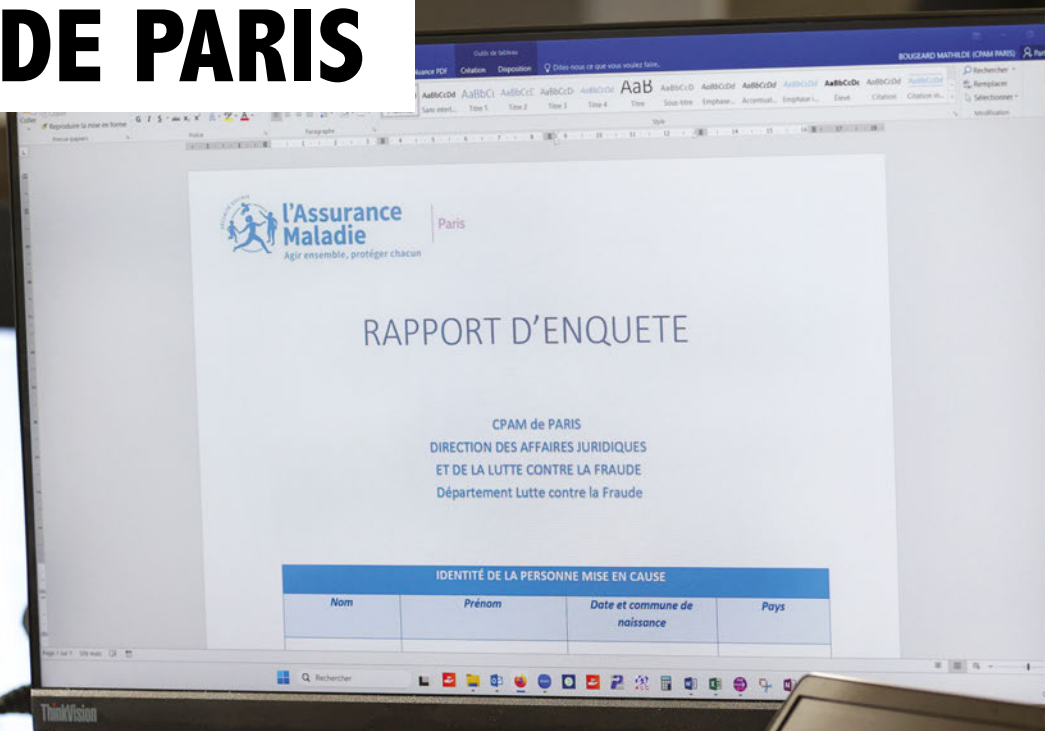


LUTTE CONTRE LA FRAUDE

IMMERSION DANS LE PIEJ DE PARIS



2026, LES URSSAF À L'OFFENSIVE

RO/RC : UN (PETIT) PAS EN AVANT

CHAPSVISION, L'ACTEUR DE DEMAIN EN IA

COR : LES RETRAITÉS, VRAIMENT LÉSÉS ?



L'arrêt de travail. Seul votre médecin sait si votre état de santé le nécessite, ou pas.

Un arrêt de travail est un traitement. Il peut aider à guérir. C'est à votre médecin de décider si vous en avez besoin. Chacun doit veiller à ne pas en abuser car il a aussi un coût pour la collectivité.



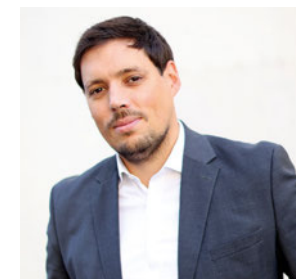
Notre système de santé,
c'est aussi à chacun d'en prendre soin.

Retrouvez tous les bons réflexes sur ameli.fr



ÉDITO

Alexandre Beau



Fraudes, l'interminable guerre



Nous consacrons ce numéro d'ESE à la lutte contre la fraude. Davantage que de s'étendre sur les batailles de chiffres, nous nous sommes concentrés sur les méthodes, les outils et l'action des professionnels qualifiés agissant dans cette guerre silencieuse menée contre les « profiteurs » des failles de notre système social. Autant dire que se frotter quelques heures à la réalité du terrain peut faire un peu « froid dans le dos » tant on dépasse, et

de loin, le cas de la simple malversation avec la carte Vitale tournant en boucle sur les chaînes d'informations continues.

Outre les détournements orchestrés par certains usagers ou professionnels de santé, la menace constituée par les bandes organisées dépasse tout ce à quoi les acteurs sont préparés à lutter contre depuis une décennie. Très vite, on se rend compte que les équipes font désormais face des profils allant de petits réseaux mafieux jusqu'à des narcotrafiquants. Car oui, la fraude sociale est désormais considérée comme une « diversification d'activité ». Glacant !

Pour comprendre la portée de ces changements, il est essentiel de se pencher sur les causes. Très vite, la question de la numérisation trop lente de l'information. Si les administrations publiques, et la Sécu en premier lieu, ont fait des progrès considérables, le « papier » reste toujours présent dans des pans majeurs comment l'hôpital et la médecine de ville. Une brèche dans laquelle il semble facile de s'engouffrer. De même, l'émergence du trafic de données en ligne nous renvoie aux questions de sécurisation et de souveraineté des solutions informatiques déployées. Un sujet qui n'a que trop souvent été minoré ces dernières années. Avant tout pour des raisons budgétaires. Plus largement, ce qui frappe sur le modus operandi de ces nouveaux fraudeurs est de comprendre leur connaissance, mieux leur expertise, du système. Car l'extrême complexité de notre réglementation ne les rebute pas. Bien, au contraire...

Demain, l'IA parviendra-t-elle à colmater tout cela ? De l'aveu même des concepteurs de ces nouvelles technologies, point de remède miracle en vue. Au moins, les délais entre réalisation et détection de l'acte frauduleux devraient être réduits. Nos capacités d'anticipation devraient être également décuplées, mais nous ne récupérons pas de sitôt les fameux 14 Mds € de prestations/cotisations sociales (estimation du HCFiPS) détournés chaque année. Dure vérité qui ne doit pas, pour autant, nous faire baisser les bras. ■

SOMMAIRE

6 - DOSSIER

Lutte contre la fraude : un combat sans fin

7 • Plongée chez les « super-enquêteurs » de la Cnam de Paris.

11 • Le projet de loi toujours en attente d'un vote.

12 • Échanges entre AMO et AMC : un pas en avant.

12 • Urssaf : stagner pour mieux rebondir ?

13 • « Permettre un ciblage plus performant et plus rapide. »

Entretien Thibault Pironneau, vice-président exécutif de ChapsVision.

14 - SÉQUENCES

14 • Analyse

Niveau de vie des retraités : les préjugés ont la vie dure !

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 60 000 €
RCS Paris B 480 706 159
(2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction :
Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com

21 numéros/an et plus de 200 lettres
électroniques.
- Professionnel : 450 € TTC.
- Individuel : 250 € TTC
- Association : 350 € TTC.

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

RÉDACTION
Analyse : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International
Action sociale :
Alexandre Beau, a.beau@espace-social.com
Prévoyance complémentaire, Famille :
Emilie Guédé, e.guede@espace-social.com
Rédacteur graphique - Site Internet -
Réseaux - Podcast :
Gladys De Micheli, g.demicheli@espace-social.com
Photos : cocktailsante.com
Couverture : Cocktail Santé
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tisson-
villiers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 15 €


Tous droits de reproduction réservés.
Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris - Tél. : 01 44 07 47 70

Désinformation, coûts et conséquences multiples

Intéressante étude réalisée par le groupe Sopra Stéria sur l'impact financier et social (au sens large du terme) de la désinformation. Le travail a consisté entre autres, à capter toutes les études scientifiques et économiques réalisées dans les pays membres de l'OCDE et à les synthétiser.

Pas moins de 417 Mds \$ au total ! Santé et cohésion sociale, l'estimation du coût oscille entre 37 Ms \$ et 19,9 Mds \$. Le premier chiffre vise l'impact sanitaire des soins liés au refus de la vaccination contre la rougeole aux États-Unis, soit 24 Ms \$, couplé avec l'étude canadienne sur la hausse de la consommation des antidépresseurs.

Perte de confiance dans la science, envers les autorités, les professionnels de santé, les médias en général, les hiérarchies dans la société. Les conséquences peuvent être massives, comme le refus des populations à se faire vacciner (Covid-19, grippe, autres infections...). Cette question de la désinformation, du phénomène complotiste sur les réseaux sociaux, devient un défi majeur pour les systèmes de santé, de protection et de cohésion sociale en général. Illustration : seuls 39 % des citoyens dans 17 pays membres de l'OCDE estiment pouvoir faire confiance à leur gouvernement en cas de nouvelle pandémie... ■



➤ ASU sur les rails

Huit articles pour le projet de loi créateur de l'allocation sociale unifiée (ASU) avec le regroupement de trois prestations : APL, RSA et Prime d'activité, toutes étant liées aux conditions de ressources du bénéficiaire. **Jean-Pierre Farandou**, ministre du Travail et des Solidarités, fait dans la sobriété ! Programmé pour le 1^{er} janvier 2030, le texte fixe plusieurs objectifs : simplification, lutte contre les non-recours, éradication de la fraude, création d'un compte sociale unique, suivi de l'impact via des indicateurs, anticipation du risque de précarité. Le texte sera adopté courant avril en conseil des ministres, puis transmis au Parlement. ■



d'investigation sur la question des foyers aux revenus supposés élevés, mais ne payant pas l'impôt sur le revenu.

Les récents propos d'Éric Lombard, ancien ministre de l'Économie, ont clairement « boosté » les parlementaires ! De plus, le rapporteur de la mission est le député **Charles Henri de Courson**, le parlementaire le plus pointu sur les questions de fiscalité. « Ça va chauffer » aux dires de nombreux élus. Le rapport est attendu pour septembre prochain. À quelques jours de la présentation du projet de budget 2027... ■



➤ États généraux

50 organisations mobilisées sur les États généraux de la santé et de la protection sociale en vue de peser sur le scrutin présidentiel de 2027. Un premier retour de mobilisation fait état de près de 80 000 participants (64 000 citoyens et 13 000 professionnels de santé), 2,2 millions de réponses partagées,

À NOTER



Le LEEM lance une vaste concertation nationale en vue des élections de 2027. Une démarche en plusieurs étapes.

• Suspension des négociations entre la CNAM et les syndicats d'infirmiers libéraux (SNIL en tête) pour cause de faiblesse de l'enveloppe financière prévue pour l'actualisation des tarifs.

• La CNAV met en place son dispositif de services à domicile (logement, courses, etc.) pour les retraités en perte d'autonomie. Déjà 300 000 bénéficiaires du plan d'aide.



HAS et CNIL vont mettre en place un guide de bon usage sur le recours à l'IA lors des consultations médicales, s'agissant des règles déontologiques et juridiques concernant les diagnostics et les bonnes pratiques professionnelles.

ILS ONT DIT



« 42 % des patients (extrait du sondage Opinionway) atteints d'une pathologie chronique reconnaissent ne pas respecter correctement leur traitement protocolisé par leur médecin traitant. C'est un vrai problème ! Cela concerne les patients qui oublient leur médicament ou ne respectent leur dose. Conséquence de cela ? Des ré-hospitalisations, du moins un risque de récurrence, une aggravation de l'état de santé du patient et bien entendu un surcoût de soins dont nous n'avons pas franchement besoin ».

Pr. Gérard Friedlander dans *Le Figaro*.

« Une des particularités du système français de retraite, c'est que les salariés modestes, en vivant moins longtemps, contribuent plus qu'ailleurs dans les pays de l'OCDE au financement des retraites des catégories plus favorisées... La France se distingue donc par une redistribution inversée (inégalitaire) — le système devient socialement régressif — car les espérances de vie ne sont pas compensées par des taux de pension plus élevés pour les bas salaires. Plus encore, le plafond de cotisations fixé à huit fois le salaire moyen Agirc-Arrco renforce cette inégalité ».

Hervé Boulhoul, économiste, responsable retraites et vieillissement à l'OCDE dans *Les Cahiers de la retraite complémentaire* n° 53.



« Si l'Europe doit contribuer davantage à l'innovation pharmaceutique, c'est plutôt par un effort sur la recherche que par une hausse du prix du produit final... la cherté des prix aux États-Unis n'est pas la faute des Européens, comme le dit à tort Donald Trump, mais parce que les USA sont le seul pays développé au monde à avoir opté pour un système de santé d'assurance privée, inégalitaire et inflationniste ».

Théo Bourgeron, maître de conférence à l'Université d'Édimbourg dans *Le Monde*.

400 000 verbatims. Ça marche donc ! Nouvelle étape : de mars à fin juin, l'élaboration des propositions en logique de co-construction. À suivre ! ■



➤ GIE Sesam-Vitale

De quelques données pour illustrer la réussite du GIE Sesam-Vitale. L'appli carte Vitale atteint plus de 2,3 millions d'applications activées. 413 000 professionnels sont équipés de logiciels compatibles. 426 438 professionnels émettent 1,6 milliard (record du monde) de facturations de soins. 59 000 praticiens recourent à l'ordonnance numérique. 111 332 et 14 334 établissements de soins nourrissent le DMP. On note 470 millions d'accès au téléservice identité nationale de santé intégrée. Concernant le tiers-payant complémentaire, on atteint 70 000 professionnels libéraux et 963 établissements de santé pour le téléservice ROC soins de ville. ■

LES CHIFFRES

164 000

patients (non pas 15 millions comme entendu), réalité des fuites des données personnelles suite au hacking du logiciel de Cegedim santé.

35 000 Mds €

de montant d'épargne financière accumulée dans les 27 pays membres de l'UE, le double du PIB européen...

32 800

créations nettes de postes d'agents publics (les trois fonctions publiques) en 2025.

530 Ms €

de montant de transfert de coûts des soins, dont 470 sur l'hospitalier vers les Ocam en année pleine (estimation Unocam).

99 sur 100

pour la CNAF, 98 sur 100 pour l'Urssaf caisse nationale et la CNAM, 96 sur 100 pour la CNAV, résultats de l'index d'égalité professionnelle dans les branches du régime général.

1,84 million

de foyers bénéficiaires du RSA (+0,2 %), 1,39 million d'AAH (+2,5 %) et 4,76 millions de Primes d'activité versées (-1 %) sur 2025.

400 Mds de \$

de CA (dix médicaments « mondiaux » appelés blockbusters) exposés à la concurrence de biosimilaires d'ici cinq ans !



Lutte contre la fraude : un combat sans fin

Dans une période où les déficits des comptes sociaux continuent d'inquiéter au plus haut point, le sujet de la lutte contre la fraude a pris une place considérable dans le débat public. Quoi qu'on puisse en penser, au-delà de certains raccourcis et fantasmes véhiculés par certains, les opérateurs publics et privés se mobilisent comme jamais pour faire face à ce défi majeur. Très majoritairement, dans le cadre d'une démarche plaçant l'approche méthodologique au cœur de leurs actions. En appui de cette dynamique, les avancées réglementaires et techniques attendues dans les prochains mois devraient renforcer leur arsenal en matière de prévention et de détection des actes délictueux. Une nécessité pour répondre à des pratiques frauduleuses évoluant, elles aussi, très rapidement.

Au travers de ce dossier spécial, ESE a eu l'opportunité d'aller à la rencontre de ces acteurs qui agissent aujourd'hui pour tenter d'endiguer leur développement. Mais aussi, de ainsi que de ceux qui préparent les batailles de demain.



Photos : Philippe Chagnon / Cocktail Santé

Plongée chez les « super-enquêteurs » de la Cnam de Paris

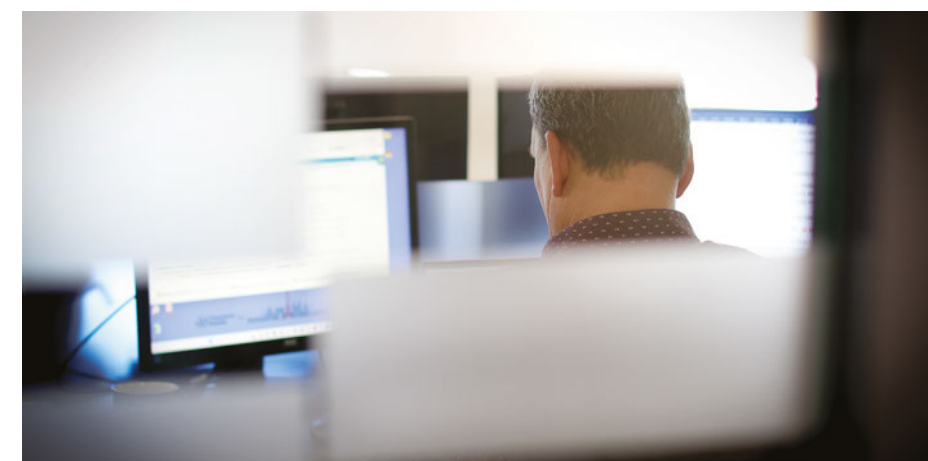
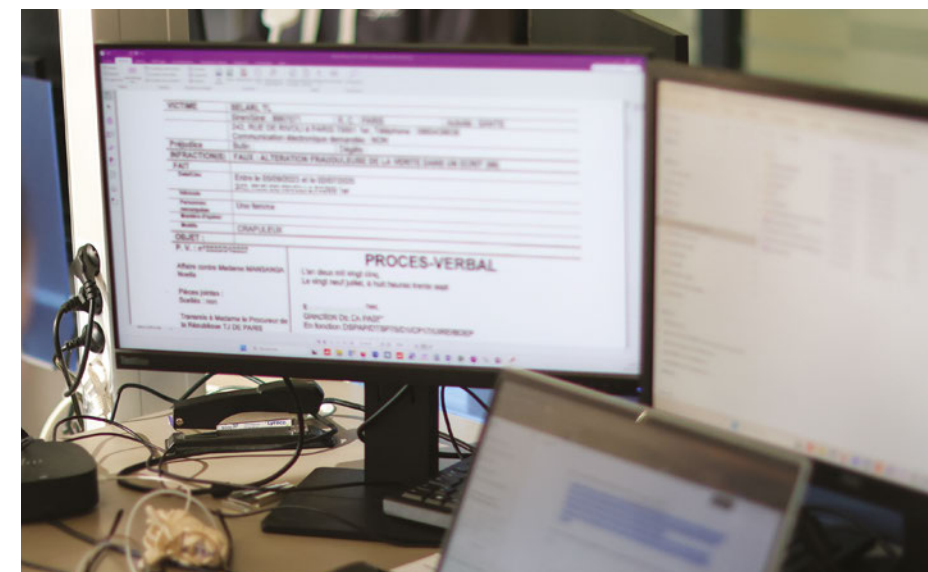
Le Pôle Interrégional d'Enquêteurs Judiciaires (PIEJ) de Paris, une des six unités spécialisées en investigation numérique déployée par l'Assurance Maladie, a ouvert ses portes à ESE pour une journée d'immersion. Reportage au plus près de ceux qui font du combat face à la fraude organisée leur quotidien.

Derrière les écrans, une véritable brigade de l'ombre s'active pour débusquer les fraudeurs, à la Cnam de Paris. Cette antenne fait partie d'un des six PIEJ répartis sur le territoire. Leur mission ? Traquer les fraudes « à enjeux », c'est-à-dire pouvant causer de lourdes pertes financières (généralement supérieures à 100 000 €), avec une dimension interrégionale ou nationale, en bande organisée, et/ou présentant un mode opératoire nouveau, s'appuyant notamment sur l'utilisation des réseaux sociaux et des nouvelles technologies. Depuis 2025, six pôles, rassemblant 60 agents spécialisés (dont des enquêteurs judiciaires) se répartissent sur tout le territoire national. Chacun est rattaché à une Cnam (Paris, Lille-Douai, Blois, La Rochelle, Grenoble et Marseille), la coordination revenant à l'Unité de contrôle et d'investigations des fraudes émergentes (UCIFE), sous la houlette de la CNAM.

Ces unités spécialisées en investigation numérique témoignent de la montée en puissance de la lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie. En 2024, quelque 628 Ms € ont été identifiés et stoppés, un record. À elle seule, la Cnam de Paris a détecté 38 Ms €, la même année. Son pôle dédié à la lutte contre la fraude rassemble en tout une cinquantaine d'agents, dont 13 au sein du PIEJ (qui recouvre les huit départements d'Île-de-France, la Martinique, la Guyane et la Guadeloupe), soit un ratio très performant d'environ 800 000 € de fraudes identifiées et stoppées par agent.

Expertise partagée

« Avec les PIEJ, la relation avec les services de police et gendarmerie ainsi qu'avec le parquet est désormais plus fluide et quasi quotidienne. Cela permet aussi de pousser nos dossiers et d'alerter le parquet sur les dossiers sensibles et inversement », observe Raynal Le May, directeur général de la Cnam de Paris. Ces pôles peuvent être saisis par le parquet, mais également par une caisse, un partenaire institutionnel, ou la CNAM (UCIFE). Ils ont aussi la capacité de s'autosaisir d'un dossier après avoir eux-mêmes détecté des



fraudes à enjeux. Le parquet sollicite parfois ces experts suite à une plainte déposée par les antennes « classiques » de lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie, pour qu'ils travaillent avec les services judiciaires sur l'affaire. Le PIEJ parisien a ainsi œuvré avec des services de gendarmerie ou de police après des plaintes déposées par la Cnam dans des affaires impliquant des audioprothésistes et des centres de santé. « L'Assurance Maladie est un domaine complexe, toute la partie facturation, requête, analyse du parcours de soins n'est pas forcément simple à aborder pour un service judiciaire. Le fait que le PIEJ

prenne en charge toute cette partie le libère donc sur son cœur de métier. Nous allons jusqu'à la rédaction des procès-verbaux et des auditions », détaille Sofia L., responsable du PIEJ de Paris. Les premières communications ont été lancées auprès de ces services dès mars 2025 et les liens ont été tissés assez rapidement. « Nous avons beaucoup travaillé avec l'Office central de lutte contre le travail illégal (OCLTI), qui comprend des équipes spécialisées dans la fraude sociale, pour leur expliciter les mécanismes de facturation propres à chaque dossier : leurs équipes spécialisées sont vraiment montées en compétence ...

... sur ces sujets. Nous sommes en cosaisine avec eux au moins sur la moitié des dossiers, c'est-à-dire que le magistrat nous a demandé de travailler ensemble pour que chacun apporte son expertise », explique Francine Bocquel, directrice des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude à la Cpm de Paris. Après les recrutements amorcés mi 2024, puis une phase de rodage, les enquêtes ont pleinement démarré l'année dernière. « Nous avons travaillé sur de très gros dossiers en 2025, que nous sommes en train d'instruire, voire de finaliser », indique le DG de la Cpm. Les affaires sur lesquelles planche le PIEJ impliquent souvent des réseaux mêlant assurés, différentes catégories de professionnels de santé, centres de santé ou encore transporteurs. Elles sont aussi caractérisées par leur volume massif et peuvent représenter des préjudices de plusieurs millions d'euros. Récemment une nouvelle typologie de fraude est apparue : des escrocs se procurent différentes informations sur le *Dark web*, puis rachètent des centres de santé en cours de fermeture pour facturer en très peu de temps un maximum de prestations en tiers

payant. Ces fraudes sont désormais limitées grâce à des contrôles supplémentaires mis en place avant paiement.

Enquêteurs agréés, assermentés et commissionnés

« Avec les PIEJ, on a vraiment une force de frappe au niveau national pour décloison-



Francine Bocquel

ner les enquêtes », avance Francine Bocquel. Cette capacité d'action s'avère essentielle alors que certaines affaires peuvent impliquer jusqu'à une quarantaine de départements. La saisine du PIEJ permet aussi de mieux coordonner les alertes aux services judiciaires, et donc de désengorger le parquet. Le pôle travaille d'ailleurs sur plusieurs dossiers avec le Parquet national antiracket (Pnac) spécialisé dans les fraudes complexes et de grande ampleur. Alors que la data s'impose comme le nerf de la guerre, chaque pôle intègre un statisticien dans son équipe. Il a spécificité de pouvoir accéder à des données interrégionales, et très prochainement nationales, avec à la clé un gain de temps précieux. Outre les services judiciaires, PIEJ œuvre également avec une série de partenaires, notamment les Caf et Urssaf ainsi que l'Office central de lutte contre le travail illégal (OCLTI). À Paris, l'équipe comprend 11 enquêteurs judiciaires. Agréés et assermentés (comme les enquêteurs fraudes « classiques » de la Cpm), ils sont également dotés de certains pouvoirs de police judiciaire. À ce titre, les ...

Trois questions à Raynal Le May, directeur général de la Cpm de Paris

Quelle articulation entre le PIEJ et les services « classiques » de lutte contre la fraude ?

Le PIEJ est un moyen complémentaire d'investigation. Ses équipes nous permettent de renforcer notre capacité d'action sur les fraudes à fort enjeu financier, les fraudes émergentes sur les réseaux sociaux et surtout les fraudes en réseau, notamment à dimension régionale ou nationale. L'intérêt est de mobiliser de nouveaux moyens d'action, alliant de l'expertise humaine avec notamment des ex-gendarmes ou ex-inspecteurs Urssaf et de nouveaux moyens d'enquête. Parmi ces derniers, l'enquête sous pseudonyme, les infiltrations, les auditions et une coopération renforcée avec les services de police et de justice.

Quel apport des nouvelles technologies, notamment l'intelligence artificielle, dans leur action ?

Les équipes du PIEJ disposent d'outils qui leur permettent d'investiguer sur le net et surtout de le faire avec des prérogatives d'enquête. Dans le cadre d'une expérimentation que nous menons, nous utilisons également l'IA à partir de scénarios de suspicion sur deux champs, le matériel auditif et optique. Sur la base de ces scénarios, l'IA score des milliers de factures au regard d'un potentiel risque

de fraude. Le cumul de ces alertes permet d'identifier des professionnels de santé présentant des atypies de facturation et une potentielle pratique frauduleuse. Ces nouveaux outils nous permettent d'être plus efficaces, de mieux détecter la fraude et surtout de mieux la prévenir. À partir du moment où on détecte rapidement des fraudes, nous pouvons engager notamment des procédures de déconventionnement permettant d'éviter les remboursements en réalité frauduleux.

Plus globalement, où en est la montée en charge du PIEJ ?

Pour le PIEJ de Paris, nous avons finalement à peine un an de recul depuis le recrutement et la formation de l'équipe. En 2025, plusieurs grosses affaires ont pu être menées à bien et, compte tenu des investigations en cours, nous attendons une forte progression de nos résultats en 2026.

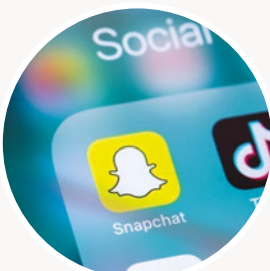
■ Propos recueillis par Émilie Guédé



Le supermarché des arrêts de travail

On connaît l'adage : on trouve de tout sur les réseaux sociaux... vraiment de tout. C'est notamment le cas en ce qui concerne les arrêts de travail. En naviguant, par exemple sur Snapchat, une plateforme où le curseur de modération des contenus publiés est connu pour être moins élevé qu'ailleurs, il se peut que vous tombiez sur une annonce publicitaire vous promettant de gagner rapidement, et facilement, de l'argent. Si, à première vue, l'histoire peut sembler être une arnaque, le chaland a de quoi être troublé, car l'annonce est estampillée Assurance Maladie. Un faux, évidemment, mais il faut noter que le flyer numérique publié reprend *in extenso* les codes graphiques des publications de la branche Maladie. Un vrai trompe-l'œil ! Outre ces considérations de forme, le message affiché se veut quant à lui particulièrement attractif : « Arrêt de travail, bénéficiez entre 4 000 et 8 000 € d'indemnités journalières en deux semaines ».

Dans la pratique, après avoir aguiché l'internaute sur Snapchat, souvent par le biais d'intermédiaires rémunérés, la transaction se finalise directement sur WhatsApp avec l'envoi d'une photocopie d'une carte d'identité, d'une attestation de droit et de ses codes d'accès à Ameli. Pour le reste, l'organisateur de l'acte frauduleux s'occupe de tout en adressant à la Cpm un arrêt de travail d'une durée de trois mois basés sur de faux bulletins de paie. Par exemple, si ce dernier indique un salaire mensuel de 4 000 €, la personne touchera pour la période couverte entre 5 000 et 6 000 € d'indemnités journalières. Sur cette somme, environ 60 % sont reversés à l'organisateur.



Quels acteurs se cachent derrière ce mécanisme ? En lien avec les Urssaf, le PIEJ a pu constater que, dans la moitié des cas, l'entreprise mentionnée n'existe pas. Du côté des professionnels de santé, la tendance s'aggrave avec près de 90 % de prescripteurs fictifs. Pis, les enquêteurs

s'inquiètent d'une recrudescence de vols constatés de tampons de médecins dans les cabinets de ville, ou au sein des centres hospitaliers. Avec derrière, le risque de documents contrefaits en découlant.

Plusieurs combines de ce type sont remontées désormais aux PIEJ. Les montants détournés peuvent varier selon l'ampleur du mécanisme frauduleux, mais certains dépassent déjà les 3 Ms € sur un laps de temps de moins de deux ans.

En vue d'endiguer le phénomène, la CNAM déploie depuis l'an dernier des exemplaires de formulaires CERFA sécurisés auprès des professionnels de santé et des établissements. Or, quelques mois après leur lancement, ces documents sont déjà trouvables sur les réseaux sociaux. Le tarif moyen fixé pour en obtenir un exemplaire tourne autour des 50 €. Ces formulaires seraient donc inefficaces ? « Non », indiquent les équipes du PIEJ de Paris, car « le degré de sécurisation qu'ils introduisent, permet de limiter la casse dans une logique d'entonnoir ». Une chose semble certaine toutefois, la transmission de documents électroniques sécurisés reste la démarche la plus sûre.

■ A.B.

... agents sont également commissionnés et ont suivi une formation spécifique pointue. Celle-ci inclut notamment du droit pénal, des éléments de procédure pénale, la rédaction des procès-verbaux, etc. Les profils apparaissent variés avec quatre anciens gendarmes, quatre ex-enquêteurs agréés et assermentés « classiques » de la Cpm, un ex-enquêteur de l'Urssaf, ainsi qu'un agent auparavant délégué du numérique en santé à l'Assurance Maladie. Un recrutement est en cours. « Il y a une belle synergie, nous avons créé des binômes entre les ex-agents agréés et assermentés et les ex-gendarmes pour pouvoir appréhender un dossier à 360 degrés, dans son investigation Assurance Maladie comme dans sa judiciarisation, qui peut être très complexe », indique la responsable du PIEJ. En cosaisine avec les services judiciaires, les équipes enquêtent, relèvent toutes les infractions et matérialisent les fraudes. « Les enquêteurs judiciaires peuvent aussi participer aux perquisitions et aux gardes à vue avec leur œil "Assurance Maladie". Nous apportons concrètement notre expertise sur place, en participant aux auditions également », précise Francine Bocquel. Ces agents dressent aussi des procès-verbaux, calqués sur le modèle de ceux de la gendarmerie et de la police. Pour certains dossiers, les enquêteurs judiciaires peuvent par ailleurs convoquer un professionnel de santé ou un assuré, par exemple, sans être en binôme avec un gendarme ou



un policier. Très prochainement, ils seront dotés de gilets pare-balles lors des interventions sur le terrain. La fraude en réseau peut en effet impliquer des profils à forts risques, proches de ceux du grand banditisme.

Enquête sous pseudonyme

Les « super-enquêteurs » de la Cpm ont aussi la possibilité d'investiguer sous pseudonyme sur le net, à condition d'avoir reçu l'autorisation du parquet. La pratique, encore embryonnaire, se met en place progressivement. Au PIEJ de Paris, trois enquêteurs y

ont déjà été formés. « Un logiciel, qui vient de la gendarmerie, nous permet de créer de faux liens pour obtenir la localisation d'une personne, c'est-à-dire son adresse IP, son port de connexion, sa géolocalisation, la date, l'heure », observe Pierre B.*, l'un d'entre eux. En se faisant, par exemple, passer pour une personne cherchant à acheter un faux arrêt de travail, l'agent récupère les données du fraudeur, qui sont absorbées par le serveur. « Une fois que nous avons ces informations, nous pouvons faire des réquisitions auprès des opérateurs pour connaître le nom et le prénom de la personne », poursuit l'enquêteur. ...

... Peu d'annonces circulent désormais sur les réseaux sociaux « traditionnels », comme Facebook ou Twitter, les resquilleurs ayant migré sur Telegram ou Blue Sky. La Cpm de Paris a également mis à disposition de l'équipe des téléphones blancs et PC blancs, non reliés au réseau de l'Assurance Maladie, pour explorer le *Dark web*. « Nous nous servons du *Dark web* pour matérialiser la fraude. Ensuite, c'est vraiment la synergie avec les services judiciaires qui permettra d'identifier les personnes hors *Dark Web* », précise Sofia L. Une sorte de « super Google », déjà testé par les équipes, devrait être prochainement disponible. Il permettra aux enquêteurs d'aller encore plus en profondeur dans les « bas-fonds d'Internet », qui pourraient à l'avenir devenir le terrain de prédilection des arnaqueurs de l'Assurance Maladie. La montée en compétence et la capacité d'interception des fraudeurs de ces PIEJ n'en seront que davantage renforcées.

■ **Émilie Guédé**



*Tous les enquêteurs judiciaires ont été anonymisés.

Taxi scam*

La fraude au transport sanitaire est l'un des principaux axes de vigilance mobilisant les équipes de PIEJ. Notamment, par les effets d'amplification que peuvent prendre certaines combines. Le cas « taxi driver » suivi par la cellule de Paris, et plus particulièrement par Jérôme C.**,

en est la parfaite illustration. Tout a commencé en 2022, lorsque plusieurs Cpm ont identifié que des sociétés de taxi conventionnées établissaient de fausses facturations relatives au transport d'assurés vers des offreurs de soins. Or, une fois les vérifications lancées, il s'est révélé qu'en sus, les professionnels de santé n'étaient jamais visités, que les ordonnances étaient fausses, que les prescripteurs et les assurés étaient également inconnus. Une arnaque montée de A à Z, donc ! Or, au moment où les premiers signes conduisent les Cpm à soupçonner quelque chose, plutôt que de stopper la machinerie, les fraudeurs décident d'aller encore plus loin... en complexifiant leur combine.

Concrètement le mode opératoire évolue en s'élargissant. Tout part de la tête de réseau, concentrée sur les deux taxis conventionnés à l'origine de l'escroquerie, qui, en parallèle, mène une double campagne de recrutement.

D'un côté, celle-ci se concentre à trouver d'autres taxis conventionnés complices sur le territoire national intégrant le dispositif en vue de « diluer la facturation ». Pour ce faire, ces derniers avaient obligation d'acheter un ordinateur par véhicule à une personne tierce qui gérait toute la facturation (et donc la transmission aux Cpm) pour l'ensemble de la flotte. Cette activité était d'ailleurs soutenue par l'envoi de copies de cartes Vitale, d'attestations de droit mais aussi de prescriptions justifiant l'usage



de transport sanitaire. Une fois les prestations fictives remboursées, la moitié des sommes perçues revenait à ces complices, tandis que l'autre remontait à la tête de réseau.

Car de l'autre côté, pour alimenter ce système, les principaux « cerveaux » de l'opération se sont employés à recruter à la fois un professionnel de santé, en l'occurrence un kiné qui justifiait l'usage de transport sanitaire dans le cadre de parcours de soins mais aussi, directement des assurés. Ces derniers, contre une rétribution pouvant aller jusqu'à 40 000 €, louaient leur service en tant que patients réalisant des actes fictifs.

Au total, le préjudice pour l'Assurance Maladie est estimé entre 5 et 7 Ms € répartis sur 26 caisses primaires. Dans le cadre de ses missions, le PIEJ de Paris centralise le pilotage de ce dossier.

Quant à la question, pourquoi ne pas tout avoir arrêté avant que le pot au rose soit découvert ? « À ce niveau de sommes détournées, leurs modes de vie ont drastiquement changé. Or, pour le maintenir, ils sont obligés d'aller toujours plus loin et donc prendre toujours plus de risque », constate Jérôme. Et qui dit plus de risque, dit plus de chance de tomber. Comme cela fut le cas en l'occurrence. La tête de ce réseau ayant été arrêtée en janvier dernier. Le kiné et une majorité des taxis complices l'ont été également. Reste l'épineux sujet des assurés. En attendant, l'affaire suit son cours. Des saisies ont d'ailleurs été réalisées par les instances judiciaires, à hauteur de 1,5 M€.

■ **A.B.**

* L'arnaque au taxi

** La personne a été anonymisée

Le projet de loi toujours en attente d'un vote

Lancé à l'automne dernier au Sénat, dans le cadre d'une procédure accélérée, le parcours parlementaire du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales n'a pas encore atteint son épilogue. Avant son vote solennel, prévu pour la fin du mois, inventaire des principales mesures intégrées au texte final qui vont impacter le fonctionnement des organismes de protection sociale.

Article 2 : La mesure prévoit le droit d'accès des organismes de Sécurité sociale aux bases de données patrimoniales en incluant dans le dispositif les agents de la CNAM et les agents départementaux (pour le compte du RSA). De même, il introduit le déploiement de la biométrie dans les contrôles d'existence des pensionnés à l'étranger.

Article 4 : Sur son périmètre actuel, l'article prévoit, outre l'obligation de conception et de mise en œuvre de programme de contrôle et de lutte contre la fraude au niveau des différentes branches de Sécurité sociale, que les directeurs de ces organismes procèdent aux contrôles et enquêtes nécessaires dès lors qu'ils ont connaissance de faits pouvant être de nature à constituer une fraude. Si celle-ci est avérée, ils auront obligation de porter plainte (ou de mandater un autre organisme) dès lors qu'un montant plancher aura été atteint. Le niveau de celui-ci sera fixé par décret.

Article 5 : La mesure encadre le traitement de données des Ocam tout en renforçant les échanges de données entre ceux-ci et l'Assurance Maladie. Les députés ont toutefois exclu les plateformes de tiers-payant et les réseaux de soins du dispositif. (cf p.12)

Article 7 : Dans le cadre des conventions passées avec les Cpm, les entreprises de transport sanitaire et de taxis ayant obligation d'équiper leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par maladie et d'un système électronique de facturation intégré

Article 8 : Ce conséquent article interdit la mise à disposition d'un tiers, à titre onéreux ou non, d'une inscription au registre des VTC, sous peine de sanction administrative consistant en une radiation de ce registre et une interdiction de s'y inscrire à nouveau pendant une durée maximale de trois ans. De leur côté, en cas de constatation de travail dissimulé, les plateformes de service s'exposent à une sanction ne pouvant excéder 10 % du montant de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos.

Article 10 : Le droit de communication auprès des tiers dont disposent les directeurs et directeurs comptables des organismes locaux de Sécurité sociale est étendu aux agents placés sous leur autorité.

Article 14 : La mesure prévoit d'assujettir les revenus présumés issus d'activités illicites soumis à l'impôt sur le revenu à un taux majoré de CSG.

Article 17 : Les directeurs de Cpm pourront à compter



du 1^{er} janvier 2027, en cas de fraude, prononcer à l'encontre d'un professionnel de santé non seulement une sanction financière, mais également une autre qui sera prise sur le fondement de la convention conclue entre leur profession et l'Assurance Maladie. Par ailleurs, il simplifie les modalités de MSO des prescriptions d'un professionnel de santé par une Cpm et étend le champ de la mise sous accord préalable des centres de santé et des plateformes de téléconsultations.

Articles 21, 22 et 26 : Articles impactant les Urssaf avec la création d'une procédure de flagrance sociale et l'extension du devoir de vigilance des donneurs d'ordre en cas de constat de travail dissimulé (cf. p.12). En sus, la branche Recouvrement pourra saisir la valeur de rachat d'un contrat d'assurance-vie dans le cadre d'une procédure d'opposition à tiers détenteur.

Une réalité s'impose : si les mesures inscrites dans ce projet de loi portent quelques avancées réglementaires et opérationnelles pour les opérateurs, leur impact financier potentiel ne devrait toutefois pas bouleverser la donne globale. Un fait déjà pointé, non sans un certain dépit, par le HCFPS en janvier dernier. Quoi qu'il en soit, le vote solennel du texte est pour le moment prévu pour le 31 mars prochain.

Échanges entre AMO et AMC : un pas en avant

Les députés ont rétabli en séance les dispositions sur le partage des données entre Assurance Maladie et complémentaires santé. Ils ont toutefois exclu les plateformes de tiers payant et réseaux de soins.

« La lutte contre la fraude ne peut plus être émietlée; elle exige une action collective, cohérente et coordonnée. C'est pourquoi nous organisons de nouveaux échanges d'informations entre l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires », a déclaré la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, en séance le 25 février dernier. L'article 5 organisant le partage de données entre ces acteurs a été rétabli dans une version assez proche du texte initial, suite à l'adoption d'un amendement du député Cyrille Isaac-Sibille (Modem). La mesure avait été totalement torpillée lors de son passage en commission des Affaires sociales. Les députés avaient notamment limité l'accès des Ocam aux seuls codes regroupés, donc non détaillés. Avec l'article adopté, ils pourront

désormais accéder à des données fines, et s'assurer que le produit délivré par un professionnel de santé correspond à ce qui a été facturé. « Nous restons attachés à l'objectif initial de l'article 5 : lutter efficacement contre la fraude tout en garantissant l'accès aux soins via le tiers payant. Nous saluons donc le rétablissement de l'article dans sa version sortie du Sénat, qui établit une base solide pour lutter contre la fraude », a réagi Séverine Salgado, directrice générale de la Mutualité Française après le vote dans l'hémicycle. Un amendement déposé par le député Louis Boyard (LFI) écarte toutefois les plateformes de tiers payant et réseaux de soins. « En revanche, l'exclusion des plateformes de tiers payant et des réseaux de soins des échanges de données avec l'assurance maladie obligatoire revient tout simplement à remettre en cause le tiers payant : c'est un non-sens opérationnel qui



Séverine Salgado

pénalisera directement l'accès aux soins des Français. Dans la perspective de la suite des débats, notre mobilisation reste entière pour rétablir un article 5 pleinement opérationnel et fidèle à l'équilibre initial », a ajouté la DG mutualiste. Cette disposition inquiète également l'Association des Plateformes de Santé (APFS). « Si cette restriction était maintenue dans le texte final, plus aucun acteur technique ne pourrait traiter les flux nécessaires au remboursement et au tiers payant », alerte cette dernière. Un autre amendement adopté prévoit la suppression des données collectées dans un délai de six mois « lorsqu'elles n'ont pas révélé d'anomalies ». Dans le cas contraire, elles pourront être conservées « jusqu'à l'épuisement des voies de recours, puis détruites dans un délai de trois mois ».

■ Émilie Guédé

Urssaf : stagner pour mieux rebondir ?

Si la branche Recouvrement a connu un exercice 2025 plutôt stable, voire en très léger recul, sur le front de la lutte contre la fraude, 2026 pourrait réenclencher une dynamique sous l'effet de la mise en place de nouveaux dispositifs.

L'an dernier, les Urssaf auront réussi à atteindre la barre des 1,503 Md € de redressement en ce qui concerne le travail dissimulé fort des plus de 38 000 actions de contrôle qui ont pu être menées. Les 1 550 inspecteurs et 220 contrôleurs agréés et assermentés de la branche auront déployé pas moins de 7 665 actions ciblées, dont 4 896 sur les employeurs et 2 769 sur les travailleurs indépendants, et plus de 28 000 au titre de la prévention. A l'heure des bilans, si le résultat global reste toujours conséquent, il s'inscrit toutefois légèrement en retrait par rapport à 2024 (1,586 Md €). En parallèle, et en dehors du cadre du travail dissimulé, les Urssaf ont recensé 2 005 cas de fraudes l'an dernier, dont 79 % concernaient l'affiliation des travailleurs indépendants. Demeure toutefois la problématique de la fraude recouvrée. Un exercice particulièrement difficile dans un contexte où les fraudeurs organisent leur insolvabilité ou cessent leur activité avant même la mise en recouvrement. En 2025, les Urssaf ont atteint les 150 Ms €. Si ce résultat est en phase avec l'objectif cumulé de 543 Ms € fixé par leur COG, le constat du « on peut et on doit faire mieux » s'impose sur ce volet... tout comme pour la branche Maladie. Pour 2026, et au-delà, de gros espoirs sont fondés dans le



lancement du prélèvement à la source des cotisations sociales des autoentrepreneurs travaillant pour le compte des plateformes numériques. Cette « mini-révolution » verra les Urssaf communiquer chaque mois aux plateformes le taux de cotisation à appliquer à leurs autoentrepreneurs en fonction de leur secteur et de leur situation. En parallèle, ces plateformes s'engagent à transmettre leurs chiffres d'affaires réalisés ainsi que le montant des cotisations prélevées dans une démarche de transparence. À partir d'avril 2026, huit plateformes vont entrer dans une phase anticipée de mise en place du dispositif. Une généralisation est d'ores et déjà annoncée pour l'an prochain. Du côté de la caisse nationale, on attend également avec une certaine impatience que le projet de loi soit passé. Certaines mesures devraient réellement renforcer le champ d'action des contrôleurs. À l'image de la création de la procédure de « flagrante sociale » permettant de faire des saisies d'actifs à titre conservatoire ou de la possibilité de mener une action coordonnée entre organismes de Sécurité sociale leur permettant de se constituer partie civile sans plainte préalable.

■ Alexandre Beau

Permettre un ciblage plus performant et plus rapide

Dans le paysage de l'IA et des data, la France compte plusieurs entreprises prometteuses. Parmi celles-ci, ChapsVision semble tirer son épingle du jeu. ESE a rencontré **Thibault Pironneau, son vice-président exécutif** en charge des services, consulting et alliances, afin qu'il présente ce futur champion made in France tout en se projetant sur les possibilités que peut offrir l'IA en matière de lutte contre la fraude.



© DR

Qu'est-ce que ChapsVision ?

ChapsVision est un éditeur européen de logiciels spécialisés dans l'exploitation stratégique de la donnée et l'IA. Elle a été créée en 2019 par Olivier Dellenbach, un entrepreneur français qui avait à son actif des réussites majeures dans le domaine de la tech, lorsqu'il a décidé de se lancer dans une nouvelle aventure entrepreneuriale autour des thématiques complexes, comme la data et l'IA. L'idée étant de les mettre en perspective d'enjeux majeurs que sont les questions de souveraineté et d'autonomie stratégique de décision. Cette vision a constitué l'ADN de ChapsVision. Depuis, notre structure s'est développée au fil des acquisitions. Aujourd'hui, nous comptons plus de 1 000 collaborateurs, dont 450 personnes dédiées à la R&D, suivant plus de 2 000 clients grands comptes et organisations gouvernementales répartis dans plus de 40 pays.

Dans quels champs intervenez-vous ?

En réponse aux besoins d'accompagnement de nos clients sur des sujets toujours plus complexes, nous couvrons un panel de thématiques assez large. Nous travaillons pour des entités publiques et privées sur les questions de lutte contre la fraude, de cybersécurité, de gestion de crise, mais aussi de forensique (investigation numérique). Au cœur de cet écosystème se trouve ArgonOS, notre plateforme logicielle qui nous permet d'œuvrer sur la partie acquisition, exploration, transformation de la donnée. Cette démarche a pour finalité de transformer la complexité informationnelle en avantage décisionnel. À cela s'ajoutent nos activités portant sur l'engagement client, avec des solutions allant du CRM au Marketing automation.

Vous travaillez donc avec des ministères. Dans quels domaines ?

Depuis plus de quatre ans, nous construisons avec le ministère de l'Intérieur un outil du traitement des données hétérogènes. C'est un partenaire privilégié pour faire d'ArgonOS une solution de référence pour le traitement de cas complexes. En cela, nous travaillons en partenariat avec ce ministère, mais aussi avec

d'autres acteurs régaliens, afin d'identifier des cas d'usage qui permettront de répondre à des besoins d'intérêt général et d'améliorer la qualité du service public.

L'enjeu de souveraineté devient-il prépondérant ?

Certainement ! Quand nous parlions d'ambition précédemment, un des objectifs que nous nous fixons est d'être l'acteur européen principal face aux éditeurs de solutions extra-européennes, garantissant aux États et aux organisations leur souveraineté numérique. De manière à ce que, lorsque, les grandes entreprises et administrations ont vocation à utiliser des solutions traitant des données à caractère sensible, elles aient une alternative aux dépendances étrangères. Nous faisons valoir l'argument de la souveraineté, mais, pas seulement. Nos solutions, les compétences et l'expertise métier que nous proposons, doivent, être au meilleur niveau pour rivaliser avec nos concurrents extra-européens.

Ce que vous permet d'atteindre ArgonOS ?

La force d'ArgonOS est d'intervenir à la fois dans l'acquisition, l'ingestion et la structuration de données très hétérogènes. C'est-à-dire travailler, outre les données clients, sur celles en libre accès sur le web. Au travers de notre outil, nous parvenons à créer des concepts et donner du sens à ces data afin qu'elles puissent être réimplémentées dans des cas d'usage, y compris les plus complexes.

Cette logique peut s'appliquer au champ de la lutte contre la fraude organisée ?

Absolument. Quand on se penche sur la fraude dans la sphère de la protection sociale, le double objectif visé porte à la fois sur la recherche d'atypismes, c'est-à-dire repérer tout type de comportements marginaux ou anormaux, et dans le même temps d'aller très vite pour éviter la redondance de l'acte frauduleux. De manière optimale, on peut aussi dire qu'il peut être possible de les anticiper. Cela passe par une démarche d'identification des schémas en vue d'intercepter la fraude

avant qu'il ne soit trop tard.

L'IA agentique peut-elle permettre de combler ce gap entre l'évolution des techniques de fraude et les moyens dont on dispose pour pouvoir les contrer ?

Sur cet aspect, on fait face à un combat sans fin. C'est ce qui rend d'ailleurs le sujet assez intéressant et toujours dynamique. Toutefois, ce que je peux dire avec beaucoup de certitude, c'est que le déploiement croissant de l'IA agentique accroît réellement les capacités de défense des acteurs. Au travers de cette technologie, on peut travailler sur des assiettes d'information beaucoup plus larges tout en faisant des choses de manière plus pointues. Et ce, sans omettre que ce type d'IA permet un ciblage plus performant et plus rapide. À plus long terme, on peut imaginer que l'on se rapprochera toujours plus de la notion de temps réel. C'est en tout cas vers cela que nous nous orientons.

ChapsVision a-t-il à devenir la prochaine nouvelle « licorne » ?

La croissance soutenue de ChapsVision depuis sa création s'inscrit dans une trajectoire extrêmement ambitieuse, car nous visons de multiplier notre chiffre d'affaires par cinq d'ici 2030. Il est à noter qu'à rebond de certaines startups, nous sommes partis sur un modèle rentable dès le départ. Et ce, avec le soutien notable d'investisseurs tels que Bpifrance. Je vous dirais donc, qu'au-delà de devenir une licorne française, nous voulons faire de ChapsVision une référence européenne grâce à l'internationalisation de toute notre démarche. Je tiens également à souligner que notre structure est rattachée à la fondation HappyCap, dédiée au soutien du handicap mental. Une part significative de notre réussite économique finance cette fondation. Cet engagement donne un sens profond au travail de nos équipes. Également, cela implique que demain notre organisation ne peut pas être reprise par des fonds étrangers. Cette autonomie stratégique représente à nos yeux une des forces de notre modèle économique.

■ Propos recueillis par Alexandre Beau

► COR

Niveau de vie des retraités : les préjugés ont la vie dure !

Le Conseil d'orientation des retraites (COR) poursuit ses travaux intermédiaires en vue de la publication de son grand rapport attendu en juin. Lequel suggérera, de nouvelles projections économiques du système de retraite. Dans ce contexte, l'instance a présenté une série de notes sur le thème « niveau de vie et patrimoine des retraités ». Une contribution qui bouscule, une de plus, nombre de préjugés installés dans l'opinion publique et les médias.



Drazen Zigic / Freepik

Plusieurs points concentrent la problématique entourant le niveau de vie des retraités et de leur patrimoine.

1 Le niveau de vie des ménages de retraités équivaut en moyenne à celui des actifs alors qu'en moyenne individuelle, leur pension brute ne pèse que 54 % de leur revenu d'activité moyen. Pour comparer, il faut associer la taille du ménage (unité de consommation de 1,5 contre 2,5 pour un ménage actif), les économies d'échelle, le mode de consommation, la fiscalité, les revenus du patrimoine. S'y ajoute la détention du logement. Sur ce dernier aspect, on note que 75 % des retraités sont propriétaires contre 45 % des actifs. On notera aussi, et là les choses

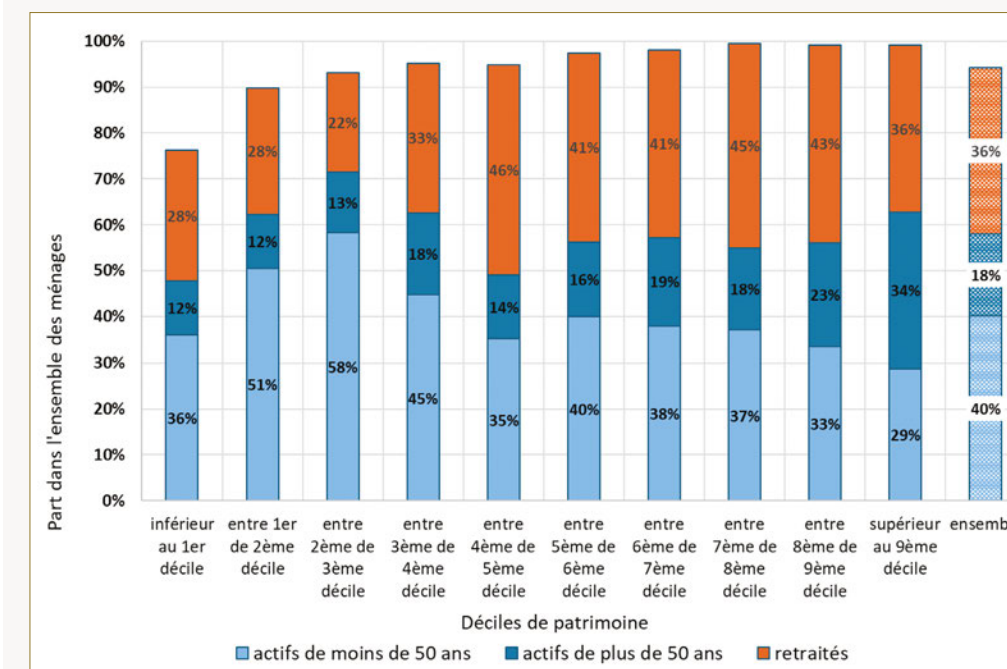
peuvent surprendre, que 35 % des retraités disposent d'un niveau de vie supérieur à celui de leur vie active. C'est le cas notamment des demandeurs d'emploi indemnisés, des anciens invalides et des inactifs... mais aussi, des détenteurs de patrimoine significatifs. Le taux de pauvreté des 65 ans et plus est de 10,5 % contre 15 % pour la totalité de la population âgée de 18 ans et plus. Le départ en retraite fait baisser le taux de pauvreté monétaire de 12,4 à 8,1 %. Perdure donc un écart (à raisonnement moyen) de perception entre d'un côté les données solides de l'INSEE et de la Drees et, de l'autre, l'idée collective que la retraite appauvrit tout le monde.

2 La question du patrimoine des

65 ans et plus mérite un solide constat. En 2021, le patrimoine moyen net des retraités (36 % du total des ménages) était de 310 ks € contre 240 ks € pour les actifs. Les retraités détiennent 38,5 % du patrimoine total. Mais, évidemment, les écarts de situation sont importants : 630 Ks € pour un ménage « retraités » cadre/profession libérale et 140 ks € pour le ménage ouvrier. Si l'on élargit l'échelle des situations, le rapport atteint 1 à 10 pour nombre de cadres « très » supérieurs...

3 Le taux d'épargne diffère considérablement entre jeunes, actifs et retraités. Voilà, un sujet bien sensible ! Globalement, la France occupe avec le Japon et l'Allemagne, le leadership mondial pour le taux d'épargne des ménages. Il se fixe désormais autour des 18 % (entre 22 et 26 % durant la pandémie de Covid). Mais, cette donnée est à nuancer selon l'âge et les situations professionnelles ainsi que familiales évidemment. Ce que les experts ont constaté depuis la crise sanitaire, c'est un accroissement des écarts patrimoniaux entre jeunes et actifs âgés et entre actifs et retraités. Il s'agit d'un autre *French paradox*. Le pays est parfois vilipendé pour son excès de fiscalité et de prélèvements en tous genres, ainsi que sur son niveau excessif de dépenses publiques et sociales. Il n'empêche, la question du pouvoir d'achat reste sur toutes les lèvres. Un sujet légitime en soi, mais, pas forcément pour tout le monde... le tout cohabitant avec un record d'épargne et de capacité de fi-

Part des ménages retraités et actifs dans la hiérarchie des patrimoines bruts, en 2021



Comment lire ce graphique ? Il caractérise la montée en force de la progression des patrimoines bruts chez les actifs de 50 et plus au 9^e décile (39 % de part totale sur la tranche alors que cette population n'entre que pour 18 % en démographie. Plus encore, la montée impressionnante de part de détention des retraités [22,5 % de la population totale du pays] dans la répartition du patrimoine brut national). Sur l'ensemble de déciles de revenu, cette part est de 36 %, mais de 46 % au 4^e décile et encore de 43 % au 8^e.

Évolution des comportements entre 2014 et 2025

	— de 35 ans	35–64 ans	+ 64 ans
Je mets de côté	de 41% à 48%	de 36% à 40%	de 32% à 48%
Je boucle juste mon mois	de 38% à 25%	de 35% à 32%	de 46% à 37%
Je tire sur mes réserves ou je m'endette	de 21% à 27%	de 29% à 28%	de 22% à 15%

Sources : COR et INSEE

nancement, même en période de crise aiguë. Une étude de la Banque Postale sur ses clients démontre que la vigoureuse hausse du taux d'épargne vécue entre 2023 et 2024 tient pour les deux tiers aux retraités. Début 2025, selon l'INSEE, 40 % des ménages déclaraient mettre de l'argent de côté (6 % de plus qu'en 2019). Toutefois, un changement de mode de consommation apparaît nettement. 70 % disent limiter leur consommation. Ce n'est pas forcément une question de moyens. Nombre de ménages pratiquent désormais une forme de sobriété dans leur mode de consommation. Bien entendu, la question du pouvoir d'achat perdure. Mais elle ne revêt pas toujours une expression de carence « quantitative » de moyens. Des choix plus qualitatifs prévalent aussi dans les

arbitrages de consommation.

De quelques enseignements

La période récente conduit à des mutations importantes dans les comportements sociaux. Les retraités consomment moins que les actifs, un classique. Mais sur un plan général, les modes de consommation changent. Effet Covid ? Évoquer la nette amélioration de la situation globale des retraités n'indique aucunement de caractériser comme « privilégiée » toute une catégorie de la population. Au sein des 65 ans et plus, on retrouve d'évidentes différences de niveau de vie et de capacité d'épargne. Le niveau de vie des retraités à long terme changera. Comparé à celui des actifs en moyenne, il baissera relativement.

L'impact des réformes des retraites ainsi que la valorisation supérieure des revenus d'activité au dépend des pensions joueront. De plus, les besoins à satisfaire des 65 ans et plus prennent de l'importance. Qu'il s'agisse du coût des soins, de la perte d'autonomie, des aides à domicile, de l'adaptation des logements, de l'accueil en établissements... Bref, tout ce qui concourt à une société où les plus âgés voient leur nombre croître. La note du COR vise à expliquer ces réalités et à faire litière d'un certain misérabilisme de perception médiatique des situations. Enfin, à montrer qu'une mobilisation intelligente de l'épargne individuelle et collective peut résoudre une partie des défis économiques et sociaux du pays.

■ Pascal Beau



À L'HÔPITAL, ON PREND SOIN DE TOUS, MÊME DES NÔTRES.

Les hospitaliers prennent soin de tous.
Depuis plus de 65 ans la Mutuelle Nationale
des Hospitaliers prend soin d'eux.



Mutuelle Nationale des Hospitaliers
**CRÉE PAR ET POUR
LES HOSPITALIERS**

Plus d'infos sur mnh.fr