



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

**PRINTEMPS SOCIAL DE L'ÉVALUATION :
ÉVALUATION EN CONTINU DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
*LES PROCÉDURES DE SANCTIONS ADMINISTRATIVES APPLICABLES
EN CAS DE FRAUDE AUX PRESTATIONS FAMILIALES ET DE RETRAITES***

Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sont régulièrement l'occasion de modifier les règles applicables en matière de lutte contre la fraude. L'article 98 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a notamment réformé la procédure de sanction administrative prononcée, en cas de fraude, par les directeurs de caisses d'allocations familiales (CAF) et de caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat).

Les rapporteurs, Mme Farida Amrani et M. Cyrille Isaac-Sibille, ont souhaité contrôler l'application de cette disposition en lien avec les évolutions plus générales relatives aux procédures ainsi qu'aux techniques de contrôle et de lutte contre la fraude mises en œuvre par les branches famille et vieillesse de la sécurité sociale. Le présent rapport restitue les travaux qu'ils ont menés ⁽¹⁾.

Préalablement aux auditions des administrations centrales et des caisses lors du Printemps social de l'évaluation, les rapporteurs ont entendu des collectifs de représentants des allocataires, des avocats et experts spécialisés et des associations de défense et de promotion des droits et libertés sur Internet. Ils ont également auditionné la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), plusieurs caisses locales (CAF du Rhône, CAF de l'Essonne, Caisse générale de sécurité sociale de La Réunion et Carsat de Rhône-Alpes) ainsi que la direction de la sécurité sociale.

(1) Les travaux avaient initialement été menés dans le cadre du Printemps social de l'évaluation pour 2024, qui n'a toutefois pu avoir lieu en raison de la dissolution de l'Assemblée nationale intervenue le 9 juin 2024. À sa reconstitution au début de la présente législature, la Mecss a décidé de relancer ces travaux et de les inscrire à sa programmation du Printemps social de l'évaluation pour 2025.

I. UNE MODIFICATION DE LA PROCÉDURE PRÉALABLE AU PRONONCÉ DE SANCTIONS QUI S’INSCRIT DANS LE PROLONGEMENT D’UN ENSEMBLE DE MESURES CONTRE LA FRAUDE AUX PRESTATIONS

A. La réforme de la procédure de sanction administrative des fraudes aux prestations familiales et d’assurance vieillesse, une mesure en cours de mise en œuvre par les organismes de sécurité sociale

L’article 98 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a modifié le cadre juridique de lutte contre la fraude aux prestations sociales. Entre autres mesures, il a notamment **simplifié la procédure de sanction administrative prononcée en cas de fraude par les directeurs des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d’assurance vieillesse** pour l’aligner sur celle applicable aux prestations d’assurance maladie, prévue à l’article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

La procédure propre aux organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d’assurance vieillesse était « *particulièrement lourde et peu lisible. Chacune des deux décisions du directeur [pouvait] être contestée devant le juge judiciaire (parallèlement au recours gracieux effectué auprès du directeur dans le premier cas), ce qui [était] complexe et source de confusion* » ⁽¹⁾.

Ancienne procédure applicable	Nouvelle procédure applicable
1) Envoi d’une notification des griefs reprochés et du montant envisagé de la pénalité ; 2) Possibilité d’observations écrites ou d’audition de l’assuré dans un délai d’un mois ; 3) Notification d’une première décision comportant le montant de la pénalité ; 4) Possibilité de recours gracieux, le directeur doit alors se prononcer après avis de la commission des pénalités ou des sanctions ⁽²⁾ ; 5) Avis de la commission des pénalités (sous un mois) qui propose le montant de la pénalité (si elle estime la personne responsable) ; 6) Notification de la deuxième décision du directeur sur le montant de la pénalité, susceptible de recours devant le tribunal judiciaire.	1) Envoi de la notification préalable des faits reprochés et des pénalités envisagées ; 2) Possibilité d’observations écrites ou orales auprès du directeur de l’organisme dans un délai d’un mois ; 3) Saisine de la commission des pénalités (si le directeur poursuit la procédure ou ne notifie pas à ce stade un avertissement) ; 4) Possibilité pour l’assuré d’échanger par écrit avec la commission des pénalités, ou d’être auditionné ; 5) Avis de la commission des pénalités ; 6) Notification de la décision du directeur (aucune poursuite, avertissement ou pénalité), susceptible de recours devant le tribunal judiciaire.

La mesure instituait donc une procédure plus simple, définie au nouvel article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale, avec une décision unique et définitive du directeur de l’organisme qui intervient, s’il est envisagé de prononcer une pénalité, après l’avis de la commission. La décision du directeur, qui n’est plus susceptible d’un recours gracieux, peut toujours être contestée devant le pôle social du tribunal judiciaire territorialement compétent.

(1) Fiche d’évaluation de l’article 41 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(2) La commission s’intitule « commission des pénalités » dans le réseau des CAF et « commission des sanctions administratives » dans le réseau des Carsat.

Selon la rapporteure générale de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale de l'époque, « *la suppression [du recours gracieux] s'inscrit dans le cadre du constat selon lequel **il est récurrent que, parallèlement à leur recours gracieux, après la première décision du directeur, les assurés saisissent dans le même temps le tribunal judiciaire afin de contester la même sanction, sans attendre que la procédure de recours préalable auprès du directeur de caisse ne soit achevée et sans que celle-ci soit interrompue. Or, en cas de rejet du recours gracieux, le juge devra de nouveau être saisi par la personne qui entend poursuivre sa contestation. À l'inverse, en cas d'admission du recours gracieux, des recours devenus sans objet sont la source d'encombrement des tribunaux. Il s'agit donc de n'ouvrir désormais (en une seule fois) qu'une seule et même voie de contestation à l'assuré, celle du pôle social du tribunal judiciaire territorialement compétent, qu'après la décision définitive du directeur de caisse notifiée, afin d'éviter la multiplication et l'imbrication des procédures contentieuses.*** » ⁽¹⁾

Cette mesure devait permettre de **réduire significativement la durée des procédures notamment lorsque les sanctions sont contestées par l'allocataire ou l'assuré**. Le Gouvernement estimait ainsi permettre à la branche famille **d'économiser 1,2 million d'euros par an** en supprimant la phase d'échange destinée à informer l'allocataire ou l'assuré de l'intention de prononcer une sanction à son encontre. Cette phase entraînait un coût de gestion de 50 euros pour chacune des 25 000 pénalités prononcées chaque année par les CAF. Outre la réduction de la charge administrative pour les caisses de sécurité sociale, l'objectif était également de simplifier la procédure pour les assurés en unifiant les voies de recours.

Les dispositions législatives ont été précisées par un décret du 28 décembre 2023 ⁽²⁾. **Il fixe d'abord les délais mentionnés à l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale** : la personne à laquelle les faits sont reprochés dispose d'un mois à compter de la réception de la notification pour faire part de ses observations écrites ou orales. À l'issue de ce premier délai, le directeur de caisse dispose d'un mois supplémentaire pour prendre sa décision. En cas de saisine de la commission des pénalités, celle-ci rend également son avis dans un délai d'un mois, qui peut être prorogé d'un mois supplémentaire. Une fois l'avis rendu, un mois de plus est prévu pour que le directeur prenne sa décision définitive.

Le décret prévoit ensuite des garanties affermissant le caractère contradictoire de la procédure et le droit au recours de l'assuré. Premièrement, la notification à l'assuré des faits reprochés mentionne la sanction envisagée par le directeur. Deuxièmement, l'assuré peut présenter des observations écrites ou demander à être entendu par le directeur de caisse et, en cas de saisine de la commission des pénalités, devant cette dernière. L'assuré peut se faire assister ou représenter à ces occasions. Troisièmement, les notifications des faits reprochés et de la sanction administrative retenue s'effectuent « *par tout moyen donnant date certaine à leur réception* ».

B. Une modification intervenue dans un contexte de renforcement de l'arsenal législatif et des moyens des organismes en matière de lutte contre la fraude

Cette simplification des procédures de prononcé des sanctions par les CAF et les Carsat a été votée dans un contexte **de renforcement général des prérogatives des organismes** en matière de lutte contre la fraude aux prestations sociales.

(1) Rapport (n° 339) de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, 13 octobre 2022.

(2) Décret n° 2023-1372 du 28 décembre 2023 relatif aux sanctions administratives prévues par les articles L. 114-17, L. 114-17-1 et L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale. Codifié à l'article R. 114-11 du code de la sécurité sociale.

Depuis 2008, les organismes de sécurité sociale disposent des **mêmes prérogatives que l'administration fiscale**, notamment en matière de **droit de communication de documents de la part de tiers** comme les administrations, les banques, les fournisseurs d'énergie ou les opérateurs de téléphonie. Ce droit d'information n'a eu de cesse d'être élargi par le législateur. Afin de faciliter l'identification précoce de sociétés éphémères frauduleuses, le même article 98 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a ainsi accru les échanges d'information en autorisant les greffiers des tribunaux de commerce à transmettre aux organismes sociaux les informations, recueillies dans l'exercice de leurs missions, qui laisseraient présumer des fraudes en matière de prélèvements ou de prestations. Le législateur financier social a souhaité, en 2025 et conformément aux recommandations du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), mettre en place un **mécanisme d'échange réciproque d'information entre les organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires**, lequel a toutefois été censuré par le Conseil constitutionnel comme cavalier social ⁽¹⁾.

En ce qui concerne la **branche famille**, la priorité accordée à la lutte contre la fraude a donné lieu à la création en 2021 d'un service national de lutte contre la fraude à enjeu (SNLFE). Sa mission première était de davantage cibler lesdites « fraudes à enjeux », définies comme celles susceptibles :

- d'entraîner un préjudice supérieur à dix fois la fraude moyenne ;
- d'être commises en bande organisée ;
- d'utiliser un mécanisme sophistiqué ;
- d'avoir pour conséquence l'altération du tissu social.

Selon les données de la Cnaf, le SNLFE est composé de 34 équivalent-temps-plein dont le rôle consiste à enquêter et outiller les CAF sur des schémas de fraudes indétectables dans l'activité quotidienne et départementale des CAF – fraude à la résidence, lutte contre les usurpations d'identité et les usurpations bancaires, etc.

En ce qui concerne la **branche vieillesse**, dont les enjeux en matière de fraude au regard des masses de dépenses versées sont moins prégnants que dans les branches famille ou maladie, les efforts ont été concentrés sur le contrôle et la fiabilisation de l'existence des bénéficiaires de prestations d'assurance vieillesse à l'étranger. Si des actions ont été menées en interne par la Cnav, le législateur s'est également saisi de ce sujet dès 2020 en permettant aux bénéficiaires d'une pension de retraite à l'étranger d'apporter la preuve de leur existence par des dispositifs biométriques, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ⁽²⁾. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a quant à elle prévu la généralisation de l'usage des outils biométriques à l'horizon 2028, en ménageant toutefois l'admission d'autres modes de preuve pour les personnes âgées ayant des difficultés à se déplacer ⁽³⁾.

Le bilan des dernières années montre les effets de ces initiatives. Les montants de fraudes détectées et évitées par les caisses de sécurité sociale ont ainsi augmenté, passant de **1,5 milliard d'euros en 2019 à près de 3 milliards en 2024** ⁽⁴⁾. Au sein des branches famille et vieillesse, ces montants

(1) Article 49 du projet de loi de financement de la sécurité sociale définitivement adopté. Décision n° 2025-875 DC du 28 février 2025.

(2) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(3) Article 88 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(4) Bilan 2024 de lutte contre toutes les fraudes. Les chiffres concernent à la fois la lutte contre la fraude aux prestations et celle contre la fraude aux cotisations.

représentent respectivement 450 millions d'euros (+ 20 % par rapport à 2023) et 220 millions d'euros (+ 4 %). Les cibles du SNLFE ont représenté 30 % du montant des fraudes détectées par la Cnaf⁽¹⁾.

II. La recherche d'une simplification et d'une efficacité accrue dans la lutte contre la fraude aux prestations sociales doit être conciliée avec le respect des droits des allocataires

A. Encore récente, la nouvelle procédure de prononcé des sanctions administratives semble avoir produit des effets contrastés et pourrait faire l'objet d'adaptations

Les rapporteurs notent dans un premier temps que **la prise du décret d'application est intervenue un an après l'adoption de la loi, un délai particulièrement significatif pour un dispositif qui, rappelons-le, était déjà présent dans le projet de loi initial et ne prévoyait pas d'entrée en vigueur différée**. Interrogée à ce sujet, la direction de la sécurité sociale a indiqué que cette mesure relative aux relations entre les caisses et les assurés avait été considérée moins prioritaire que d'autres portant sur des sujets à plus forts enjeux financiers (comme par exemple la lutte contre la fraude des professionnels de santé). Il en a résulté une application tardive par les caisses d'allocations familiales et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail. Les **données auxquelles les rapporteurs ont eu accès ne suffisent donc pas à apporter une évaluation définitive de la réforme**. Elles en laissent toutefois identifier les premiers effets et permettent de tirer un bilan temporaire de son appropriation par les caisses et de sa réception par les allocataires. Il apparaît que, globalement, la réforme n'a pas encore atteint les objectifs qui lui avaient été assignés.

Le premier constat que font les rapporteurs est que la **mise en place de la nouvelle procédure de prononcé des sanctions** a été mal préparée. Elle a engendré une charge de travail supplémentaire pour les caisses de sécurité sociale. Les évolutions législatives ont ainsi nécessité une modification des outils internes et l'élaboration de nouveaux modèles de courriers qui n'ont été modifiés, s'agissant des CAF, qu'au quatrième semestre 2023 – pour une mesure censée entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Dans l'intervalle, les CAF ont dû procéder à des modifications manuelles sur l'ensemble des dossiers. Ce constat a été confirmé par les caisses elles-mêmes. Il a pu susciter des incompréhensions de la part des représentants des allocataires auditionnés.

Au sein du réseau des Carsat, la Cnav considère que le déploiement de la nouvelle procédure de sanctions a conduit les caisses à effectuer un suivi des délais plus rigoureux et contraignant. Elle a toutefois rendu nécessaire pour certaines caisses de constituer des commissions des sanctions administratives (qui existaient déjà dans une partie du réseau), ce qui a induit des difficultés d'organisation et la diminution du nombre de pénalités prononcées par lesdites caisses.

Recommandation n° 1 : veiller à ce que les mesures votées par le législateur puissent être assorties de date d'entrée en vigueur compatibles avec leur mise en œuvre par les caisses de sécurité sociale, le cas échéant en prévoyant des dispositions transitoires.

Le **deuxième constat** est que les effets de la mesure sur le nombre et la nature des sanctions n'apparaît ni certain ni univoque. S'agissant de la branche famille, l'année 2024 se caractérise par une augmentation globale des pénalités, toutefois corrélée à la hausse du nombre de fraudes détectées.

(1) Annexe 6 au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de 2024.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE FRAUDES, D'AVERTISSEMENTS ET DE PÉNALITÉS DANS LE RÉSEAU DES CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Années	Fraude	Nombre d'avertissements	Nombre de pénalités	Montant de pénalités	Pénalité moyenne	Nombre de poursuites pénales	Montant préjudice
2023	46 866	11 246	30 119	25 325 574 €	841 €	3 781	374 053 996 €
2024	49 030	13 870	31 072	24 039 020 €	774 €	3 361	449 244 499 €
Variation	5%	23%	3%	-5%	-8%	-11%	20%

Source : réponses de la Cnaf au questionnaire des rapporteurs.

À titre d'exemple, la CAF du Rhône observe que la part des sanctions administratives faisant l'objet d'un recours contentieux a été multipliée par trois entre 2023 et 2024 (29 recours sur 966 sanctions prononcées). Elle attribue directement cet effet à la suppression du recours gracieux, qui était au cœur de la réforme adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Pour la branche vieillesse, la Cnav relève une relative constance du nombre des avertissements et des pénalités au cours des dernières années. Si l'on observe une forte augmentation depuis 2023, la comparaison avec les années 2021 et 2022 montre que les statistiques ne sont pas hors normes :

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'AVERTISSEMENTS ET DE PÉNALITÉS DANS LE RÉSEAU DES CAISSES D'ASSURANCE RETRAITE

Année	Pénalités	Avertissements	Indus constatés
2021	872	78	151 733 344
2022	746	153	149 774 248
2023	626	93	149 541 254
2024	695	171	156 914 085

Source : réponses de la Cnav au questionnaire des rapporteurs.

Le **troisième constat** est que la réforme n'a semble-t-il, à ce stade, pas réduit les délais entre la notification à l'allocataire de la suspicion de fraude et le prononcé éventuel d'une pénalité. La Cnaf estime même que la mesure a compliqué et allongé la procédure. Selon elle, le changement de rôle de la commission des pénalités – qui donne à présent un avis consultatif avant la décision du directeur de caisse – a été un facteur d'alourdissement. Celui-ci est accru par le choix d'avoir fixé le **montant du préjudice à partir duquel le passage devant cette commission est obligatoire à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)**, soit 15 700 euros depuis le 1^{er} janvier 2025.

Cette appréciation générale se confirme à travers les exemples de caisses interrogées par les rapporteurs. À partir de données non définitives, la CAF de l'Essonne estimait ainsi que les premières tendances ne semblaient pas conclure à une baisse de la durée des procédures.

La Cnav partage le constat selon lequel **le seuil de passage devant la commission est trop bas**, mais son appréciation de l'intérêt de la réforme est moins négative. Elle estime qu'elle a permis d'alléger la procédure de prononcé des sanctions tout en reconnaissant que celle-ci reste un facteur de complexité tant pour les assurés que pour les caisses en termes de gestion et de respect des délais.

Les rapporteurs n'ont pas non plus été en mesure d'estimer les économies de gestion engendrées par la réforme ni de les comparer aux objectifs initiaux. Une telle estimation devra être faite une fois que la nouvelle procédure aura atteint son rythme de croisière.

Si la réforme n'a pas réduit la durée de la procédure, le délai d'un mois fixé par le décret du 28 décembre 2023 entre la saisine de la commission et la production de son avis apparaît insuffisant

pour un traitement rigoureux offrant aux assurés le temps de faire valoir leurs observations. De ce point de vue, les ressentis des caisses et des représentants des allocataires se rejoignent.

Recommandation n° 2 : relever le seuil de passage devant la commission à six ou huit PMSS et envisager un seuil différent selon les branches.

Recommandation n° 3 : relever le délai entre la saisine de la commission et le rendu de son avis à trois mois.

Outre que la **mise en œuvre de la mesure est récente et qu'une période d'adaptation semble encore nécessaire**, la détermination d'un lien de causalité de la réforme avec le nombre de sanctions prononcées d'une part et l'évolution du nombre de recours contentieux d'autre part est rendue délicate par le fait que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a également prévu d'autres évolutions, comme une majoration d'indus pour préjudice frauduleux de 10 % ⁽¹⁾.

Selon le réseau des Carsat, l'augmentation du nombre de recours introduits contre les pénalités financières prononcées serait plutôt liée à la mise en œuvre de cette nouvelle indemnité qu'à la réforme de la procédure proprement dite.

En outre, l'analyse des effets de la réforme sur le nombre de contentieux est troublée par le fait que **les caisses n'assurent pas de suivi sur l'origine des recours contre leurs décisions**. Ainsi, la Cnaf ni la Cnav n'ont été en mesure de fournir aux rapporteurs une visibilité exhaustive sur la part des sanctions administratives dans le contentieux. C'est un angle mort de l'évaluation qui interdit d'apporter une réponse objective aux critiques des représentants des allocataires et des avocats spécialisés auditionnés par les rapporteurs, selon lesquels les nouveaux textes auraient eu pour conséquence directe d'augmenter le nombre de procédures juridictionnelles.

Recommandation n° 4 : développer un suivi statistique du nombre de contentieux formés à l'encontre des sanctions administratives prononcées par les caisses pour évaluer l'effet de la mesure.

B. Si la lutte contre la fraude sociale doit être une priorité, il convient d'assurer la garantie des droits des allocataires

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale évalue les enjeux financiers de la fraude à **environ 13 milliards d'euros (dont 66 % seraient le fait des professionnels)** ⁽²⁾. Au-delà du coût de la fraude, le comportement consistant à s'affranchir intentionnellement des règles de notre modèle social sape ses fondements et effrite la confiance de nos concitoyens.

L'objectif de lutte contre la fraude sociale doit être poursuivi dans le respect des droits des allocataires. Or, les travaux de la mission, ainsi que certains rapports récents, ont mis en lumière des axes de progrès en la matière.

Les associations et les avocats spécialisés ont signalé aux rapporteurs que certains allocataires voyaient leurs **prestations suspendues avant l'achèvement de la procédure de contrôle**. Interrogés par les rapporteurs, les caisses d'allocation familiales ont en effet indiqué que, dans le cadre des contrôles, le refus explicite de l'allocataire et l'absence de réponse aux demandes de fourniture des justificatifs dans un **délai de deux à six mois entraînant la suspension du versement des prestations** ⁽³⁾. Or, l'existence d'un recours face à la sanction prise par la caisse n'a pas de caractère suspensif et n'entraîne donc pas la reprise du versement des prestations jusqu'à la fin de la procédure. Même si les courriers transmis aux

(1) Article 100 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(2) HCFiPS, Lutte contre la fraude sociale, état des lieux et enjeux, juillet 2024.

(3) Délai variable entre les caisses.

allocataires auxquels les rapporteurs ont eu accès mentionnent la possibilité d'une suspension des droits en cas de non-réponse, cette situation peut mettre en difficulté les allocataires.

Sur le plan de l'équité de traitement, les associations représentant les allocataires ont appelé l'attention des rapporteurs sur les **risques liés aux nouvelles techniques de détection des fraudes à travers l'utilisation d'outils tels que les algorithmes ou le *datamining***⁽¹⁾.

L'utilisation de ces techniques par les organismes de sécurité sociale répond à un **double objectif** : d'une part, améliorer l'efficacité des contrôles en ciblant les dossiers à risque et, d'autre part, réduire l'impact financier des fraudes. Développées initialement par les caisses d'allocations familiales au début des années 2010, elles ont été progressivement étendues à l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Elles s'inscrivent ainsi dans une démarche de modernisation des outils de gestion et de contrôle, visant à optimiser les capacités de détection des fraudes.

Selon le HCFiPS, ces **dispositifs ont eu des résultats concrets dans la lutte contre la fraude**. Ils ont permis un meilleur rendement des contrôles et la détection de fraudes d'ampleur, inconnues jusque-là ou ardues à identifier par des méthodes traditionnelles. Par exemple, les données recueillies par la CAF du Rhône indiquent que les volumes de contrôles ont baissé de 50,6 % entre 2021 et 2024, alors que l'impact financier total (16 % de rappels et 84 % d'indus) progressait sur la même période de 39,4 %. Ces performances traduisent l'efficacité de ces outils, tant en matière de ciblage des dossiers que de rapidité d'action.

Toutefois, ces **résultats sont à mettre en regard des inquiétudes et critiques qu'ils suscitent**. Plusieurs acteurs, au premier rang desquels le Défenseur des droits⁽²⁾, la presse spécialisée, mais aussi des associations d'usagers auditionnés par les rapporteurs tels que le collectif « Changer de cap » et La Quadrature du Net, ont alerté sur les risques de biais discriminatoires et de discriminations indirectes liés à l'usage de ces technologies. En permettant de cibler des « dossiers à risque » sur la base d'analyses massives de données, ces outils, lorsqu'ils ne sont pas encadrés, peuvent conduire à des politiques de contrôle différenciées selon la situation des allocataires sans que les critères fondant cette différenciation soient nécessairement justifiés ou objectifs. Dans son rapport précité, le HCFiPS souligne que ces critiques concernent particulièrement l'opacité des algorithmes et le manque de garanties sur leur neutralité, qui pourraient fragiliser le principe d'égalité d'accès aux prestations. Ces préoccupations rejoignent les mises en garde du Défenseur des droits sur la nécessité de préserver les droits fondamentaux des allocataires face à des traitements automatisés.

Face à ces enjeux, le HCFiPS a **formulé plusieurs recommandations**. Il préconise la mise en place **d'indicateurs de suivi de la part des contrôles effectués à partir d'algorithmes et leur efficacité**. Il recommande également le **recours à des audits indépendants et à des comités d'éthique chargés d'évaluer la conception et l'utilisation de ces outils**. Enfin, le Haut Conseil appelle à une **meilleure formation des agents aux risques liés à l'intelligence artificielle** et à la mise en place d'un pilotage national des usages des algorithmes, garant de la transparence et de la confiance des usagers.

Si le recours à ces outils dans la lutte contre la fraude aux prestations ne fait pas consensus, les rapporteurs estiment primordial que celle-ci fasse au moins l'objet de débats ouverts et transparents associant les représentants des allocataires. Or, force est de constater que, par le passé, ces techniques

(1) Défini comme la technique consistant à explorer et analyser des volumes massifs de données au travers d'algorithmes de telle sorte que soient mises en exergue d'éventuelles corrélations significatives entre les données observées.

(2) Voir par exemple Défenseur des droits et Cnil, Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations, 2020 ou plus récemment Défenseure des droits, Algorithmes, systèmes d'IA et services publics : quels droits pour les usagers ? Points de vigilance et recommandations, 2024.

présentées comme des simples outils de gestion ont été développés de façon expérimentale par les caisses sans faire l'objet de débats publics ni d'encadrement suffisant par le législateur.

De ce point de vue, les travaux engagés par la Cnaf depuis 2024 en matière d'encadrement, de transparence et de gouvernance des usages de données et d'algorithmes témoignent d'une prise de conscience de l'importance de ces sujets. Au-delà de la publication d'une charte éthique sur l'usage des algorithmes et de l'intelligence artificielle, l'installation d'un comité d'éthique intégrant des experts et des représentants associatifs d'usagers, le 20 mars 2025, est une avancée ⁽¹⁾. Les rapporteurs seront cependant vigilants quant à la réalité et la sincérité de la démarche entreprise.

Recommandation n° 5 : créer, dans chaque branche de la sécurité sociale, un comité d'éthique et de transparence sur les outils de traitement des données, qui associe les représentants des allocataires et des parlementaires.

Rejoignant en cela les recommandations du Haut Conseil du financement de la protection sociale dans son rapport de juillet 2024, les rapporteurs estiment nécessaire de tirer les conséquences juridiques de la loi dite « Essoc » dans les textes où cela n'a pas été fait. En effet, en introduisant la notion de bonne foi dans la législation applicable en matière sociale, la loi « Essoc » a entendu clarifier la différence entre ce qui relève de l'erreur et ce qui relève de la fraude ⁽²⁾. Pourtant, de l'aveu même des caisses, rien ne définit précisément ce qu'est la fraude. Le rapport du HCFiPS préconise ces ajustements pour « *éviter toute ambiguïté sur ces sujets très sensibles* » ⁽³⁾.

Pour établir la fraude, les caisses recherchent trois éléments :

- l'élément légal : un texte doit prévoir et réprimer l'acte frauduleux ;
- l'élément matériel : des éléments de preuves doivent corroborer la réalité de l'infraction commise ;
- l'élément moral : la conscience de commettre une infraction et de ses conséquences sur le versement indu des prestations doit être établie.

Plusieurs personnes auditionnées ont mis en évidence la **difficulté qui pouvait s'attacher à la caractérisation de l'intentionnalité**. La frontière est parfois floue entre l'acte frauduleux et certaines pratiques qui relèvent davantage d'une forme « d'optimisation sociale » comme cela existe en matière fiscale, voire de ce que la Cnaf a appelé la « fraude de survie ». De plus, comme cela est régulièrement relevé non seulement par les allocataires et les associations mais également par les pouvoirs publics, la **complexité des normes et des processus déclaratifs alimente les erreurs de la part des allocataires**. Pour les prestations soumises à condition de ressources telles que le RSA, le raffinement des informations demandées ainsi que la périodicité de mise à jour desdites informations (trimestrielle ou annuelle) poursuit certes l'objectif de s'assurer que les prestations relevant de la solidarité nationale soient versées à ceux qui en ont le plus besoin ; mais elle contribue à multiplier les risques d'erreurs du fait des allocataires en amont du versement de la prestation, mais également des agents des caisses en aval, au moment du contrôle.

Cette difficulté suscite également des interrogations de la part des allocataires et de leurs représentants sur **l'utilisation de la caractérisation de fraude comme outil procédural au détriment des**

(1) Selon la Cnaf, la première réunion de ce comité se tiendra le 17 juin 2025 et portera sur l'examen du nouveau modèle de datamining en cours de construction.

(2) Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

(3) HCFiPS, rapport précité, p. 12.

allocataires. En effet, en matière de prestations familiales par exemple, le fait de qualifier un indu de frauduleux emporte trois conséquences principales :

– l'impossibilité d'accorder une remise de dette en application de l'article L. 553-2 du code de la sécurité sociale ;

– la majoration des mensualités de récupération échelonnées des indus d'origine frauduleuse (même article L. 553-2) ;

– l'augmentation de la prescription de la créance à cinq ans contre deux ans en cas d'indu non frauduleux (article L. 553-1 du même code).

Selon les représentants des allocataires, certaines caisses auraient recours de longue date à une qualification systématique de fraude pour faciliter la récupération des indus. Les éléments fournis aux rapporteurs ne permettent toutefois pas d'étayer la persistance de telles pratiques.

Clarifier ce qui relève de la fraude et de l'erreur de bonne foi contribuerait également à **réduire les différences de pratiques entre caisses de sécurité sociale** qui sont un des éléments souvent mis en avant par les allocataires et leurs représentants. Interrogée sur ces différences entre CAF et les risques qu'elles faisaient peser sur le traitement équitable des allocataires, la Cnaf a indiqué que, si une certaine marge d'appréciation était laissée aux caisses dans la qualification et la sanction des fraudes, celle-ci était encadrée **par un barème national** opposable en matière de sanction des fraudes, communiqué à l'ensemble des caisses, et par un mémento d'aide à la qualification des fraudes. Elle a également renvoyé aux conseils départementaux une partie de la responsabilité des écarts d'appréciation s'agissant de la fraude au RSA.

La Cnav a aussi mis en place des **outils permettant d'homogénéiser les pratiques entre Carsat** : elle a diffusé une charte de contrôle accessible en ligne détaillant les droits et devoirs des allocataires et des contrôleurs ; elle a également élaboré un barème national des pénalités financières. La Cnav assume toutefois de **laisser une marge d'appréciation aux directeurs de caisse**, tant sur l'opportunité de la sanction que sur le montant des pénalités prononcées.

Cette homogénéisation doit être un objectif constant et concerner aussi bien la nature et l'ampleur des décisions prises que les relations entre le public et les caisses de sécurité sociale.

Recommandation n° 6 : Tirer les conséquences juridiques de la loi « Essoc » pour distinguer erreur et fraude dans la législation sociale de façon cohérente entre branches. En tirer les conséquences sur le régime des pénalités (HCFiPS).

La lutte contre la fraude sociale est une priorité des pouvoirs publics depuis plusieurs années. Outre les enjeux qu'elle revêt en termes de rendement budgétaire, elle se justifie par les conséquences néfastes qu'induisent les comportements frauduleux sur la confiance dans notre modèle social. Si la présente mission portait spécifiquement sur une mesure relative au prononcé des sanctions administratives dans la lutte contre la fraude aux prestations, abstraction ne doit pas être faite des enjeux de la fraude aux cotisations sociales. Enfin, les rapporteurs rappellent que cette lutte doit s'inscrire dans l'objectif plus large de permettre un versement des prestations à juste droit qui implique également de réduire le non-recours. À ce titre, ils seront vigilants aux premiers résultats de la généralisation de la « solidarité à la source », effective depuis le 1^{er} mars dernier. Ce chantier de longue haleine doit mobiliser l'ensemble de la Nation.