

CONCOURS OUVERTS LES 16, 17, 18 ET 19 JUIN 2026

**POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS
SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

3^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef. 4 si Majeure, Coef. 2 si Mineure)

Jeudi 18 juin 2026

FINANCES PUBLIQUES

CONCOURS INTERNE et 3^{ème} CONCOURS

FINANCES PUBLIQUES – NOTE OPERATIONNELLE

CONCOURS INTERNE ET 3^{ème} CONCOURS**SUJET (13 pages) :**

Le Premier ministre a confié au Haut Conseil du financement de la protection sociale une mission visant à améliorer l'évaluation et la lutte contre la fraude sociale en France.

Dans ce contexte, votre directeur souhaite disposer d'une note opérationnelle lui permettant d'apprécier l'ampleur du phénomène et d'identifier des leviers d'action pour renforcer l'efficacité des politiques publiques en matière de lutte contre la fraude sociale.

À l'aide du dossier documentaire joint et de vos connaissances, vous rédigerez une note de **5 à 6 pages** présentant de manière concise l'ampleur et les principaux enjeux de la fraude sociale en France, ainsi que les principales difficultés rencontrées dans sa détection et son recouvrement.

Votre note sera complétée par une annexe de **1 à 2 pages** proposant trois pistes d'amélioration visant à renforcer la lutte contre la fraude sociale. Celles-ci seront présentées sous forme de fiches synthétiques précisant, pour chaque action, les objectifs poursuivis, les acteurs sollicités, les modalités de mise en œuvre ainsi qu'un indicateur de performance permettant d'évaluer l'efficacité de l'action.

Présentation attendue de l'annexe*Action n°1 :*

- *Objectif :*
- *Acteurs sollicités :*
- *Modalités de mise en œuvre :*
- *Indicateur de performance :*

Action n°2 :

- *Objectif :*
- *Acteurs sollicités :*
- *Modalités de mise en œuvre :*
- *Indicateur de performance :*

Action n°3 :

- *Objectif :*
- *Acteurs sollicités :*
- *Modalités de mise en œuvre :*
- *Indicateur de performance :*

Dossier documentaire joint (12 pages)

1. Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, HCFIPS (extraits)

 ANNEXES ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DU PREMIER MINISTRE

Le Premier Ministre

Paris, le 17 JUIN 2025

Monsieur le Président,

Le Haut Conseil du Financement de la protection sociale a publié en septembre 2024 un important rapport sur la lutte contre les fraudes sociales. Ce rapport comporte un état des lieux complet et des recommandations que j'ai demandé aux ministres concernés d'étudier en vue de leur mise en œuvre. Par ailleurs, le Haut Conseil abrite, depuis 2018, un Observatoire du travail dissimulé, conformément à une recommandation du Conseil national de l'information statistique (CNIS). Cet observatoire publie chaque année les données nécessaires à l'évaluation du travail dissimulé.

Afin de mobiliser les travaux menés dans ce double cadre, je souhaite confier au HCFiPS une mission permanente de réflexion sur la lutte contre les fraudes sociales et de suivi des données attachées à cette question.

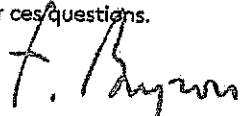
Je souhaite en particulier que le HCFiPS puisse procéder à une actualisation annuelle de l'estimation de la fraude sociale. L'analyse devra porter sur l'ensemble des données (évaluation / détection / recouvrement), avec les apports de l'ensemble des organismes responsables des politiques sociales mais aussi de la DGFIP pour ce qui concerne les recettes qu'elle recouvre pour le compte de la sécurité sociale. Vous veillerez à associer l'Insee aux travaux portant sur la méthodologie. Ce travail contribuera à la priorisation des actions pour orienter les moyens vers les risques principaux.

Au-delà de cette mission relative à l'estimation de la fraude sociale, je souhaite que le Haut Conseil prévoie, dans son programme annuel, une étude sur les méthodes mises en place en matière de recouvrement pour appréhender les activités partiellement dissimulées, la poursuite des travaux sur les plateformes numériques, et le rapprochement des éléments de la comptabilité nationale et de l'évaluation des Urssaf pour éclairer les zones les moins couvertes par les évaluations actuelles.

Je vous demande enfin d'effectuer un suivi des recommandations du HCFiPS en matière de fraude sociale.

Pour mener à bien ces travaux, vous pourrez solliciter l'ensemble des administrations, opérateurs et caisses de sécurité sociale compétents.

Je vous remercie, Monsieur le Président, pour votre investissement sur ces questions.


François BAYROU

Monsieur Dominique LIBAULT
Président du Haut conseil du financement de la protection sociale
14 avenue Duquesne
75700 PARIS SP 07

LES FRAUDES SOCIALES : UN SUJET QUI PREOCCUPE LES FRANÇAIS⁴

La question de la fraude sociale préoccupe fortement les Français.

[1] Très fortement attachés à la sécurité sociale, les Français se montrent très pessimistes sur son avenir et très inquiets sur les risques de fraudes : dans un sondage réalisé à l'occasion du 80^e anniversaire de la sécurité sociale, le mot « fraude » est, après la Carte Vitale, celui qui est le plus associé à la sécurité sociale : plus de 40 % des sondés associent les fraudes et la sécurité sociale. Les mots « progrès » ou « fierté » arrivent bien en deçà (respectivement 7 et 18 %)⁵.

[2] Ce ressenti est corroboré par de nombreuses enquêtes d'opinion. Selon le baromètre de la DREES, trois quarts des Français considèrent que beaucoup de personnes perçoivent des allocations alors qu'elles n'y ont pas droit. Un sondage récent de CSA pointe un modèle social favorisant les abus (fraudes aux prestations, arrêts maladie injustifiés...) : 78 % des personnes estiment que le modèle social n'est pas assez contrôlé⁶.

Les comportements frauduleux sont considérés très majoritairement comme graves.

[3] Il ressort d'un sondage Harris Interactive⁷ que 87 % des personnes interrogées considèrent que chercher à obtenir des prestations sociales ou des aides auxquelles on n'a pas droit est grave ; 80 % considèrent comme grave de ne pas déclarer tous ses revenus pour payer moins d'impôts ; 75 % considèrent comme grave d'obtenir un arrêt de travail d'un médecin complaisant sans raison médicale sérieuse.

[4] On retrouve ici des éléments très proches de ceux mis en exergue dans l'enquête sur l'emploi à domicile réalisée en 2021 par le HCFIPS, l'Urssaf et la FEPEM⁸ : 88 % des employeurs interrogés y jugeaient inacceptable que puissent être perçues des prestations auxquelles on n'a pas droit ; 76 % des salariés interrogés pensaient de

⁴ Voir annexe 2.

⁵ <https://www.ipsos.com/fr-fr/80-ans-de-la-securite-sociale-un-pilier-du-modele-social-francais-face-aux-defis-de-demain>

⁶ https://2ies.fr/wp-content/uploads/2025/06/2500400_enquete-modele-social_rapport_23062025.pdf

⁷ <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2023/12/Rapport-Toluna-Harris-Attitude-des-Francais-face-a-la-corruption-2023-Transparency-International-FJJ.pdf>

⁸ Si ces scores étaient très élevés, on peut remarquer que seules 51% des personnes interrogées jugent grave de payer en liquide (au noir) des travaux dans sa maison.

https://www.strategie-plan.gouv.fr/files/files/Publications/2021%20SP/2021-11-23%20-%20HCFIPS%20-%20Observatoire%20du%20travail%20dissimul%C3%A9/2021-11-22_ipsos_enquete_particuliers_employeurs.pdf

même. 79 % des employeurs considéraient comme inacceptable de ne pas déclarer tous ses revenus aux impôts (61% des salariés interrogés).

[5] Si l'on zoome sur les prélèvements, il ressort du baromètre du Conseil des Prélèvements Obligatoires que la justification de la fraude fiscale se situe à des niveaux relativement bas : sur une échelle de 1 à 10, la moyenne de la justification de la fraude aux prélèvements est de 3,3 sur 10⁹.

La lutte contre la fraude est jugée insuffisante.

[6] Plus l'âge avance, plus ce sentiment est fort : 59 % des 18-24 ans considèrent que la lutte contre la fraude sociale est insuffisante alors que 87 % des 65 ans et plus partagent cette opinion. Moins le niveau de diplôme est élevé, plus les personnes partagent ce ressenti : 64 % des diplômés de l'enseignement supérieur considèrent la lutte contre la fraude insuffisante contre 79 % des personnes sans diplôme¹⁰.

[7] Dans le même sens, les Français considèrent dans leur grande majorité que l'État doit utiliser plus de moyens pour lutter contre la fraude : 55 % d'entre eux souhaitent renforcer les moyens dédiés à la lutte contre la fraude ; moins de 10 % considèrent que ces moyens doivent être réduits¹¹.

[8] Environ 30 % des Français jugent la lutte contre la fraude sociale prioritaire pour réduire la dette française¹².

[9] La lutte contre les fraudes et les abus apparaît très en tête des solutions permettant d'assurer l'avenir du système de protection sociale¹³, avec 80 % des Français qui misent sur l'accentuation de cette lutte pour assurer à l'avenir la sauvegarde du système.

⁹ L'interrogation spécifique sur la perception de la fraude sociale en fonction de la position économique des fraudeurs (employeur et employé), montre que les personnes sondées sont beaucoup plus sévères à l'égard du travail non déclaré par un employeur (40 % des sondés ne le trouvent « jamais justifié ») qu'à l'égard du travail non déclaré par un travailleur (30% des sondés ne le considèrent « jamais justifié »).

¹⁰ IFOP pour Contribuables associés, janvier 2025 ; <https://contribuablesassocies.org/2025/02/24/sondage-exclusif-ifop-contribuables-associes-les-francais-et-la-protection-sociale-2/>

¹¹ CPO, Baromètre des prélèvements fiscaux et sociaux en France, Deuxième édition 2023, 2024. <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/68298>

¹² Après la réduction du train de vie de l'État, la lutte contre la fraude fiscale ou la réduction des dépenses liées à l'immigration. https://elabe.fr/wp-content/uploads/2025/09/25092025_elabe_bfmtv_les-francais-et-les-impots.pdf

¹³ <https://cercledelepargne.com/wp-content/uploads/2025/06/CECOPIfop2503EpargneRetraite.pdf>

L'enquête a été menée auprès d'un échantillon de 1 000 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. Les interviews ont été réalisées par questionnaire auto-administré en ligne du 25 au 26 mars 2025.

Tableau n°1 : Pour assurer à l'avenir la sauvegarde du système de protection sociale quelle serait selon vous la meilleure solution pour le pays ? En premier ? Et en second ?

	En premier	Total des citations
Qu'on accentue la lutte contre les abus et fraudes dans les prestations sociales	70	80
Que les salariés travaillent davantage (suppression d'un jour férié, de RTT ou augmentation du nombre d'heures de travail)	8	33
Qu'on augmente un peu les cotisations sociales et les impôts	8	24
Aucune	14	-
TOTAL	100	(*)

(*) Total supérieur à 100, les interviewés ayant pu donner deux réponses.

[10] L'ensemble de ces éléments justifient pleinement les travaux menés sur le sujet, la nécessité d'être intransigeant sur ces questions, mais aussi la nécessaire objectivation des enjeux.

[11] Les travaux d'évaluation, présentés ci-après, sont loin de montrer un système de protection sociale miné par la fraude même si certains secteurs ou certaines prestations sont sensiblement plus fraudogènes que d'autres : les taux de fraudes évalués n'excèdent pas en moyenne 2 % sur les cotisations, mais le manque à gagner excède 20 % pour les micro-entrepreneurs, voire 65 % sur les VTC ou 80 % pour les livreurs recourant à des plateformes ; ceux constatés sur les prestations servies par la branche famille s'élèvent à 5 % en moyenne (mais à environ 15 % sur le RSA) ; ceux constatés sur la branche maladie s'élèvent en moyenne à un peu plus de 2 % sur le champ évalué mais avec de forts écarts suivant les prestations ou les acteurs concernés (ainsi, le manque à gagner s'élève à plus de 8 % sur la C2S). Ce sont sans doute pour partie ces situations « atypiques » qui créent le ressenti.

[12] Le sujet est par ailleurs survalorisé au plan budgétaire, phagocytant les autres questions : si les enjeux sont relativement élevés au regard du déficit (14 Md€ de fraudes évaluées au sens strict), la capacité à mobiliser ces sommes au plan budgétaire est faible (680 M€ recouverts en 2024¹⁴) et les enjeux sont loin d'être à la hauteur des besoins nécessaires au rétablissement des comptes. Ce point doit être clairement posé et explicité dans le débat public.

¹⁴ Sur un champ qui inclut les prestations servies pour le compte de l'État et des départements par les Caf.

■ UNE EVALUATION DE LA FRAUDE STABLE, DES DETECTIONS EN FORTE HAUSSE, UN RECOUVREMENT TOUJOURS LIMITE

Rappels méthodologiques

Les termes utilisés pour caractériser la fraude donnent lieu à de nombreuses confusions sémantiques, qu'il convient d'éviter. Le rapport du HCFiPS de 2024 sur les fraudes sociales a explicité les concepts utilisés dans les documents du Haut Conseil. Les principaux éléments en sont repris ci-après.

Évaluation, détection, recouvrement : trois notions à ne pas confondre

L'évaluation correspond à l'appréhension statistique des sommes supposées être fraudées : elle mesure le potentiel théorique de la fraude.

La détection mesure les fraudes détectées en gestion et donnant lieu à notification d'un indu (pour les prestations) ou à notification d'un redressement (pour les cotisations). Le concept peut inclure les fraudes détectées en gestion et donnant lieu à un blocage en amont du versement (fraudes évitées ou stoppées). La Cnam et la Cnav utilisent ce concept.

Le recouvrement correspond aux sommes recouvrées suite à constat de fraude.

Fraudes et erreurs : deux concepts à bien distinguer

Le HCFiPS insiste sur la nécessité de bien distinguer ce qui relève de la fraude (caractérisée par l'intentionnalité) de ce qui relève de l'erreur. Tous les chiffres présentés s'efforcent de se rapprocher au mieux de ce cadre.

S'agissant des recettes, ce choix conduit à n'intégrer dans les chiffrages relatifs à la fraude que les évaluations relatives au travail dissimulé -seul élément des contrôles Urssaf à pouvoir être qualifié sans ambiguïté de fraude : les résultats du contrôle comptable d'assiette n'ont pas été pris en compte, considérant que les sommes détectées à ce titre relèvent de l'erreur involontaire -ce qui est sans doute pour partie inexact- ; de même, l'insuffisance déclarative très importante constatée sur les micro-entrepreneurs et sur les plateformes n'a pas été introduite dans l'évaluation de la fraude, l'Urssaf considérant que l'on est sur une population « *qui a parfois du mal à comprendre ce qu'elle doit déclarer, comme observé lors des prises de contact avec les micro-entrepreneurs* ».

S'agissant de l'assurance maladie, l'évaluation porte sur le périmètre des fautes, fraudes et abus¹⁵.

■ 14 MD€ DE FRAUDES EVALUEES

Plusieurs réévaluations opérées en 2025

Comme souligné dans le rapport du HCFiPS de 2024, l'évaluation est un processus complexe, qui n'est pas mené chaque année sur l'ensemble du périmètre.

La Cnaf procède habituellement à une évaluation de la fraude tous les deux ans. La dernière évaluation date de 2025, portant sur l'année 2023, la précédente portait sur l'année 2022. La prochaine évaluation sera disponible au 1^{er} trimestre 2027. Elle devrait permettre de mesurer l'impact de la mise en place du Dispositif de ressources mensuelles sur la justesse des déclarations effectuées par les allocataires. Il est rappelé ici que les données de la Cnaf (qu'il s'agisse de l'évaluation, de la détection ou du recouvrement)

¹⁵ Voir, sur ces notions, le rapport HCFiPS 2024 sur les fraudes sociales.

portent sur le périmètre des prestations servies par la branche, et incluent donc les prestations servies pour le compte de l'État et des départements. Pour les données d'évaluation, le RSA, la prime d'activité, les allocations logement et l'AAH représentent 90% des fraudes estimées.

La Cnam a entamé en 2024 un process de réévaluation, par prestation ou catégorie de professionnels de santé, sur le périmètre qu'elle avait estimé antérieurement (à savoir les chiffres relatifs à la complémentaire santé solidaire, aux infirmiers libéraux, aux pharmaciens et aux masseurs-kinésithérapeutes) : les autres données seront revues d'ici la fin 2026.

L'Urssaf a effectué une très importante réévaluation en 2023 et 2024 sur le champ du secteur privé : elle n'a pas vocation à être revue prochainement.

1.1. Le taux de fraude est globalement stable

[13] Les taux de fraude¹⁶ estimés sont globalement stables et se modifient très peu lorsqu'une réévaluation est opérée : le phénomène apparaît donc maîtrisé.

[14] L'évaluation financière correspondante est de 14 Md€ (contre 13 Md€ dans le rapport du HCFIPS de 2024). L'accroissement modéré de ces volumes de fraude s'explique pour l'essentiel par des effets de base et de périmètre (l'évolution des bases explique 65 % de l'augmentation ; les effets de périmètre, 25 %) : la prévalence de la fraude est quant à elle quasiment stable (elle explique 10 % de l'augmentation).

L'évolution des montants de la fraude : un accroissement modéré des volumes principalement lié à des effets de base et de périmètre, les taux de fraude étant globalement constants.

Les montants de fraude sont en légère augmentation. Cette augmentation résulte :

Pour la branche maladie (+ 600 M€) :

- De réévaluations effectuées sur la fraude aux prestations maladie (C2S, infirmiers, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes) du fait d'une part de changements d'année de référence dans un contexte d'augmentation de la dépense (c'est particulièrement le cas pour les pharmaciens compte tenu des dépenses consacrées à la prise en charge des dépenses en lien avec la COVID-19), d'autre part de situations atypiques influençant conjoncturellement la base d'évaluation (fraudes importantes détectées sur les délivrances de tests antigéniques dans le cadre de la crise COVID).

- De l'extension du périmètre de l'évaluation, notamment aux indemnités journalières

Pour la branche famille (+ 400 M€) :

- d'une augmentation de la prévalence de la fraude essentiellement concentrée sur le RSA (environ 2/3 de l'augmentation). La hausse n'est toutefois pas significative au plan statistique, le taux restant dans les intervalles de confiance de l'année précédente.

- d'effets base (1/3 de l'augmentation)

Pour la branche recouvrement (+ 150 M€), d'une augmentation du montant des cotisations dans le cadre de la LCTI découlant de la prise en compte de l'assiette de 2024 (plus élevée que celle de 2023).

¹⁶ Voir en annexe 3, le tableau recensant les différents taux de fraudes.

Des taux de fraude qui restent très stables

La réévaluation effectuée par la Cnam sur la complémentaire santé, les infirmiers libéraux, les pharmaciens met en évidence une quasi stabilisation de la fraude en pourcentage.

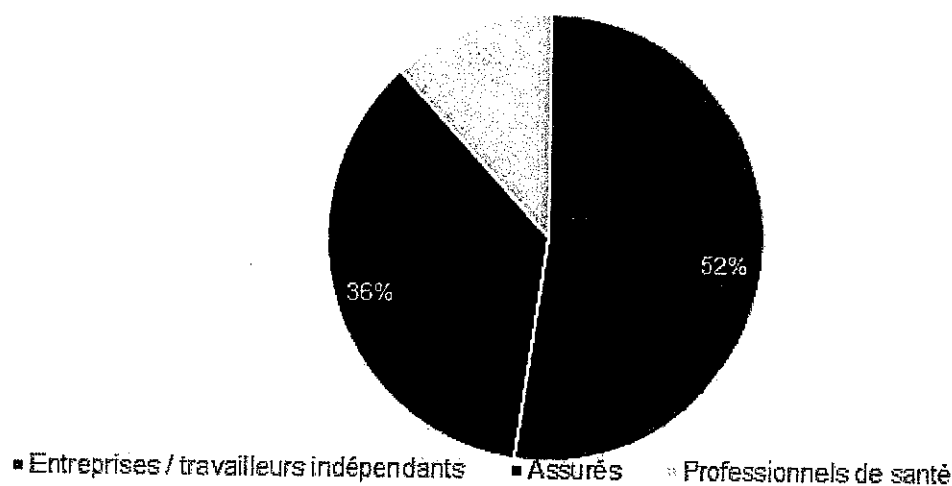
La réévaluation effectuée par l'Urssaf porte sur le secteur des marchés, qui représente une part très marginale de l'assiette (voir annexe 4). Elle est sans impact sur le taux de fraude global. Une évaluation est en cours pour réestimer la fraude dans le BTP, avec une nouvelle méthodologie¹⁷.

C'est sur la branche famille que les taux de fraude affichent une certaine croissance, en particulier sur le RSA.

[15] L'essentiel de la fraude demeure concentré sur le recouvrement des cotisations (plus de 52 % de la fraude évaluée). La fraude des bénéficiaires des prestations arrive en seconde position (36 %), alors que celle des professionnels de santé s'élève à 12 % de l'ensemble. La fraude des « professionnels de santé »¹⁸ représente 70 % de la fraude à l'assurance maladie.

Graphique n°1 : Évaluation de la fraude sociale par grande famille économique

Répartition de la fraude par grande famille économique
hors CCA



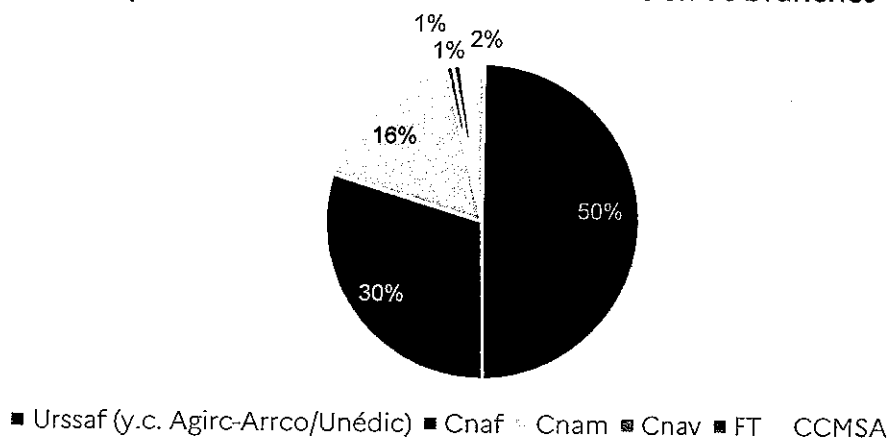
Source : Données Caisses, Présentation HCFIPS

¹⁷ Voir *infra*.

¹⁸ La fraude des « professionnels de santé » regroupe des situations très différentes : professionnels libéraux, HAD, EHPAD, mais aussi usurpations de statuts.

Graphique n°2 : Évaluation de la fraude sociale entre branches

Répartition de l'évaluation de la fraude entre branches



Source : Données Caisses, Présentation HCFiPS

1.2. Le périmètre de l'évaluation effectuée par la Cnam a été étendu, sans que cela ne modifie le diagnostic

[16] Le rapport du HCFiPS de 2024 a souligné l'important effort effectué par les caisses de sécurité sociale en matière d'évaluation de la fraude. Il a notamment insisté sur la dynamique récemment mise en place sur le sujet par la Cnam : cette dynamique se poursuit, plusieurs secteurs nouveaux faisant l'objet d'une évaluation (Ehpad, services à domicile, hospitalisation à domicile)¹⁹. Les risques financiers sont très sensiblement moindres dans ces nouveaux secteurs, qui par ailleurs sont globalement moins fraudogènes que ceux évalués antérieurement.

[17] Cette 1^{ère} vague d'évaluation par prestation ou catégorie d'acteurs a été complétée en 2025 par une évaluation de la fraude aux indemnités journalières. Au vu des montants concernés et du taux de fraude constaté sur ce poste, cette extension du périmètre ne modifie pas l'évaluation en termes de taux de fraude à l'Assurance Maladie.

L'évaluation de l'assurance maladie sur les fraudes aux indemnités de journalières²⁰

L'assurance maladie a procédé à une évaluation des fraudes aux indemnités journalières en 2024-2025, sur la base d'un échantillon aléatoire d'environ 7000 arrêts de travail. Le taux de fraude estimé s'élève à 1,8 % (230 M€). Deux grandes catégories de fraudes sont constatées :

¹⁹ Voir rapport Charges / produits de la Cnam, 2025.

²⁰ Cette évaluation porte sur les fraudes au sens strict : elle n'intègre pas ce qui peut être considéré comme des prescriptions abusives.

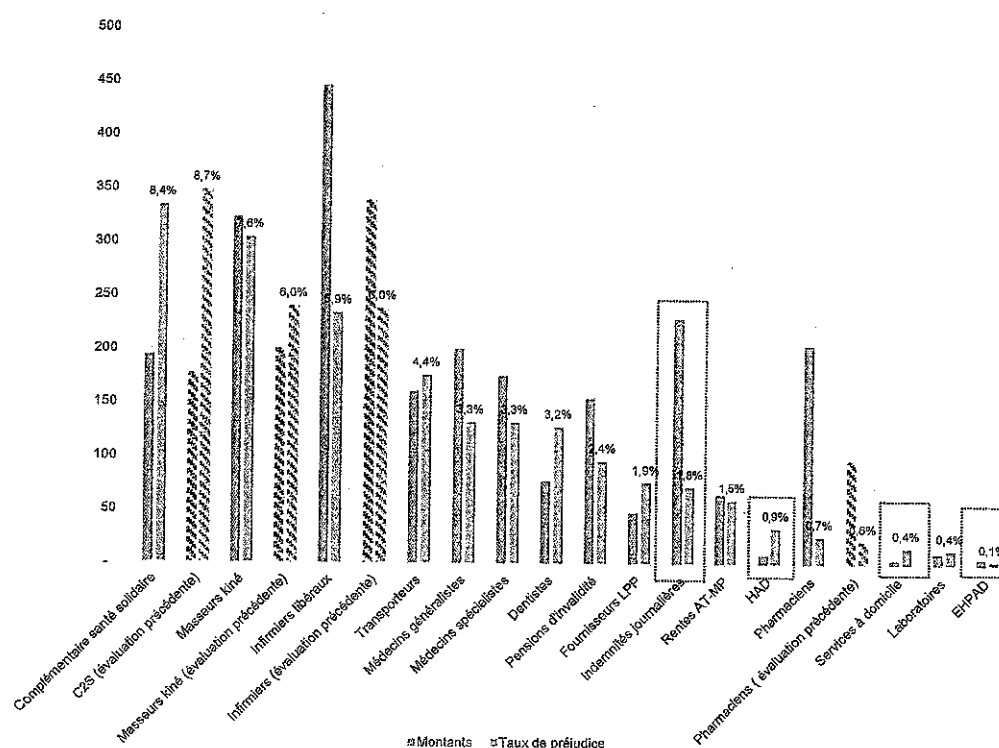
- la poursuite d'activités non autorisées pendant les arrêts de travail, part la plus importante des fraudes estimées ;

- les faux arrêts de travail, par imitation des arrêts de travail papier.

Ces évaluations conduisent l'assurance maladie à définir des mesures permettant de juguler les fraudes : ainsi, face aux arrêts de travail frauduleux, l'assurance maladie a déployé en 2025 des Cerfa sécurisés, dotés de composants de sûreté (hologramme, bande qui change de couleur en cas de photocopie, QR code...) ; parallèlement, elle incite les professionnels à utiliser des arrêts de travail dématérialisés (e-AAT) - près de 80 % des arrêts envoyés. L'e-AAT, télétransmis via le compte ameli.pro, est aujourd'hui considéré comme le vecteur le plus sécurisé contre la fraude et l'usurpation d'identité²¹.

[18] Désormais, les périmètres non couverts par l'assurance maladie concernent les établissements de santé (T2A) et la PUMa. L'évaluation relative à la T2A est particulièrement complexe. Elle ne pourra, en toute hypothèse, être opérée qu'une fois que les contrôles T2A pourront être exploités : or, après avoir été suspendus pendant la crise sanitaire, ceux-ci n'ont repris qu'en 2025.

Graphique n°3 : Montants évalués par la Cnam



Source : Données Cnam, présentation HCFiPS.

Note de lecture : Les évaluations portent sur des exercices différents, fonction de la date où chacune de ces évaluations a été opérée. Les bâtons grisés correspondent aux évaluations précédentes, une nouvelle évaluation ayant été effectuée en 2024. Les postes encadrés correspondent aux champs nouvellement évalués en 2024.

²¹ <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-03-20%20DP%20LCF.pdf>

ANNEXE 3 : LES TAUX DE FRAUDES ESTIMES PAR LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACTUALISATION 2025)

Le tableau ci-dessous, inclut, par exception, certaines lignes (en italiques) qui ne relèvent pas de la fraude au sens strict.

	Taux de préjudice financier (par ordre décroissant)
<i>Micro-entrepreneurs (erreurs et fraudes)</i>	18,8 % à 23,8 %
RSA	13,2 % à 17,8 %
<i>Complémentaire santé solidaire (inclus dans la fraude, mais regroupe erreurs et fraude)</i>	7,7 % à 9,0 %
Prime d'activité	9 % à 11,8 %
Infirmiers libéraux	5,4 % à 6,3 %
Masseurs kiné	6,5 % à 8,4 %
Transporteurs	3,9 % à 4,9 %
Médecins généralistes	3,1 % à 3,5 %
Médecins spécialistes	2,6 % à 4,0 %
AL	4,0 % à 5,9 %
Dentistes	2,4 % à 4,0 %
Pensions d'invalidité	2,3 % à 2,5 %
Travail dissimulé - entreprises privées	1,5 % à 1,9 %
Indemnités journalières maladie et AT/MP	1,8 %
Fournisseurs LPP	1,7 % à 2,1 %
Travailleurs indépendants	1,1 % à 2,2 %
Rentes AT-MP	1,4 % à 1,6 %
AAH	1,5 %
Prestations d'entretien (AF, CF, ASF, AEEH, ARS, AJPP, AJPA)	1,2 % à 2,2 %
HAD	0,7 % à 1,0 %
<i>Contrôle comptable d'assiette - redressements Urssaf (erreurs pour l'essentiel)</i>	0,9 % à 1,2 %
Pharmaciens	0,5 % à 0,8 %
Services à domicile	0,4 %
PAJE	0,3 %
Laboratoires	0,3 % à 0,4 %
EHPAD	0,1 %

Pour la complémentaire santé : estimation haute correspondant au total du préjudice financier ; taux de préjudice financier centré sur la fraude stricte estimée à 1,22 %.

Pour les prestations et allocations versées par la branche famille, par convention, l'ensemble des indus bruts détectés dans un dossier allocataire le mois de clôture du contrôle sont qualifiés de frauduleux, dès lors que la fraude est qualifiée par la commission nationale des fraudes pour au moins une des prestations versées.

ANNEXE 5 : LA REEVALUATION DES FRAUDES AUX COTISATIONS EFFECTUEE PAR LA CCMSA

1.1. Contrôle comptable d'assiette⁷⁶

Contrôle comptable d'assiette (CCA)

Méthodes	Années	Estimations	Diffusion
Modèles économétriques (estimation d'équations emboîtées en 3 étapes)	2014	172,8M€ (1,49% des cotisations et contributions totales, yc éludées)	2019
Modèles économétriques (Équations simultanées)	2014	176M€ (1,5%)	2021
	2015	171M€ (1,5%)	2024
	2016	166M€ (1,4%)	
	2020 - 2021	Estimations en cours	
Méthode mixte (développée par l'INSEE) (Estimation proba de contrôle par machine learning puis estimations MAG par ratio des redressements)	2014	[138 - 149 M€] (1,2%)	2023
	2015	[145 - 152 M€] (1,3%)	2024
	2016	[140 - 153 M€] (1,3%)	2024
	2019	[116 - 121 M€] (1%)	2025
	2020	[107 - 134 M€] (1%)	2025
	2021	[102 - 159 M€] (1,2%)	2025
Machine learning	2014	[170 - 172 M€] (1,5%)	
- Approche supervisée (random forest + régression)	2015	[188 - 219 M€] (1,8%)	2024
	2016	[152 - 161 M€] (1,3%)	
- Approche semi-supervisée (K + proches voisins + régression) : correction biais + efficace	2019	[120 - 142 M€] (1,1%)	
	2020	[117 - 118 M€] (1%)	2025
	2021	[89 - 117 M€] (0,9%)	

4 phases de travaux et 5 méthodes différentes par années.

Estimations cohérentes au travers des différentes méthodes : < 200M€ (< 2% cotisations).



Choc exogène en 2020 (crise sanitaire) :

Suspension des contrôles, possible adaptation des comportements à la stratégie de contrôle

⁷⁶ Les deux annexes CCMSA ont été rédigées par la CCMSA.

1.2. Travail dissimulé

Travail dissimulé (total et partiel)

Méthodes	Années	Estimations	Diffusion
Méthodes économétriques	2014	Total : 345,7M€ (2,9%)	2019
(estimation d'équations emboîtées en 3 étapes + estimation d'équations simultanées)	2014	Partiel : 251M€ - 261M€	2023
- travail dissimulé total -	2014	243M€ - 262M€ (2,2 %)	2024
- travail dissimulé partiel -	2015	210M€ - 290M€ (2,1 %)	
	2016	194M€ - 256M€ (1,9 %)	
	2020	Estimations en cours	
	2021	Estimations en cours	2025
Méthode mixte (développée par l'INSEE)	2014	238M€ - 291M€ (2,3 %)	2023
- travail dissimulé partiel -	2015	183M€ - 205M€ (1,7 %)	2024
(Estimation proba de contrôle par machine learning puis estimations MAG par ratio des redressements)	2016	162M€ - 170M€ (1,4 %)	
	2019	188 M€ - 213 M€ (1,7 %)	
	2020	132 M€ - 158 M€ (1,3 %)	
	2021	194 M€ - 216M€ (1,5 %)	2025
Machine learning	2014	244M€ - 245M€ (2,1 %)	2023
- travail dissimulé partiel : total (en cours)	2015	183M€ - 197M€ (1,6 %)	2024
Approche semi-supervisée (K + proches voisins + régression)	2016	160M€ - 190M€ (1,5 %)	
	2019	137 M€ - 143 M€ (1,2 %)	
	2020	145M€ - 154M€ (1,3 %)	
	2021	454 M€ - 458 M€ (4,3 %)	2025

3 phases de travaux et 5 méthodes différentes

Complexité de l'exercice, résultats convergents hormis 2021.



2020-2021 : suspension des contrôles, modification des comportements.

Estimations du travail dissimulé partiel : 140M€ à 290M€ selon les années.