

Le dossier noir de la fraude sociale

Assistanat

En France, les arnaques aux prestations sociales sont, pour certains, un sport national. Voyage au pays de la fraude, qui coûterait chaque année entre 20 et 30 milliards d'euros à l'État.

20 Arrêts maladie :
"Vous voulez combien ?"

22 Dominique Tian :
"On pourrait récupérer
10 à 15 milliards d'euros"

Dossier coordonné par Josée Pochat



Cartes Vitale utilisées par plusieurs personnes, sans vrai contrôle, trafic de médicaments, arrêts maladie de complaisance, faux chômeurs, fraudes massives aux aides au logement, au RSA, aux aides au parent isolé. Chaque prestation sociale engendre ses fraudeurs. Le triste bilan de la fraude aux allocations sociales est estimé à 5 milliards d'euros (1 % des montants versés) chaque année, selon Dominique Tian, l'auteur du rapport parlementaire consacré à ce sujet (*lire interview page 22*), et à 20 milliards si l'on inclut le coût du travail non déclaré. Mais ces chiffres seraient en réalité bien en dessous de la vérité. La fraude sociale, hors travail au noir, en France, se situerait plutôt entre 10 et 15 milliards chaque année, soit 2 à 3 % du montant total des aides versées. Ce sont les pourcentages de la fraude dans les pays – de plus en plus nombreux – où le versement des prestations est réellement contrôlé.

Les cartes biométriques sécurisées délivrées avec autant de sérieux que

les cartes d'identité ou les passeports sont un puissant moyen d'éradiquer la fraude. Dans certains pays, la carte d'assuré social devient même un papier d'identité à part entière, au même titre qu'un autre. En France, le principe du contrôle reste tabou. Bien sûr, il y a quelques petits progrès. Chaque année, la loi de financement de la Sécurité sociale étoffe les dispositifs de lutte contre la fraude. Depuis

Avec l'aide médicale de l'État, on a ouvert la voie à un véritable tourisme social, qui coûte 600 millions d'euros par an.

2007, les resquilleurs peuvent être pénalisés à hauteur de la gravité des faits reprochés et, lorsque le préjudice dépasse 12 000 euros, il y a dépôt de plainte avec constitution de partie civile auprès du procureur de la République. De même, un répertoire commun de la protection sociale recense l'ensemble des allocataires bénéfi-

ciant de prestations. Des recoupements permettent, ici aussi, de détecter des fraudeurs.

La technique informatique du *data mining*, généralisée depuis 2012 dans la lutte contre les fraudes aux allocations familiales, permet de lancer des vérifications non plus au hasard mais en fonction du profil des fraudeurs. Et ça marche ! En 2010, la Caf avait pointé 90 millions d'allocations indûment versées, 110 millions en 2012. Quand on cherche, on trouve, mais les mailles du filet restent bien espacées. Et l'État est complice.

En 2000, le gouvernement Jospin a institué l'AME, l'aide médicale de l'État, ouvrant la gratuité des soins à tous les étrangers en situation irrégulière et sans ressources, à condition que leur pronostic vital soit engagé. Avait-on vu des étrangers mourir dans le caniveau, faute de soins, jetés d'un hôpital français ou d'un cabinet médical, faute de papiers, avant cette loi ? Évidemment non. Mais en légiférant,

Dix millions de cartes Vitale en trop circulent en France, pointée comme le pays champion du monde du trafic de médicaments.



BERACASSA/ONLY FRANCE/AFIP

tiers payant chez les médecins généralistes. Les consultations seraient directement réglées par la Sécurité sociale et les mutuelles, sans que les patients aient un euro à déboursier. Une gratuité qui poussera à la surconsommation médicale, de l'avis de nombreux spécialistes, médecins compris.

Du RSA aux faux chômeurs, voyage au pays des fraudeurs.

Le RSA en tête du hit-parade de la fraude

90 millions de fraude aux allocations familiales découverts en 2010, 100 millions en 2011, 110 millions en 2012. Quand l'État se décide à traquer les fraudeurs, ça marche ! Premier pas, un fichier national unique a été constitué, fin 2006, permettant de croiser les données de l'ensemble des Caf. Ensuite, le fisc et les administrations sociales ont échangé leurs informations et les Caf ont eu accès au fichier des comptes bancaires (Ficoba), afin de vérifier les mouvements d'argent.

Le *data mining* permet de mieux cibler les fraudeurs. Il s'agit, sur la base d'une analyse informatique, de mieux orienter les contrôles en déterminant les dossiers à risque. Avant ciblage, 100 contrôles débouchaient sur 39 détections de fraude. Actuellement, 52 % des dossiers contrôlés s'avèrent être de faux allocataires. Mais le processus n'en est qu'à ses débuts.

Le RSA reste le dispositif qui concentre le plus de tricheurs : plus de 800 millions de trop-perçus en 2012 !

Sans compter tous ceux qui sont passés à travers les mailles du filet. 60 % des fraudes portent sur les minima sociaux (dont 37 % sur le RSA), 25 % sur les aides au logement et 14 % sur les prestations familiales. Les deux tiers concernent des allocataires qui n'ont pas déclaré leurs ressources, un quart des dissimulations de concubinage et 8 % l'usage de faux documents.

Le cas d'école, connu des services sociaux, concerne la femme seule qui touche diverses allocations, parent isolé, logement... en déclarant élever seule cinq enfants, de pères inconnus. Vérification faite, on s'aperçoit qu'il y a bien un père, présent au domicile. Les spécialistes estiment que seuls 10 % des fraudes sont détectés. Il reste beaucoup à faire... Les Caf sont loin de contrôler tous les dossiers. Et pour cause. Leurs 600 agents, répartis dans 123 caisses, devraient vérifier plusieurs dizaines de millions d'allocataires.

Arnaque aux mutuelles

Ray-Ban, Dior, Chanel, Vuarnet, Prada ? Choisissez votre paire de lunettes de soleil, elle est gratuite, prise en charge par le forfait optique de votre mutuelle. L'arnaque est archiconnue. Tellement passée dans les mœurs que les assurés n'ont même pas le sentiment de frauder. « J'ai droit à un forfait optique de 500 euros par an, déclarait, candide, une jeune femme, alors je peux m'offrir une jolie paire de lunettes de soleil tous les ans, en plus de mes lunettes de vue. »

on a, avec l'AME, ouvert la voie à un véritable tourisme médical. Et ça continue.

Marisol Touraine, la ministre de la Santé, veut généraliser d'ici à 2017 le

Clandestins Les incroyables dérives des subventions d'État

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif mis en place en 2000 par le gouvernement Jospin. À l'origine, il s'agissait de permettre à un étranger sans ressources et en situation irrégulière d'être pris en charge par la Sécurité sociale sans avancer les frais médicaux, en cas de maladie grave, quand l'absence de soins immédiats risquait de mettre sa vie en danger. Mais l'AME a été aussi peu contrôlée que le reste des prestations sociales françaises... En dix ans, son nombre de bénéficiaires devait augmenter de 188 %, concernant quelque 220 000 étrangers, pour un coût de 600 millions d'euros par an, multiplié quasiment

par dix – 75 millions d'euros en 2000. Surtout, les soins dispensés n'avaient plus rien à voir avec des soins d'extrême urgence. Étaient également prises en charge les cures thermales, la procréation médicalement assistée... jusqu'à ce que le gouvernement Fillon supprime ces deux catégories. Un forfait annuel de 30 euros pour les ayants droit avait également été institué, supprimé, depuis, par le gouvernement Ayrault. Les témoignages de médecins sont édifiants. Un dentiste parle d'un patient qui voulait se faire retirer quatre dents saines. Dans son dossier, il découvrit la prescription d'un traitement d'orthodontie (4 000 euros)

pour que les dents de ce patient soient réalignées. Un dermatologue raconte encore l'histoire d'une femme qui vient faire soigner ses varicosités en France ; d'une autre qui vient effectuer un bilan complet tous les six mois. Une patiente, pour prouver qu'elle n'a pas les moyens de payer, montre son forfait de portable à 5 euros. Cela suffira à prouver qu'elle n'a pas de ressources. La gratuité pousse à la consommation, notent les médecins. Et le système est dévoyé. En se constituant un dossier médical le plus lourd possible, les étrangers en situation irrégulière doublent leurs chances de réussir à se faire régulariser ! J. P.

Les mutuelles sont bien évidemment au courant, et surtout pas décidées à mettre fin à cette pratique aussi connue que répandue. Tout simplement parce que c'est grâce à la générosité du montant de leur forfait optique qu'elles se font concurrence pour attirer des clients. Un ophtalmologue complaisant établit une ordonnance, l'assuré achète ses lunettes de soleil, déclarées par l'opticien à la mutuelle comme des lunettes correctrices et remboursées par cette dernière. L'opération n'est pas si gratuite, puisque répercutée sur le montant des cotisations payées par les entreprises et les assurés.

Parfois, le système dérape. Ainsi à Marseille, où l'on a découvert un réseau au sein des agents de la RTM (Régie des transports de Marseille). Celle-ci a porté plainte après avoir découvert une augmentation massive des dépenses d'optique de ses salariés. La dérive a été estimée à 500 000 euros par an.

Première victime, la Mutuelle France-Sud, auprès de qui la RTM avait souscrit une assurance pour ses 3 300 agents. On avait été jusqu'à facturer trois paires de lunettes à des enfants qui n'en portaient pas... Dans un premier temps, alors qu'opticiens

et ophtalmologues complices étaient repérés, l'affaire s'est soldée par un non-lieu !

Faux chômeurs

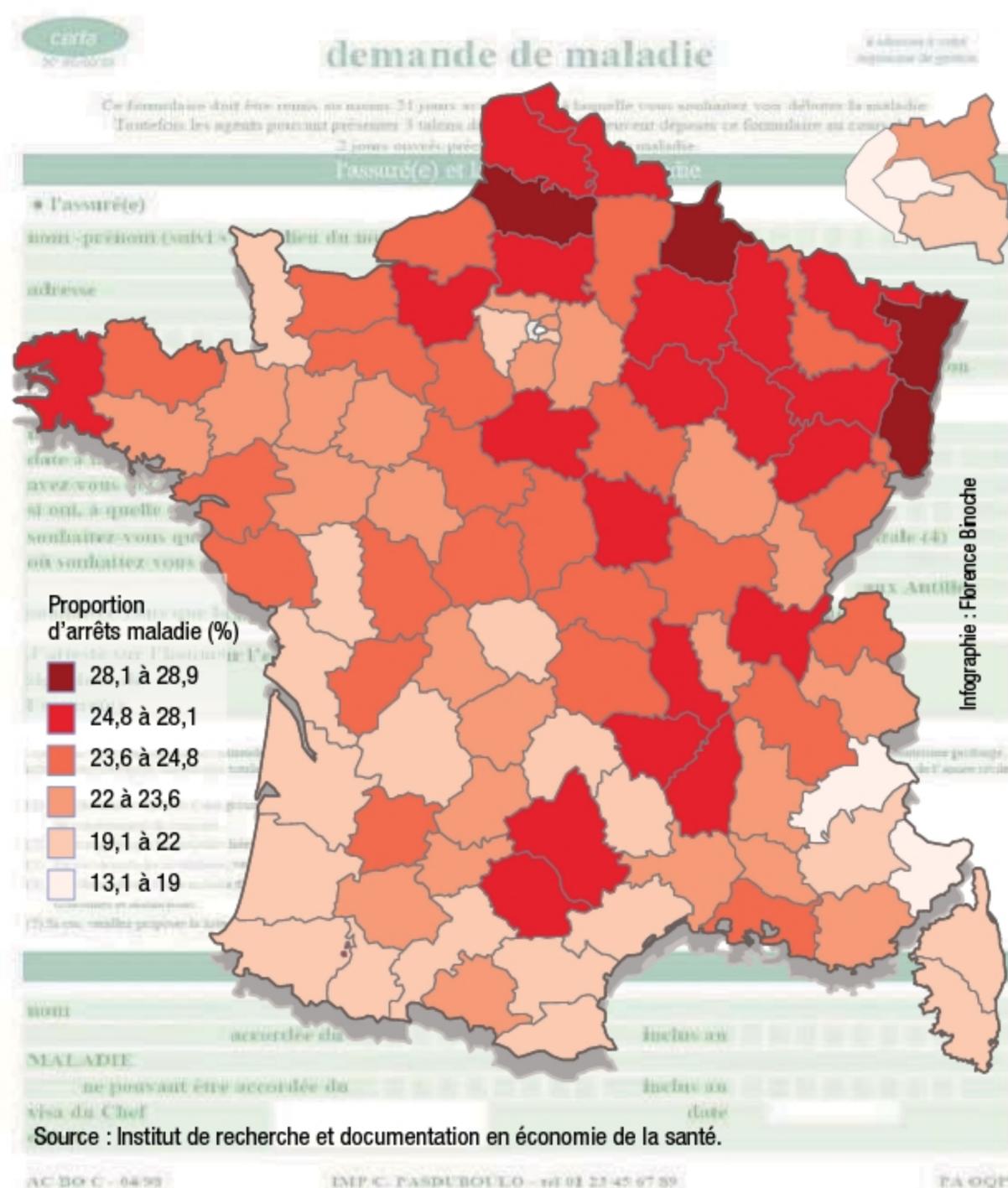
Certains faits divers évitent les longs discours. Comme celui-ci. On a appris, il y a quelques jours, qu'un ministre du gouvernement bulgare, Ivan Danov, avait escroqué l'Assedic française de près de 15 000 euros en 2004 et 2005. En 2003, l'homme fait un séjour en France où il est embauché dans un cabinet d'architectes puis licencié en juin 2004. Inscription à l'ANPE, avant de retourner immédiatement en Bulgarie où, selon sa biographie, il reprend un poste à l'université de Sofia et fonde deux bureaux d'études et d'architecture. Cela ne l'a jamais empêché de toucher ses allocations.

Quelques années plus tard, en 2012, dans la région Midi-Pyrénées, un procureur s'emporte face à un couple : « *La France n'en peut plus de crouler sous les fraudeurs. Avant de prétendre à un assistantat social, on a des devoirs. Vous avez deux escrocs face à vous. Un couple qui opère en même temps. Il coule le système social français.* » Le couple en question : Bernadette, aide-soignante, 50 ans, et Patrice, 56 ans, éducateur à l'Armée du salut, poursuivis pour perception frauduleuse d'allocations chômage. Plus de 28 000 euros au total. Leur défense : « *Nous ne savions pas qu'il fallait avertir Pôle emploi que nous avions un travail.* » Fureur du procureur : qu'apprend Patrice, éducateur, aux jeunes dont il est responsable ? Réponse de l'intéressé : « *On forme les jeunes de 14 à 21 ans aux valeurs de la société. On leur apprend le respect, la justice, la paix, l'égalité, l'honnêteté et le travail.* »

Les cas typiques les plus fréquents de fraude aux indemnités chômage sont au nombre de quatre, répertoriés depuis longtemps : résider à l'étranger sans le déclarer pour percevoir les allocations, travailler au noir et rester inscrit à Pôle emploi, ne pas déclarer une reprise de travail et continuer à percevoir ses allocations, ou toucher le chômage tout en étant gérant de société.

Le travail du corps des 113 inspecteurs de la fraude à Pôle emploi porte malgré tout ses fruits. En 2011, 32 mil-

LA CARTE DE FRANCE DES ARRÊTS MALADIE



La proportion de salariés ayant eu au moins un arrêt maladie dans l'année varie de 13 % dans les Hautes-Alpes à 28 % dans les Ardennes. Le très sérieux Institut de recherche et documentation en économie de la santé, face aux disparités géographiques des arrêts maladie, reconnaissait, dans une étude de 2005, qu'un "département à densité médicale élevée renforce la concurrence entre médecins, ce qui peut augmenter leurs prescriptions vis-à-vis de leurs patients, leur rémunération dépendant du nombre de patients qu'ils suivent ou des actes qu'ils réalisent".



lions d'euros ont ainsi été récupérés, deux fois plus que l'année précédente. Près de 3 800 cas de fraude ont été débusqués. Un tiers concernait des escroqueries liées à la non-déclaration de périodes d'emploi, 15 % à des emplois fictifs avec de fausses déclarations d'employeur, 7 % à des fraudes liées à des changements de situation non déclarés...

Quand les morts continuent à toucher leur retraite

L'affaire a défrayé la chronique. Fin août dernier, on a découvert qu'un habitant de Montpellier, récemment décédé, avait caché plus de 150 000 euros en liquide sous son canapé-lit. Il s'agissait de la pension de retraite de son père, mort en Algérie en 1998.

Absentéisme L'Île-de-France championne !

Les 10 400 fonctionnaires de la région Île-de-France, dirigée par le socialiste Jean-Paul Huchon, battent tous les records, avec une absence moyenne de 30,5 jours par an et par agent. Ils ont même totalisé 34 jours de maladie en 2010. Et encore, ce chiffre est sous-estimé, note le rapport de la Cour des comptes qui les accable. Il ne tient pas compte des autorisations exceptionnelles d'absence pour garde d'enfant malade, naissance, déménagement, mariage, décès... Dans certains lycées, « la moyenne des absences dépasse 45 jours par an, soit

près du quart du temps de travail des agents techniques des lycées », souligne la chambre régionale des comptes. Le plus sidérant, c'est l'évolution des absences. Le chiffre est en augmentation de 140 % entre 2003 et 2011. Il y a dix ans, elles n'atteignaient que 13 jours par an, soit l'équivalent de la moyenne des congés maladie dans le privé. Le coût de cet absentéisme est évalué à plus de 40 millions d'euros par an et a atteint presque 11 % des charges de personnel de la région en 2011, avec 318 000 jours d'arrêt... J. P.

À côté du magot, une carte Vitale et une carte bancaire en cours de validité au nom du père. Chaque mois, depuis le décès, le fils allait retirer la pension du disparu en liquide. L'histoire se termine toutefois sur une note positive. Les trois sœurs du fraudeur ont prévenu la police et restitué l'argent détourné.

L'affaire des retraites ainsi versées en Algérie à des pensionnés qui ne meurent jamais est bien connue. La plaisanterie d'un conseiller de la Cour des comptes, à ce sujet, est entrée dans les annales : il expliquait que les progrès de la médecine étaient tels, en Algérie, qu'il y avait plus de centaines que dans l'ensemble de l'Afrique.

Les fraudes à la retraite dépassent largement ce cadre. Pendant des années, on se contentait de déclarations sur l'honneur pour retracer les carrières. Il suffisait de déclarer que l'on avait commencé à travailler très jeune, dans une entreprise depuis disparue, et que les bulletins de salaire avaient été égarés, pour que les trimestres soient validés. ●

► Arrêts maladie : “Vous voulez combien ?”

Abus

Les arrêts maladie coûtent chaque année près de 7 milliards à la Sécurité sociale. Les abus – nombreux – sont connus, les contrôles peu efficaces. Trois de nos quatre reporters – tous en parfaite santé – ont obtenu un arrêt maladie en quelques minutes.

Tout le monde le sait, certains en abusent : en France, il est extrêmement facile de trouver un médecin complaisant prêt à vous délivrer un arrêt maladie. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Les champions des arrêts maladie travaillent dans les conseils régionaux : vingt-neuf jours d'arrêts par an, pour une moyenne de vingt-deux jours dans la fonction publique territoriale, contre quatorze dans le secteur privé.

La carte de France des arrêts maladie (voir page 17) est moins connue. Outre le métier que l'on pratique, la maladie frapperait différemment selon que l'on habite un département ou un autre ! « En réalité, quand on regarde ces disparités à la loupe, on s'aperçoit que plus les médecins sont nombreux sur un territoire, plus ils délivrent d'arrêts, explique Bérengère Poletti, députée UMP des Ardennes, auteur d'un rapport parlementaire sur les arrêts de travail, en avril 2013. Dans les zones parfois qualifiées de déserts médicaux, se faire arrêter est visiblement bien plus compliqué. » Conclusion : plus les médecins sont nombreux, plus la concurrence est vive pour assurer sa clientèle et moins on est regardant sur l'état de santé réel d'un patient avant de lui délivrer un arrêt de travail.

Très intéressant, le rapport Poletti nous apprend que le coût annuel des indemnités journalières avoisine 10 milliards d'euros dans le privé... et est inconnu en ce qui concerne le secteur public. L'État, quoi qu'il arrive, continue de verser le salaire de ses

fonctionnaires malades, sans savoir exactement ce qu'il lui en coûte. Les arrêts de complaisance ? L'assurance maladie indique avoir réalisé 2,3 millions de contrôles en 2012, sur dossier ou après examen de l'assuré, conduisant à 12 % d'avis défavorables. Petit problème : seuls les arrêts de plus d'une semaine peuvent être contrôlés. C'est le délai entre le moment où le médecin signe l'arrêt de travail et celui de sa réception par la caisse primaire d'assurance maladie.

Le problème grossit lorsque l'on apprend que 76 % des arrêts sont justement de courte durée et que cette catégorie concentre à l'évidence la majorité des arrêts de complaisance. À Bayonne (Pyrénées-Atlantiques), un observatoire local des indemnités journalières avait été expérimenté, pour identifier les caractéristiques des arrêts maladie. On a alors noté des pics au moment de l'ouverture de la chasse à la palombe et avant les grands matchs de rugby, sport ô combien apprécié dans la région !

Les 76% d'arrêts maladie de courte durée – les plus sujets aux fraudes – ne peuvent être contrôlés.

Bérengère Poletti préconisait, lorsqu'elle a rendu son rapport public, de généraliser ce que l'on appelle “l'avis d'arrêt de travail en cinq clics”, un système de transmission informatique mis au point par la Caisse nationale d'assurance maladie permettant aux médecins d'envoyer directement l'avis d'arrêt de travail à la caisse. Ce système existe, mais seuls 10 % des praticiens y ont recours. Le rapport Poletti a fait l'objet de quelques articles de presse lors de sa sortie. On est passé très vite à autre chose. Et tout est resté en l'état.

Le jour de carence dans la fonction publique, institué à partir du 1^{er} janvier 2012 par le gouvernement Fillon (pre-

mier jour d'arrêt maladie non payé), devrait être aboli dans la loi de finances 2014. Gilles Carrez, le président UMP de la commission des finances de l'Assemblée, avait réussi à obtenir un chiffre : ce jour de carence avait immédiatement provoqué une diminution de 7 % des arrêts maladie dans la fonction publique hospitalière. Pour les autres catégories de fonctionnaires, l'État s'est bien gardé de communiquer les chiffres. Afin de juger sur pièces de la facilité (ou de la difficulté) à obtenir un arrêt de travail, nous avons envoyé quatre journalistes chez des médecins choisis au hasard, dans l'annuaire.

J. P.

Dix jours, pour commencer

La salle d'attente est bondée. Le soir, pas de prise de rendez-vous : premier arrivé, premier servi. Six personnes attendent déjà lorsque j'arrive. Une heure plus tard, c'est à mon tour. « Bonjour, docteur... » Après une poignée de main, je m'assois au bureau de cette vaste salle aux lumières tamisées. « Qu'est-ce qui vous amène ? », me demande le médecin. Je le trouve un peu froid, son regard sévère ne présage rien de bon. « Je ne me sens pas très bien en ce moment... J'ai l'impression que je vais craquer. Je suis à bout... », dis-je d'un air abattu.

Les larmes aux yeux, j'enchaîne. « Je travaille pour un quotidien. Mon patron exige beaucoup de moi : “Fais ci, fais ça. Dépêche-toi, c'est bientôt le bouclage.” Je n'en peux plus ! Je n'arrive plus à m'endormir le soir, le matin, au réveil, j'ai cette boule au ventre avant de partir... » Il me demande depuis combien de temps je travaille. « Depuis quelques mois déjà. » Est-ce que j'ai pris des vacances cet été ? Oui, mais seulement une, deux semaines... « C'est la première fois que je vous vois, non ? » En effet. « Donnez-moi votre carte Vitale, s'il vous plaît. » Je cherche partout dans mon sac. Non, je ne l'ai pas, je suis désolée... Je donne mon nom, mon prénom et mon âge. Mon absence de carte Vitale ne l'a pas étonné, le fait que je l'ai choisi pour me confier sans jamais l'avoir vu non plus.

La conversation est rapide, le médecin peu curieux. Son visage est maintenant bien plus ouvert : « Je pense que je vais vous faire un arrêt de travail, sinon vous allez craquer définitivement. Je vais vous prescrire dix jours

Nos journalistes n'ont pas eu besoin de plus de dix minutes pour obtenir un arrêt maladie.



de repos, afin que vous puissiez déjà retrouver le sommeil. » D'un air angoissé, je glisse un léger « merci, je pense en avoir bien besoin... »

Il ajoute qu'il n'est pas question de me mettre sous calmants. « Vous êtes bien trop jeune pour commencer avec ce genre de médicament. » Il me prescrit malgré tout un médicament à base de plantes, pour mes « troubles du sommeil ». Je dois revenir le voir, dans dix jours, pour « refaire le point ».

Des conseils, mais pas d'arrêt

« Je n'en peux plus, je ne vais pas tarder à craquer. » Un scénario bien rodé et une attitude travaillée, je suis plutôt fière de mon entrée en matière. Mais devant ma mine abattue, le médecin se refuse à tomber dans le pathos. Com-

mence alors de sa part un vrai travail de recherche sur les symptômes : « Pouvez-vous me décrire votre stress ? », « Vous sentez-vous comme avant un examen ? », « Comment se caractérisent vos crises d'angoisse dans les transports ? », « Depuis quand avez-vous perdu le sommeil ? », « Avez-vous des maux de tête régulièrement ? », me questionne-t-il. Après avoir répondu avec le plus de précision possible, nous parlons de mes conditions de travail. Je lui explique que j'ai les yeux rivés sur mon écran d'ordinateur, que mes horaires sont impossibles et que l'ambiance au sein de mon équipe est exécrable.

Petit à petit, il n'est plus question de médecine. Tour à tour psychologue, coach sportif et conseiller d'orientation, nous parlons désormais

de la vie en général, de mes attentes vis-à-vis de mon travail, des règles basiques à respecter pour améliorer sa qualité de vie. Après m'avoir montré quelques exercices de relaxation et m'avoir prescrit des médicaments pour m'aider à retrouver le sommeil et à canaliser mon stress, il m'aide à verbaliser ce qui ne va pas dans mon travail et à définir ce que je recherche. L'objectif : arriver à dire à mon supérieur hiérarchique ce que je pense et, le cas échéant, chercher un nouveau travail qui me correspond. Au bout d'une heure, la consultation se termine sur ces mots : « Si, dans une semaine ou deux, il n'y a pas d'amélioration, revenez me voir et nous trouverons autre chose. »

Finalement, je repars sans arrêt maladie mais avec des solutions concrètes pour faire face à mes « problèmes » sur le long terme.

Dix minutes, montre en main

Dix minutes pour obtenir un arrêt de travail, avec une lombalgie aiguë imaginaire. Pour tromper le médecin, je marche d'un pas prudent, penché en avant, le visage crispé. Quand celui-ci me demande l'origine du mal, je réponds : « J'ai ressenti, hier soir, une vive douleur dans le bas du dos, alors que je soulevais un carton de livres en déménageant ma bibliothèque. » Le tour est joué. Un examen rapide du rachis et une mesure de la distance entre le bout de mes doigts et le sol ont suffi. Une prescription médicale et un arrêt de travail de trois jours : j'aurais pu profiter d'un week-end prolongé.

Surmenée au bout d'un mois

« Je fais un stage, je suis surmenée, je suis stressée, le rythme est soutenu, la pression intense, je fatigue vite, alors que j'ai commencé il y a seulement un mois. Encore cinq mois à tenir ! » Mes symptômes ? Petite toux, rhume, mal au dos, troubles du sommeil... Le médecin m'ausculte, nous discutons. Nous réalisons que nous aimons tous deux la voile : nous comparons les courants de la Bretagne et de la Méditerranée. Quelques anecdotes plus tard, nous revenons à ce qui m'amène, mon « surmenage » : ce médecin compatissant m'offre trois jours d'arrêt. ●

Aude de Francqueville,
Sarah Hübsch, Agnès Pinard Legry
et Amaury Brelet ▶

► “On pourrait récupérer 10 à 15 milliards d’euros”

Entretien

Allocations détournées, contrôles quasi inexistantes, gabegie, **Dominique Tian**, député UMP des Bouches-du-Rhône, auteur du premier rapport sur la fraude sociale, constate que rien ne change radicalement.

Vous avez dénoncé à plusieurs reprises les fraudes massives aux allocations sociales et le laxisme de l’État. Notez-vous des progrès ?

Pendant longtemps, en France, on a fraudé impunément. Bien souvent, il suffisait d’oublier de cocher une case sur un document administratif pour bénéficier d’une allocation. Et de jouer ensuite les innocents, en cas de problème. Surtout, on a laissé prospérer une fraude massive. J’ai commencé à m’intéresser à ce sujet il y a cinq ans, en regardant un reportage stupéfiant à la télévision. On y découvrait des “professionnels” de la fraude qui vendaient des “kits chômeur”. Par centaines. Faux licenciements, faux bulletins de salaire, fausses entreprises. C’est là que j’avais demandé la création d’une mission d’information, à laquelle tous les groupes politiques avaient participé. Nous avons conclu que 150 millions d’euros étaient détournés chaque année des Assedic, grâce aux pourvoyeurs de “kits”.

Comment avaient réagi les responsables des Assedic, intégrées, depuis, à Pôle emploi ?

En reconnaissant les faits. Un corps de contrôleurs a d’ailleurs été créé. Ils obtiennent de bons résultats. Il faut dire que l’on parlait de loin. Le laxisme était total. La validité des documents n’était pas vérifiée, les faux chômeurs déclaraient des centaines de fausses entreprises, la fraude était parfois organisée de façon quasi industrielle.

Néanmoins, vous avez ensuite évalué à 20 milliards le coût total des fraudes sociales, chaque année, dans un rapport paru en 2011.

Oui, 15 milliards concernant le travail au noir et 5 milliards les fraudes à l’ensemble des allocations : chômage, RSA, aides au logement, allocation handicapé, pensions de retraite... Chiffres d’ailleurs validés par la Cour des comptes. Et qui sont à l’évidence sous-évalués.

C’est-à-dire ?

En France, la fraude aux allocations est estimée à 1 % du montant total des versements. Dans les pays étrangers dotés de réels moyens de contrôle, notamment grâce aux cartes de Sécurité sociale biométriques, le montant des fraudes atteint 2 à 3 % de l’ensemble des prestations versées. En éradiquant la fraude aux prestations en France, on récupérerait probablement entre 10 et 15 milliards d’euros chaque année. Soit environ le montant du déficit de la Sécurité sociale ! D’ailleurs, il n’y a pas de secret, en Allemagne, la Sécu est excédentaire de 10 milliards. Et les gens sont évidemment soignés correctement.

Mais les cartes biométriques sont très coûteuses...

Une carte coûte 2 euros. Cet investissement serait incontournable si l’on voulait vraiment se donner les moyens de lutter contre les arnaques à l’assurance maladie. On sait tout de même qu’il existe 10 millions de cartes Vitale en circulation en trop, c’est écrit noir sur blanc dans un rapport de l’Igas [Inspection générale des affaires sociales, NDLR] de 2004. Et rien n’a changé depuis. Ceux qui ten-

tent d’expliquer qu’il s’agit de cartes perdues se moquent du monde. Quand une personne perd sa carte Bleue, que fait-elle ? Opposition, de façon à désactiver la carte. Pourquoi n’applique-t-on pas ces mêmes règles aux cartes Vitale ? La France, pays où la carte à puce a été inventée, est l’endroit au monde où il est le plus facile de frauder. Notre surconsommation médicale est flagrante, on voit de fausses ordonnances partout, puisqu’elles ne sont pas non plus infalsifiables. Et les fraudeurs organisent de juteux trafics de médicaments revendus dans le monde entier.

Dans quels domaines doit-on encore faire des progrès ?

Tous ! Les hôpitaux réalisent chaque année 10 milliards d’euros d’actes inutiles. Ce chiffre aussi est validé par la Cour des comptes. Comment la Sécurité sociale accepte-t-elle encore de voir des ter-

ritoires où les médecins délivrent trois fois plus d’arrêts maladie que dans d’autres ? Il serait temps de s’inspirer des méthodes adoptées par les autres pays. Partout, on sécurise les prestations sociales. Aux Pays-Bas, où, déjà, chaque bénéficiaire d’une prestation sociale est convoqué dans les 48 heures par sa commune pour se voir proposer un emploi d’intérêt général, on vient de décréter la fin de l’État providence.

Faut-il supprimer toutes les allocations aux fraudeurs ?

Non, il suffit d’appliquer la loi, qui prévoit déjà le remboursement des sommes indûment perçues et une sanction financière. La suspension pure et simple de prestations auxquelles les allocataires ont droit serait probablement inconstitutionnelle. ●

Propos recueillis par
Josée Pochat



PATRICK IAFRATE