

ANNEXE 3

Éléments typologiques relatifs sur les fraudes sociales

Afin d'améliorer la lutte contre les fraudes, la DNLF a établi une typologie qui, sans être exhaustive, constitue un outil destiné à permettre aux acteurs de la lutte contre la fraude de mieux identifier les comportements délictueux.

Les principaux types de fraudes aux prestations sociales identifiés sont présentés dans les encadrés ci-après.

Les fraudes à l'identité

Le fraudeur présente une identité fictive, usurpée ou échangée.

Cette pratique recouvre un grand nombre de comportements frauduleux, par exemple l'utilisation de l'identité d'un tiers pour bénéficier des avantages liés à l'identité de cette personne en matière de remboursements de soins notamment ou encore la création d'une ou de plusieurs identités pour bénéficier de prestations indues.

Les fraudes à la composition familiale

Il s'agit d'établir une fausse déclaration relative au nombre de personnes étant réellement à la charge du foyer (descendants, ascendants ou autres personnes à charge).

L'objectif de la fraude est dans ce cas, en matière sociale, d'augmenter les prestations reçues (Allocations familiales et autres prestations des CAF, RMI, ARS, API...).

Les fraudes à l'isolement

Le fraudeur dissimule son statut de vie maritale ou de vie en couple afin de percevoir des prestations particulières liées à une situation de parent isolé.

La dissimulation de lien de parenté

Le lien de parenté entre le propriétaire et le locataire d'un bien immobilier fait obstacle au versement d'une aide au logement.

Le procédé de la fraude consiste à dissimuler ce lien de parenté.

Le but de la fraude est de toucher, pour le locataire, une aide au logement.

La non-déclaration de décès

Il s'agit ici de permettre à un tiers de continuer à percevoir la pension d'une personne décédée, et ce pendant plusieurs années, en dissimulant le décès de la personne, laquelle percevait une prestation.

La fraude porte essentiellement sur le décès de pensionnés résidant à l'étranger. Le fraudeur produit alors un faux certificat d'existence (attestation validée par une autorité administrative locale) demandé par la caisse.

La fraude à la résidence en France

Le fraudeur dresse une fausse déclaration aux administrations publiques, selon laquelle il habite (ou continue à habiter) en France de façon stable et régulière. Il peut assortir cette déclaration de faux documents (loyers, factures, attestation d'hébergement).

Le fraudeur peut également déclarer que toute sa famille habite avec lui en France, alors qu'une partie de ses membres réside à l'étranger.

L'objectif est de bénéficier des prestations sous conditions de résidence, notamment la CMU de base et la CMU complémentaire, le minimum vieillesse, l'aide sociale, les prestations familiales et éventuellement, pendant quelques mois, les aides au logement.

La fraude à la résidence hors de France

Le fraudeur établit une fausse déclaration (et produit éventuellement des faux documents : factures à l'étranger, déclaration d'hébergement) aux administrations publiques, selon laquelle il a quitté définitivement le territoire national. .

Il s'agit d'échapper aux cotisations sociales dues en France, notamment la contribution sociale généralisée (CSG). Le fraudeur peut omettre parallèlement de produire la même déclaration aux organismes sociaux, de façon à continuer à bénéficier des prestations sociales sous conditions de résidence.

La déclaration d'une adresse fictive

Afin de percevoir frauduleusement des allocations d'aide au logement, le fraudeur déclare aux organismes sociaux ou aux services fiscaux une domiciliation à une adresse qui n'est pas ou plus la sienne.

Plusieurs procédés peuvent conduire à ce type de fraude :

- des documents falsifiés ou une déclaration sur l'honneur du bailleur ou de l'hébergeant ;
- le logement peut même dans certains cas ne pas exister : une simple boîte aux lettres, au nom de l'intéressé, dont le courrier lui est retransmis, peut se trouver à l'adresse indiquée ;
- une omission de déclarer un changement d'adresse tout en utilisant des preuves de son ancienne domiciliation.

Les fausses attestations de droits à l'aide médicale de l'Etat, à l'assurance maladie et les usages frauduleux de la carte Vitale

Le fraudeur présente une attestation de carte Vitale ou d'AME (aide médicale de l'Etat, réservée aux étrangers en situation irrégulière) qui ne lui appartient pas ou qui est falsifiée.

Ce procédé va permettre à un individu de bénéficier de soins auxquels il ne peut prétendre, de bénéficier d'une meilleure prise en charge (s'il utilise une attestation de prise en charge à 100%) ou encore, en tiers payant, d'obtenir la délivrance gratuite de médicaments à l'aide d'une ordonnance réelle ou falsifiée.

Ce procédé permet notamment, dans le cadre de réseaux organisés, de récupérer en un temps très court, un volume considérable de médicaments et de les écouler ensuite sur des marchés parallèles et notamment à l'exportation.

Les fausses ordonnances, fausses feuilles de soins et faux certificats médicaux

Le fraudeur obtient des médicaments, par le mécanisme du tiers payant, en utilisant un document volé ou falsifié.

Le fraudeur peut aussi se procurer des ordonnanciers pour établir notamment de fausses ordonnances ce qui lui permet de se faire délivrer des médicaments, par exemple des substituts de produits de toxicomanie, pour sa propre consommation ou pour en tirer profit à la revente.

Ce type de procédé permet également, dans le cadre de réseaux organisés et en utilisant de fausses identités, de récupérer en un temps très court, un volume considérable de médicaments et ensuite de les écouler sur des marchés parallèles et notamment à l'exportation.

La fraude aux soins à l'étranger

L'objectif de la fraude consiste à percevoir un remboursement indu d'une prestation fictive qui aurait été réalisée à l'étranger ou à obtenir le remboursement des soins qui ne sont pas pris en charge en France (tels que la chirurgie esthétique).

Le fraudeur produit des faux documents (des factures et des prescriptions médicales falsifiées), avec ou sans la complicité de professionnels de santé à l'étranger. En effet, les soins inopinés à l'étranger peuvent être pris en charge par la caisse d'affiliation, dans la double limite des sommes effectivement payées et du remboursement au tarif français.

La fraude à l'état de santé

Le diagnostic de certaines pathologies est difficile à établir (lombalgie, état dépressif...). L'assuré qui souhaite obtenir un arrêt de travail, alors qu'il est en état de travailler, peut renouveler sa demande chez plusieurs médecins.

Il s'agit de disposer d'un temps de repos rémunéré par les indemnités journalières et, éventuellement, d'avoir concomitamment un travail non déclaré.

Les faux justificatifs d'ouverture ou de maintien de droits

Le fraudeur produit des faux documents (faux bulletins de paie, fausses attestations d'emploi ou de fin de contrat, faux certificat de scolarité...) afin de percevoir des prestations chômage, des prestations familiales ou d'autres prestations en espèces (indemnités journalières de maladie ou de maternité) ou de faire augmenter ses droits à pension.

Les actes fictifs facturés à l'Assurance Maladie

Le professionnel de santé perçoit les sommes correspondant, le plus souvent en tiers payant, à des actes qu'il n'a pas réalisés ou des produits qu'il n'a pas délivrés.

Lorsqu'il n'y a pas de tiers payant, la manœuvre est également possible si le patient, complice, se fait rembourser lui-même des actes ou produits fictifs qu'il aura payés.

L'objectif de la fraude est le gain net de chiffre d'affaires ne correspondant à aucune activité réelle.

Les actes réels non remboursables facturés à l'Assurance Maladie

Le professionnel de santé effectue (ou fait effectuer) des actes médicaux non remboursables qui lui permettent d'augmenter son activité (ou celle d'autres professionnels) sans utilité médicale ou hors cadre des règles de prise en charge : chirurgie esthétique, médicaments non remboursables, actes ne respectant pas les règles particulières de remboursement (prise en charge à 100% des ALD, délivrance de substituts aux opiacés) ...

Ces actes, qui sont souvent dissimulés sous un numéro de nomenclature autre, peuvent être soit payés par le patient qui en obtient ensuite le remboursement, soit être remboursés directement au professionnel par l'assurance maladie (titulaires de la CMU-C, actes coûteux, pharmacie).

Pour le professionnel, il s'agit d'un gain de chiffre d'affaires correspondant à une activité réelle, mais ne correspondant pas au cadre réglementaire du remboursement. Cette technique permet notamment de « solvabiliser » des patients pour des actes qu'ils n'auraient pas pu financer eux-mêmes, par exemple la réalisation de prothèses dentaires coûteuses ou de chirurgie esthétique.

Les actes réels mais facturés surcotés à l'Assurance Maladie

Le professionnel de santé effectue des actes médicaux remboursables, mais les surcote, ce qui lui permet d'augmenter son chiffre d'affaires en dehors des règles de la nomenclature en augmentant leur coût pour ses patients : facturation d'une prothèse de la hanche au lieu du genou réellement opéré, plusieurs dates de visite chez le dentiste alors qu'un seul soin a été effectué, cotation d'une visite à domicile alors que la consultation a eu lieu au cabinet...

Ces actes, qui sont dissimulés sous un autre numéro de nomenclature, peuvent être soit payés par le patient qui obtient ensuite leur remboursement, soit être remboursés directement au professionnel par l'assurance maladie (titulaires de la CMU-C, actes coûteux, pharmacie). Ils sont difficiles à détecter dans la mesure où un acte a été réellement effectué et où le patient et le professionnel y ont généralement conjointement intérêt.

Pour le professionnel, ce procédé entraîne un gain de chiffre d'affaires correspondant à une activité réelle, mais survalorisée. Le patient peut obtenir une meilleure prise en charge des actes en dépit des règles en vigueur.

Le non-respect des règles de limitation d'activité

Certaines prestations sociales sont versées à un bénéficiaire afin de lui permettre de continuer à subvenir à ses besoins alors qu'il est empêché d'exercer une activité rémunérée pendant la durée de leur versement, du fait d'une maladie, d'une perte d'emploi, de sa retraite... Une personne percevant ces prestations fraude si elle exerce une activité rémunérée sans la signaler, le cumul de la prestation et d'une rémunération étant interdit.

En cas d'arrêt maladie, l'employeur peut pratiquer la subrogation des indemnités journalières (IJ), c'est-à-dire percevoir les IJ à la place du salarié tout en continuant à lui payer son salaire pendant l'arrêt de travail pour maladie. L'employeur commet une fraude s'il ne déclare pas la reprise d'activité du salarié. En effet, il continue alors à percevoir les IJ et diminue, *de facto*, le coût du salarié.

Les actes facturés à l'Assurance Maladie réalisés sans autorisation ou par des tiers

Le professionnel de santé fait effectuer par une autre personne des actes qu'il est supposé avoir accomplis lui-même et fait prendre en charge ceux-ci par l'assurance maladie. Ce détournement lui permet de cumuler les actes.

Par exemple, un radiologue fait effectuer les radios par des techniciens et leur demande d'établir le diagnostic eux-mêmes, alors qu'ils ne sont pas compétents pour le faire.

L'objectif est d'augmenter l'activité et la rémunération du professionnel ou de l'établissement.

La dissimulation de revenus

Le fraudeur minore ses revenus déclarés afin de pouvoir percevoir davantage de prestations sociales ou pour éviter ou limiter un prélèvement social.

Ce type de fraude concerne potentiellement toutes les prestations sous condition de ressources ainsi que les prélèvements sociaux sur les particuliers ou les sociétés.

La surévaluation des revenus ou des rémunérations

Le fraudeur, afin de bénéficier d'une prestation sociale plus importante, réalise une déclaration faussee en surévaluant le montant de ses revenus (avec ou sans faux justificatifs, le plus souvent des bulletins de salaire).

Parfois, le salarié et l'employeur peuvent agir de concert afin de fournir un avantage indu au salarié (indemnité de chômage surévaluée en compensation d'une absence d'indemnité de licenciement...).

La fraude est réalisée dans l'objectif d'augmenter le montant d'une prestation sociale versée en fonction du montant des rémunérations.

La dissimulation de patrimoine

Le fraudeur minore la valeur de son patrimoine déclaré, ou les biens gracieusement mis à sa disposition, afin de percevoir davantage de prestations sociales ou d'éviter ou de limiter un prélèvement social.

Au niveau social, cette fraude concerne les prestations sociales soumises à condition de ressources (RMI, API-PAJE, CF, ARS, CMU-C et ACS).