fraude, nous avons commencé par faire intervenir des experts, gens du métier, à qui nous avons apporté des outils d'analyse de

données. Nous avons développé des techniques d'intelligence artificielle – celles des *data scientists* – permettant d'entraîner les outils à explorer les données afin d'améliorer à la fois la pertinence des cas détectés et la capacité d'investigation. Ces techniques se sont fortement répandues ces dernières années chez les gros assureurs, mais aussi entre assureurs – des projets sont en cours pour partager nos expertises. L'analyse des données a donc permis de faire progresser la détection des fraudes.

On a récemment commencé à utiliser ces techniques dans le domaine des complémentaires santé. Les enjeux n'y sont pas les mêmes : le prix moyen d'une prestation n'a rien à voir avec celui d'un sinistre automobile ou d'un dommage aux biens ; en outre, elles interviennent après le régime de base. Notre objectif était d'intervenir là où cela pouvait être utile : c'est dans l'optique et le dentaire qu'il y a eu le plus d'investigations. Les assureurs y travaillent dans un cadre de tiers payant, qui implique demande de prise en charge dans laquelle le professionnel de santé transmet des informations pour le compte de l'assuré. Ce moment d'échange est propice pour détecter les cas anormaux, quantitativement limités.

Pour les traiter, nous avons l'habitude de solliciter des opticiens conseils ou des chirurgiens-dentistes conseils. En santé, contrairement aux assurances auto ou aux dommages aux biens, la plus grande partie des cas douteux fait intervenir un professionnel de santé. On dit souvent que les complémentaires santé sont des payeurs aveugles ; elles indemnisent l'assuré sur la base d'un code qui est transmis par le régime de base de la sécurité sociale, mais qui a gommé tout le contenu de la prestation. Elles ne disposent donc pas toujours des données nécessaires à la reconnaissance de la fraude. Il n'y a que dans quelques domaines – l'optique et les prothèses dentaires, dans lesquels nous sommes en général le principal financeur – que nous avons à notre disposition davantage de données. C'est là que nous avons toujours travaillé ; nous avons même créé les réseaux de soins, au sein desquels les protocoles d'échanges et les niveaux de prix sont harmonisés, ce qui permet de sécuriser la prestation et d'instaurer une relation de confiance. C'est un bon rempart contre les abus, même si cela ne les empêche pas.

Très récemment, l'émergence des techniques de traitement de données – dans les domaines où celles-ci sont disponibles de manière détaillée, c'est-à-dire l'optique et le dentaire, et surtout l'optique – a permis de mieux détecter les cas douteux.

Ces fraudes aux complémentaires santé sont souvent peu coûteuses à l'unité. On peut intervenir car elles interviennent dans le cadre du tiers payant, dans lequel on nous demande d'abord une prise en charge. Lorsque nous détectons quelque chose de suspect, nous menons notre enquête en faisant intervenir des gens du métier et nous pouvons refuser cette prise en charge en demandant des éléments supplémentaires : à ce stade, aucune prestation n'a été réglée. Il s'agit de dépenses relativement limitées ; récupérer ce qui a été réglé étant très coûteux, nous nous attachons à intervenir avant. C'est un problème spécifique à la complémentaire santé.

M. le président Patrick Hetzel. Pouvez-vous dresser une typologie des fraudes rencontrées ?

M. Maxence Bizien. La vie du contrat d'assurance comporte deux événements forts : la souscription et le paiement de la prestation.

Différentes fraudes peuvent exister au niveau de l'établissement du contrat : l'aléa déjà réalisé ; la fausse déclaration dans un questionnaire, par exemple médical ; des souscriptions

multiples et frauduleuses non déclarées, qui entraînent le cumul de prestations, notamment des indemnités journalières dans le cadre d'un contrat de prévoyance, sans que les différents assureurs ne le sachent ; l'usurpation ou la modification d'identité ; la présentation de faux documents, notamment par des sociétés dans le cadre de contrats collectifs, ce qui pose des problèmes spécifiques car il est très compliqué d'exclure une personne d'un tel contrat.

Au niveau de la gestion de sinistre – en prévoyance – ou du paiement de la prestation – dans le domaine de la santé –, le cumul d'assurances se concrétise par le versement indu de diverses prestations ; on trouve également de fausses déclarations sur les circonstances du sinistre, et des sinistres exagérés ou montés de toutes pièces – des gens qui font croire qu'ils sont malades, qu'ils ont été victimes d'un accident, qu'ils ont subi un préjudice corporel alors que ce n'est pas le cas, ce qui leur permet de se faire payer à la fois par les organismes sociaux et par les organismes complémentaires ; les sinistres et prestations fictifs – la presse s'est fait récemment l'écho de tels cas, avec la complicité de professionnels de santé ; la présentation de faux documents au moment du sinistre ou de la prestation – ce peut être des « vrais-faux », notamment des ordonnances volées ou vendues, et utilisées par d'autres personnes que celles auxquelles elles ont été délivrées ; enfin l'usurpation ou la modification de l'identité bancaire.

M. Pierre Vanhoutte, responsable des opérations à l'ALFA. Au-delà de celle des fraudes, il est possible de dresser une typologie des fraudeurs. Il en existe trois principaux.

On trouve d'abord le fraudeur d'opportunité qui, ne disposant pas des garanties pour tel ou tel sinistre ou telle ou telle prestation, va établir un nouveau contrat ou tricher pour bénéficier de ces garanties ; ces fraudes sont très courantes et moyennement rémunératrices, et nous arrivons souvent à les détecter, même si certains passent parfois à travers les mailles du filet.

Vient ensuite le professionnel qui agit de manière préméditée et répétée ; ayant isolément identifié une faille, il essaie de s'enrichir au maximum. À partir de la faille, ce fraudeur emprunte l'ensemble de la chaîne d'indemnisation, depuis les organismes sociaux jusqu'aux complémentaires de santé.

Enfin, la fraude en bande organisée est heureusement peu courante mais très rémunératrice.

Ces fraudes sont majoritairement accompagnées de faux documents, qu'ils soient d'identité ou justificatifs. Dans le dernier rapport moral mis en ligne sur le site institutionnel de l'ALFA, nous avons souligné la qualité de ces faux. Je ne suis pas né de la dernière pluie : j'ai été analyste en recherche criminelle au sein de la gendarmerie nationale et j'ai eu sous les yeux de nombreux faux documents. Mais lorsque des gens dont c'est le métier ne parviennent pas à distinguer un vrai d'un faux, et lorsque les services spécialisés que nous sollicitons, qu'ils soient régaliens ou non, disent ne pas pouvoir déterminer avec certitude si un document est authentique, la lutte contre la fraude devient très compliquée ; la traçabilité de la réalité du document présenté est un vrai problème. C'est un des points essentiels sur lesquels nous devons travailler pour lutter contre la fraude : nous devons être en mesure d'authentifier un document, comme on le fait par exemple pour les factures EDF avec un code-barres QR (*Quick Response*).

M. le président Patrick Hetzel. Nous étions ce matin à la direction centrale de la police aux frontières (DCPAF), dans un service qui s'intéresse notamment à l'analyse des

actes de naissance étrangers, lesquels posent un certain nombre de problèmes. Nous avons vu des passeports vrais et faux ; certains documents sont très sécurisés, d'autres beaucoup moins. C'est lorsque le document est constitué d'une simple feuille A4, notamment s'agissant d'actes de naissance ou de décès, que nous rencontrons le plus de fraudes, car nous avons du mal à faire la différence entre un vrai et un faux. Cela vaut pour des documents étrangers mais aussi français, l'absence de normalisation permettant de fabriquer facilement des faux ouvrant accès à des droits, en particulier sociaux. La DCPAF nous a indiqué que ces fraudes se développent fortement.

De même, un faux permis de conduire étranger permet d'avoir accès à un permis français. Le fraudeur est alors susceptible de mettre en péril la sécurité routière ; en cas d'accident, c'est le fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO) qui intervient.

Certains documents sont au contraire très difficiles à falsifier, par exemple les passeports néo-zélandais qui, sous une certaine lumière, font apparaître une image permettant de les authentifier.

Au sein de cette commission, nous sommes donc sensibilisés à cette problématique de la fraude documentaire.

M. Pierre Vanhoutte. La qualité de ces documents révèle aussi le caractère criminel des groupes qui en sont à l'origine, organisés selon une structure pyramidale, avec des donneurs d'ordre et des exécutants. Une personne lambda ne pourrait pas fabriquer de tels documents.

J'ai par exemple été amené à traiter le faux décès d'une personne qui avait été juridiquement inventée à partir d'un faux passeport. La mairie d'Île-de-France censée avoir délivré l'acte de décès avait dans un premier temps authentifié le document, avant de se rendre compte de la supercherie ; un faux certificat de décès émanant du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du département concerné avait également été créé. Tout cela avait été orchestré pour percevoir indûment des garanties liées à un contrat de prévoyance, à hauteur de centaines de milliers d'euros. C'est la vigilance d'un des assureurs qui a permis d'éviter l'hémorragie, alors que d'autres avaient payé sur la base de ces faux documents.

Dans le monde de l'assurance, on parle souvent du « *time to market* », principe selon lequel tout doit aller vite, afin que les gens soient indemnisés le plus rapidement possible et que le dossier soit clos. Les documents font l'objet d'une police d'assurance pour défaut de paiement (GDI, pour *Global Default Insurance*) qui est dématérialisée : il n'y a plus de document physique mais un simple scan, qui fait par exemple sauter toutes les sécurités d'un passeport ; or nous manquons des connexions nécessaires pour vérifier le document en question. En l'occurrence, nous n'avons appris qu'après coup, grâce aux conventions qui nous lient au ministère de l'intérieur, qu'il s'agissait d'un passeport qui devait être détruit – une erreur, faute d'orthographe ou autre, avait été commise au moment de sa création – et qui avait été détourné. C'était donc un vrai-faux passeport, ce qui rendait d'autant plus complexe la découverte de la fraude, que ce soit pour la sécurité sociale, l'URSSAF, les autres organismes sociaux ou les assureurs.

M. Maxence Bizien. De tels cas sont encore un peu marginaux, mais ils se sont développés récemment. Auparavant, les fraudes appuyées sur des faux décès étaient plutôt

réalisées à partir de documents administratifs en provenance de l'étranger, notamment de certains pays où la corruption est très présente. Nous avons déjà eu affaire à des fraudes effectuées à l'aide de documents français, mais elles sont plus rares et plus récentes ; elles posent le problème de la traçabilité et de la vérification des documents – administratifs ou privés – utilisés pour ouvrir des droits. Le secteur privé a récemment instauré la possibilité de vérifier un certain nombre d'éléments comme la facture EDF, sur la base de l'adresse postale. Mais les assurances et les mutuelles manquent de moyens pour vérifier les documents qui leur sont présentés.

M. le président Patrick Hetzel. Êtes-vous en mesure d'estimer les enjeux financiers de ces fraudes ? Nous savons qu'il s'agit d'un exercice difficile et nécessairement approximatif. Selon son directeur général, que nous avons auditionné il y a quinze jours, le montant de la fraude subie par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) se situerait à l'échelle nationale entre 1,9 et 2,6 milliards d'euros. En calculant l'écart entre cette estimation et la somme qu'il parvient à recouvrer, cet organisme détermine un objectif pour réduire progressivement la fraude.

Disposez-vous d'éléments chiffrés, permettant en particulier de mesurer une évolution ? Certains effets tendanciels nous ont été décrits ; existent-ils aussi dans le domaine de l'assurance en général, et dans celui de la complémentaire santé en particulier.

M. Maxence Bizien. L'ALFA ne fait pas d'évaluation chiffrée, mais elle collecte les montants économisés et ceux payés à tort par les assureurs. Elle le fait depuis sa création, il y a trente ans, pour les assurances de biens et de responsabilité ; dans ce domaine, les assureurs ont vu l'an dernier 368 millions d'euros de fraude. Pour ce qui est des assurances de personnes, la fraude est en revanche comptabilisée depuis peu de temps – la méthodologie permettant le calcul est en place depuis 2016 ; l'an dernier, 50 millions d'euros de fraude ont été vus, mais seuls 24 acteurs ont répondu à notre collecte, contre 75 % du marché sur la partie biens et responsabilité – dans ce domaine, les équipes sont plus aguerries dans le traitement de la fraude, et disposent d'outils permettant une meilleure communication de données.

Si 50 millions d'euros de fraude ont été détectés par un si petit nombre d'acteurs, alors que la fraude à la caisse nationale d'assurance maladie est estimée à 287 millions en 2019, c'est que nous avons une belle marge de progression.

Insurance Europe fédère différentes ALFA européennes : pour l'ensemble du marché européen, et bien que les diverses situations nationales ne soient pas comparables, la fraude est estimée aux alentours de 10 % des prestations. Notre position, au sein de l'ALFA française, est un peu différente : nous considérons que nous ne pourrions jamais nous attaquer à tout l'iceberg. Quelques études universitaires anglo-saxonnes réalisent des projections sur la fraude, mais nous ne disposons pas d'un standard international correspondant vraiment à nos marchés car ceux-ci diffèrent d'un pays à l'autre. À l'ALFA, nous avons l'impression de lutter très efficacement contre la fraude à l'assurance de biens et de responsabilité lorsque 3 à 5 % des prestations payées ont fait l'objet d'une fraude ; très rares sont ceux qui peuvent se prévaloir d'un tel résultat.

Nous partons de très loin dans le domaine de l'assurance de personnes, qui se compose d'une myriade d'acteurs dont la taille et la situation varient beaucoup ; certains ne pourront jamais disposer d'un service dédié aux fraudes car ils n'en ont pas les moyens, mais aussi parce que dans leurs gènes et leur règlement mutualiste, la fraude apparaissait inconcevable.

Un changement culturel est en train de s'opérer, mais cela prend du temps. Il a été question du payeur aveugle, c'est peut-être une lapalissade, mais c'est une réalité : il est très difficile pour les mutuelles de voir la fraude, d'autant qu'il n'en existe pas de définition légale en France – Mme Meiffret-Delsanto, professeur de droit, l'expliquait ici il y a quelques heures. Il faut à la fois prouver l'existence de la fraude et son caractère intentionnel. Sur des contrats d'assurance complémentaire santé à adhésion obligatoire, qu'ils soient individuels ou collectifs, rechercher une fraude à grande fréquence, pour des montants généralement peu élevés, devient un exercice très compliqué – même quand il existe une clause de déchéance de garantie, ce qui n'est pas toujours le cas car ce n'était pas l'usage pour les assurances santé, qui remboursent en complément du régime obligatoire –, d'autant que, si l'on peut se battre pour une prestation donnée, sortir le client de son portefeuille est quasiment impossible. En effet, il n'y a pas de sélection sur ces contrats ; en outre, lorsqu'ils sont collectifs, il est impossible d'en faire sortir un des assurés.

La fraude s'élève donc à 368 millions d'euros pour les assurances de biens et de responsabilité, et à 50 millions pour les assurances de personnes. Pour la combattre, la marge de progression est très importante ; tous les acteurs sont prêts à investir en ce sens, mais ils ne peuvent pas le faire seuls. Ainsi, l'ALFA n'a pas le droit de travailler avec le numéro d'inscription au répertoire (NIR), c'est-à-dire le numéro de sécurité sociale. Certes, cela ne pose pas de problème particulier puisque les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) peuvent utiliser ce NIR dans le cadre de leur relation avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

M. le président Patrick Hetzel. Pourquoi l'ALFA ne peut-elle pas travailler avec le NIR ?

M. Maxence Bizien. Un décret est paru dernièrement à ce sujet : nous ne faisons pas partie de la liste des organismes habilités à l'utiliser. Il est possible que nous n'ayons pas été identifiés à l'époque, mais nous ne pouvons pas l'utiliser et son usage est très restreint. L'ALFA n'est qu'un intermédiaire ; nous travaillons pour les assureurs et les mutuelles, nous les représentons et les aidons en montant des dossiers les mieux ficelés possible pour faciliter le travail des officiers de police judiciaire qui les prennent en charge, mais nous ne subissons pas de préjudice direct. Dès lors que nous parvenons à contacter un contrôleur au sein d'une CPAM qui accepte de nous répondre, sa première demande concerne le numéro de sécurité sociale de l'assuré, que nous ne sommes pas en mesure de fournir.

Ce problème de l'échange d'informations mérite que l'on prenne le temps d'en discuter, car le manque de données est un vrai souci. D'un côté, le souhait de protéger les données personnelles et de santé, qui sont particulièrement sensibles, est compréhensible. De l'autre, le payeur aveugle est une réalité qui implique une absence de contrôle et l'impossibilité de détecter la fraude. Pour contrôler, nous pouvons avoir recours à des professionnels de santé, chirurgiens-dentistes consultants ou opticiens conseils, mais ces derniers se trouvent alors dans une situation très difficile vis-à-vis de leurs confrères et sont la cible d'attaques régulières de la part de leurs ordres respectifs. Le cas d'un chirurgien-dentiste consultant, que nous suivons et qui se bat depuis longtemps à ce sujet, et qui a maille à partir avec l'ordre local, est emblématique, mais ce n'est pas un phénomène isolé ; il renvoie à une véritable difficulté de contrôler.

M. Pierre Vanhoutte. Nous sommes pourtant confrontés aux mêmes fraudes que les organismes sociaux – l'URSSAF, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la CNAM et les CPAM. Il y a des fraudeurs parmi les assurés mais aussi parmi les

professionnels, et nous rencontrons de nombreuses fraudes réalisées avec des fausses factures, des fausses prescriptions et des actes fictifs. Le transport médicalisé est particulièrement concerné, avec des prestations – transport assis, couché, groupé, dégroupé – faisant souvent l’objet de déclarations volontairement erronées. Les cumuls frauduleux concernent davantage le monde de l’assurance que la sécurité sociale mais, dans la branche prévoyance, nombreux sont les faux arrêts de travail, les faux décès de personnes créées de toutes pièces et les sociétés fictives ou éphémères, avec de faux salariés. Dans un de nos dossiers en cours, judiciairisé auprès de la sous-direction de la police judiciaire (SDPJ) de Versailles, un groupe criminel familial établi en Israël a créé juridiquement plus de trente-neuf sociétés, avec des salariés fictifs, de faux accidents et de faux arrêts maladie pour toucher des indemnités journalières (IJ) et des garanties prévoyance, pour un total de plusieurs millions d’euros.

Encore une fois, l’absence de collaboration entre les services réduit fortement notre capacité à détecter la fraude. Nous n’avons pas de relations avec les organismes sociaux alors qu’ils rencontrent les mêmes problèmes que nous ; pourtant, l’organisme de traitement du renseignement et d’action contre les circuits financiers clandestins (Tracfin) identifie l’ALFA et les assureurs comme de très bons pourvoyeurs de renseignement. Plus la circulation du renseignement sera permise, plus nous serons à même de retracer la fraude jusqu’à des patrimoines pour aller recouvrer l’indu.

M. le président Patrick Hetzel. Que faudrait-il faire évoluer pour que votre fonctionnement soit plus efficace ? Nous pourrions inclure vos recommandations dans nos propositions.

M. Maxence Bizien. L’échange de données est un sujet important. Nous agissons surtout auprès du secteur privé. Au niveau européen, le considérant 47 du règlement général sur la protection des données (RGPD) prévoit que les données personnelles puissent être traitées à des fins de prévention de la fraude. Mais au niveau national, la *soft law* varie d’un pays à l’autre. Certains États européens ont renforcé leur base légale de lutte contre la fraude, par exemple en l’intégrant dans le crime financier, comme les Britanniques, ou dans leur fonds de garantie national, comme les Polonais ; les Belges, eux, disposent de leur Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS), instituée par une loi qui encadre le traitement des données servant d’abord à verser les prestations sociales et, de manière secondaire, à lutter contre la fraude.

Le fait qu’il soit légitime de lutter contre la fraude n’est aujourd’hui jamais remis en cause ; ce qui nous manque, c’est une base légale pour le faire, car la fraude elle-même n’est pas définie. Quand elle le sera, nous pourrions déterminer quels acteurs sont concernés et comment ils peuvent légalement échanger des informations. Quelques textes permettent l’échange de données, comme l’article L. 114-9 du code de la sécurité sociale qui autorise la sécurité sociale, sous certaines conditions, à prévenir les organismes complémentaires dès lors qu’existe une suspicion de fraude, mais ils ne sont pas mis en œuvre.

Par ailleurs, le renseignement ne se fait pas que du service public vers le secteur privé : nous avons des renseignements, mais nous ne savons pas toujours à qui les transmettre, ni comment. L’ALFA tient depuis longtemps un annuaire des organisations anti-fraude de chaque compagnie d’assurance, qui fonctionne bien ; au sein de cette communauté professionnelle – animée et renforcée par l’ALFA qui dispense des formations communes –, chacun a un rôle bien défini et sait qui contacter car, dès lors que l’on se connaît, on peut identifier l’interlocuteur adéquat et lui faire confiance. Le travail avec les organismes sociaux se fait par des relations *ad hoc*, à un niveau très local, mais il suffit qu’une personne parte à la

retraite pour que la coopération s'arrête. Une base légale permettrait donc à tous les acteurs – y compris ceux du secteur public – de travailler plus efficacement, et de clarifier l'application du RGPD par rapport aux textes antérieurs.

Même s'il y en a d'autres, c'est cette absence de base légale qui constitue le principal frein à la communication entre les organismes ; il faut qu'il soit levé.

M. le président Patrick Hetzel. Vous disiez qu'il existe un trou dans la raquette s'agissant des questions d'identité. Comment pourrait-on améliorer les choses en la matière ?

M. Pierre Vanhoutte. En permettant une meilleure collaboration entre services étatiques et non étatiques. Si nous étions formellement identifiés comme un service de renseignement à part entière pour ce qui concerne l'assurance, nous pourrions échanger des renseignements dans un cadre légal.

Il existe des connexions fortes entre la fraude à l'assurance et les autres d'activité criminelles, comme le blanchiment d'argent ou le financement du terrorisme, qui concernent directement les services régaliens ; le monde de l'assurance est d'ailleurs assujéti aux déclarations Tracfin. Nous sommes aussi concernés par le monde de l'escroquerie, à travers le trafic de faux documents.

Comme le disait M. Bizien, la fraude n'est pas définie d'un point de vue légal. Ce mot n'existe pas en tant que tel dans le code pénal, si ce n'est dans la définition du vol, qui est « la soustraction frauduleuse de la chose d'autrui » ; en dehors de cette occurrence, il n'y est question que d'escroquerie. Cette barrière terminologique fait échec aux actions que nous tentons de mener lorsque nous sollicitons tel ou tel service pour qu'il se saisisse de nos dossiers, et ce même si nous entretenons d'excellentes relations, comme c'est le cas avec la brigade de répression de la délinquance astucieuse (BRDA) de la police judiciaire. Il faudrait que nous puissions approfondir ces relations.

Nous nous occupons également de cybercriminalité. Sur des réseaux sociaux comme Snapchat se développent des campagnes de recrutement proposant un bon plan pour frauder l'assurance, mais aussi la sécurité sociale ou EDF. Ces fraudeurs ne fonctionnent pas en silos ; ils vont partout où ils identifient une faille.

Nous nous trouvons donc à la frontière du périmètre de compétence des services régaliens ; pourquoi ne serions-nous pas formellement identifiés – par le biais d'un décret, d'une convention ou d'un quelconque moyen légal – comme un interlocuteur privilégié, afin de devenir un relais officiel entre les assureurs et les organismes sociaux, mais aussi les services de police, de gendarmerie ou des douanes ? Cela permettrait d'évoluer vers un meilleur partage des informations, dans les deux sens.

M. Pascal Brindeau, rapporteur. Au niveau européen, il y aurait un consensus pour évaluer le taux de fraude à 10 % environ des prestations ; vous êtes pour votre part plus mesurés car vous dites avoir du mal à appréhender la totalité de l'iceberg, tant la détection est compliquée. Considérez-vous que ce taux pourrait en réalité être supérieur à 10 % ?

Vous dites qu'en matière de complémentaires santé, vous êtes efficaces lorsque 3 à 5 % des prestations font l'objet d'une fraude. S'agit-il de fraudes simplement détectées, ou pour lesquelles une action pénale a été engagée ?

M. Maxence Bizien. Il s'agit de fraudes avérées, y compris celles que nous avons réussi à éviter, mais elles n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une action pénale. Le ratio de 3 à 5 % correspond aux assurances de biens et de responsabilité.

M. Pascal Brindeau, rapporteur. Vous avez par ailleurs fait état des fraudes en bande organisée, qui intéressent particulièrement notre commission d'enquête, en lien avec la fraude documentaire et l'usurpation d'identité qui se développent et permettent de mettre en œuvre d'autres fraudes. Par rapport au volume que vous avez à traiter, quelle proportion la fraude en bande organisée représente-t-elle ? Constatez-vous une augmentation, en rapport par exemple avec les réseaux sociaux qui proposent des méthodes de fraude collective ?

M. Maxence Bizien. Le chiffre de 10 % émanant du consensus européen porte sur les prestations payées ; cette estimation nous semble énorme et nous avons tendance à la minimiser. Quoi qu'il en soit, il est impossible d'atteindre la totalité de l'iceberg. Nous pensons que le potentiel de progression est plus fort en santé prévoyance et en assurance de personnes parce que le déficit de contrôle est beaucoup plus important qu'en matière de biens et de responsabilité.

S'agissant de la fraude en bande organisée, l'ALFA peut aider ponctuellement un assureur à traiter un cas particulier, mais les fraudes que nous voyons passer méritent une coordination : nous avons affaire à des fraudeurs qui agissent chez plusieurs assureurs en même temps, et ce n'est souvent que grâce à l'ALFA que l'on se rend compte qu'il s'agit d'une fraude de marché, car un assureur seul ne peut pas toujours comprendre le mécanisme qu'il subit ; c'est seulement en échangeant et en mutualisant les informations que l'on parvient à appréhender les cumuls frauduleux. Nous avons en quelque sorte un prisme déformant, et les fraudeurs que nous voyons sont soit des individus seuls qui ont largement planifié leur action, soit des bandes criminelles qui agissent de manière organisée.

Nous ne sommes pas un office de police et nous n'avons pas vocation à l'être ; nos prérogatives sont bien déterminées et nous ne voyons jamais la totalité de l'histoire. Nous finissons parfois par en avoir connaissance à l'occasion d'un jugement, comme dernièrement à Meaux avec un couple ayant déclaré de faux dégâts des eaux et de faux dégâts électriques : nous nous sommes rendu compte qu'il s'agissait d'une escroquerie plus générale, touchant également Pôle emploi et la CNAM. La vision d'ensemble n'apparaît qu'après coup, lorsque notre avocat nous rapporte ce qui s'est passé à l'audience. Certains éléments sont le signe d'une criminalité organisée, comme la qualité des faux mais aussi certains modes opératoires, notamment l'utilisation des outils informatiques – qui demande un investissement et des compétences particuliers –, et l'extraterritorialité, soit le fait d'agir en France depuis l'étranger en faisant travailler des « mules » recrutées localement.

M. Pierre Vanhoutte. On le voit également pour la fraude à l'assurance automobile, qui amène à de faux constats et à de faux blessés. Nous venons de traiter un dossier d'ampleur remontant à 2018, et renvoyant à plus de 700 sinistres : à partir d'un accident qui a pu réellement avoir lieu, on invente de faux blessés, qui n'étaient absolument pas présents dans le véhicule au moment de l'accident ; le constat qui arrive chez l'assureur évoque la présence à bord de quatre passagers, tous censés avoir souffert du coup du lapin. Certains cabinets d'avocats se spécialisent dans ces fraudes et promettent 5 000 à 7 000 euros par tête et par coup du lapin. Je ne sais pas si ce dossier comportait des ramifications extraterritoriales, mais le modèle a été dupliqué depuis le sud de la France jusqu'en région parisienne. Les fraudeurs, eux, collaborent bien entre eux et apprennent les uns des autres.

Il y a certes de plus en plus de fraude en bande organisée, mais c'est peut-être que nous la détectons mieux – il faut aussi le dire, nous ne sommes pas si mauvais... On assiste à une véritable professionnalisation de la fraude, qui utilise désormais tous les artifices possibles et imaginables : faux documents, comptes bancaires parfaitement en ordre menant par rebond vers des paradis fiscaux ou des pays sur lesquels nous n'avons aucune prise. J'ai en tête l'exemple d'un seul individu ayant effectué 732 opérations de chirurgie dentaire en dix mois ; dans le cadre du régime obligatoire, l'ensemble des organismes sociaux ont payé via le flux NOEMIE, pour une somme totale de 257 000 euros. Le compte sur lequel les prestations étaient versées était impeccable ; il servait de relais vers un autre compte localisé en Grande-Bretagne. Par bonheur, nous avons été réactifs et la BRDA, dont je salue tous les jours le travail, nous a suivis ; cette personne a été condamnée en mars 2020 par la juridiction de Bobigny à trois ans de prison dont deux fermes, et à rembourser la CPAM et les différents organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) qui étaient intervenus sur ce dossier. Grâce à notre réactivité, toute la chaîne a suivi et nous sommes parvenus à entrer en relation avec la CPAM concernée ; elle nous a affirmé que les flux étaient normaux, se gardant bien de nous dire qu'il y avait un problème de son côté, mais elle s'est ensuite empressée de remettre de l'ordre dans cette affaire et s'est constituée partie civile au procès. C'est un bon exemple de collaboration entre les services qui a permis d'aller vite et d'apporter une réponse efficace à la fraude. Heureusement, il y en a d'autres.

M. le président Patrick Hetzel. Messieurs, je vous remercie.

L'audition s'achève à dix-neuf heures quinze

Membres présents ou excusés

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

Réunion du mercredi 15 juillet 2020 à 18 heures 30

Présents. - M. Pascal Brindeau, M. Patrick Hetzel

Excusés. - Mme Josette Manin, M. Thomas Mesnier