



TYPOLOGIE DES FRAUDES

UNE METHODE POUR CONNAITRE LA FRAUDE ET MIEUX LA COMBATTRE

La capacité d'adaptation dans la lutte contre une fraude de plus en plus organisée a justifié la constitution par la DNLF, à partir exclusivement de cas réels, d'une typologie de ces comportements. Cette typologie constitue un outil de travail qui permet de faire progresser la connaissance de la fraude et de chercher à y répondre par des solutions juridiques et organisationnelles. Ainsi ont été identifiées comme prioritaires huit catégories : les comportements frauduleux répertoriés et décrits ont tous pour objectifs de percevoir indûment des prestations ou de diminuer les prélèvements obligatoires, voire les deux à la fois. Ils portent donc atteinte directement aux finances publiques.

C'est en partant des procédés de fraude ainsi caractérisés que peuvent être affinées les réponses des pouvoirs publics.

Les sept fiches suivantes illustrent cette méthodologie : à partir de cas de fraudes réels - allant de la fraude sur Internet aux fraudes des professionnels de santé en passant par la fraude à l'allocation logement - des actions adaptées sont menées par les acteurs de la lutte contre la fraude.



1/ TRAVAIL DISSIMULE ET REDRESSEMENT FORFAITAIRE DES PEINES PLANCHERS POUR LUTTER CONTRE LE TRAVAIL AU NOIR

1/ Cas :

A l'occasion de la tenue d'un salon dans un parc des expositions où plusieurs exposants tenaient un stand, des inspecteurs du recouvrement de l'URSSAF effectuent un contrôle conformément à leur mission de lutte contre le travail illégal.

Parmi les exposants, un restaurateur présente un stand de cuisine exotique tenu par deux de ses salariés. Lors du contrôle, les inspecteurs constatent que l'un des salariés n'est pas déclaré aux organismes sociaux (absence de déclaration préalable à l'embauche - DPAE).

Les inspecteurs de l'URSSAF décident de contrôler, plusieurs jours plus tard, en compagnie de la police, le restaurateur qui tenait le stand au parc des expositions. Cette opération permet de découvrir dans le restaurant deux autres personnes, en train de travailler dans la cuisine, mais non-déclarées.

La procédure de travail dissimulé diligentée par la police est transmise au parquet.

Ne disposant pas d'éléments probants de la part de l'employeur, ni sur la date d'embauche, ni sur la rémunération des salariés, l'URSSAF procède au redressement forfaitaire.

Suite à cette vérification, l'employeur doit acquitter un rappel de cotisations et contributions de sécurité sociale d'un montant de plus de 11.000 € pour les trois salariés non-déclarés sans compter les majorations de retard.

2/ Actions de lutte contre la fraude :

- Depuis 2008, il est possible d'appliquer un redressement forfaitaire des cotisations dues pour un travailleur dissimulé. Cette mesure est possible quand un délit de travail dissimulé est constaté et qu'aucun élément ne permet de connaître de façon certaine ni la date d'embauche, ni la rémunération versée au salarié. Dans cette situation, la base des cotisations est désormais fixée forfaitairement et se calcule sur six mois de rémunération au SMIC pour un temps plein. C'est donc à l'employeur d'apporter la preuve que l'embauche est plus récente.
Second semestre 2008 : 322 actions de contrôle ont donné lieu à 2,4 M€ de redressements notifiés suite à l'application du redressement forfaitaire.
- Mobilisation croissante des huit corps de contrôle en responsabilité sur ce sujet avec une verbalisation croissante (+ 9 % sur un an) :
 1. Les inspecteurs des URSSAF, dont la mission principale est le contrôle d'assiette, le recouvrement des cotisations sociales... ont consacré en 2007 près de 14 % de leur activité aux actions de prévention et de répression du travail dissimulé.



Lutte contre la fraude

2. Des opérations « conjointes » plus nombreuses menées par les corps de contrôle (représentant 21% des interventions totales, chiffre en progression constante) qui gagnent en efficacité et qui sont plus dissuasives. Elles permettent tout à la fois d'intervenir sur les trois champs de la réglementation (travail, sécurité sociale, fiscalité). Cette approche est facilitée par le travail transversal et collaboratif mené au sein des COLTI et des comités de lutte contre la fraude (CLU).
 3. Actions de contrôle menées au-delà des secteurs traditionnels (BTP, HCR) vers de nouveaux secteurs (gardiennage...).
- Transmission obligatoire des procès-verbaux de travail illégal aux organismes de recouvrement pour accroître les redressements de cotisations et développement des signalements de situations de travail dissimulé aux organismes de protection sociale (CAF, CPAM, pôle emploi...). Une circulaire de la DNLF du 20 janvier 2009 décrit tous ces mécanismes.
 - Droit de communication : les organismes de sécurité sociale peuvent l'exercer notamment auprès :
 1. des banques ;
 2. des fournisseurs d'énergie, des entreprises ou compagnies de transport, de poste ou de messageries ;
 3. des compagnies d'assurance.

Le droit de communication délie les entreprises du secret professionnel et les oblige à répondre aux demandes des administrations et organismes qui bénéficient de ce droit.



2/ INDEMNITES JOURNALIERES FAUX MALADES MAIS VRAIES INDEMNITES

1/ Cas :

- cas n° 1 :

A la lecture des résultats sportifs parus dans la presse, un contrôleur s'étonne de voir apparaître, dans la rubrique "GOLF" du journal local, le nom de monsieur T. au palmarès d'une compétition ayant eu lieu dans la région. En effet cet assuré est bien connu des contrôleurs pour être, à cette époque, indemnisé par la caisse au titre d'une rechute d'accident de travail, sur la base de salaires plafond (il s'agit d'un ancien joueur de football professionnel).

La caisse diligente une enquête. Les organisateurs de la compétition confirment que monsieur T. a bien participé à l'événement sportif. Des recherches sur Internet montrent même que monsieur T. a participé à 9 compétitions en quatre mois, soit pendant la période indemnisée en accident du travail.

La caisse décide de supprimer le bénéfice des indemnités journalières versées à monsieur T. au motif que l'assuré s'est livré, durant cette période à une activité sportive (entraînements et compétitions de golf) incompatible avec les lésions invoquées et de nature à les aggraver. Le préjudice subi par la caisse est supérieur à 14.000 €.

En outre, la détection de l'infraction a permis d'éviter le paiement de plus de 8.000 € par rapport à des prescriptions médicales.

Si l'infraction n'avait pas été détectée le préjudice aurait été beaucoup plus important.

Contestant la décision, monsieur T. a saisi le tribunal des affaires sociales et sanitaires qui l'a condamné à rembourser le préjudice.

- cas n° 2 :

Un couple d'assurés, monsieur et madame X, veulent s'assurer un supplément de revenus. Monsieur X. décide alors de créer de toute pièce un faux contrat de travail ainsi que de faux bulletins de salaire, puis envoie à la CPAM un faux arrêt de travail afin de percevoir des indemnités journalières.

La CPAM découvre que c'est non seulement monsieur X qui fraude l'assurance maladie, mais également madame X., qui procédait de la même façon depuis plusieurs années.

Le tribunal correctionnel dans le ressort duquel se trouve le domicile de monsieur X condamne le couple pour escroquerie à des peines d'emprisonnement avec sursis et au remboursement du préjudice de plusieurs dizaines de milliers d'euros.



2/ Actions de lutte contre la fraude :

- IJ versées en 2007 : 10 milliards d'€ (maladie, maternité et accident du travail).
- Nombre de contrôles : plus d'un million d'arrêts maladie (point d'information CNAM 5 mars 2009) :
 - Dont 788.000 arrêts de travail de plus de 45 jours ;
 - Dont 239.000 arrêts de travail de moins de 45 jours ;
 - 170 millions d'€ non-versés suite aux 900.000 contrôles opérés en 2007;
 - 13 % des arrêts maladie de courte durée (moins de 45 jours) sont apparus médicalement injustifiés.
- En direction des **assurés**, les contrôles du service médical ont été fortement renforcés à la fois sur les arrêts de longue durée et de courte durée. Depuis 2007, les arrêts de travail sont systématiquement contrôlés à partir du 45^{ème} jour (60^{ème} jour avant).
- Les personnes qui ont eu **plusieurs arrêts de courte durée** au cours d'une année font l'objet de contrôles ciblés.
- A partir de septembre 2008, 12 organismes locaux expérimentent la nouvelle procédure de contre-visite demandée par l'employeur. Dans cette procédure, le résultat du contrôle médical diligenté par l'employeur auprès de son salarié en arrêt maladie fait foi pour la caisse, qui peut décider d'interrompre le versement des indemnités lorsque l'arrêt est considéré comme injustifié médicalement.
- Conformément aux décisions du Président de la République du 18 septembre 2008, la loi prévoit, depuis le début de l'année 2009, qu'en cas de fraudes, la pénalité administrative prononcée ne puisse pas être inférieure à certains « planchers » :
 1. pour les assurés, le seuil est ainsi fixé à un dixième du plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 286 € actuellement) ;
 2. Pour les praticiens libéraux, c'est 1430 € (moitié du plafond mensuel) ;
 3. Pour les employeurs et les établissements de santé, le plancher est fixé à 2860 € (une fois le plafond mensuel de la sécurité sociale).
- En outre, en cas de fraude, les peines maximum ont été augmentées. Dans le cadre de la réforme des pénalités administratives intervenant en 2009, **la CPAM** peut infliger, outre la répétition de l'indu, une pénalité financière à l'assuré qui bénéficie d'IJ maladie alors qu'il n'est pas dans l'incapacité de travailler. Cette pénalité est désormais proportionnelle au montant des IJ perçues indument (jusqu'à 200 % de l'indu dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, en cas de fraude).
- 7 croisements de fichiers visant les salariés, les employeurs et les médecins pour identifier des fraudes aux IJ sont en cours d'élaboration.
- Accès à la base de données des URSSAF relatives aux déclarations préalables à l'embauche (DPAE). Tout employeur qui a l'intention d'embaucher une personne doit faire une DPAE. La base de données des URSSAF contient donc des informations qui permettent aux CPAM de vérifier la vraisemblance de l'embauche.



3/ MEGA-PRESCRIPTEUR

CONTROLE RENFORCE DES « MEDECINS STAKHANOVISTES »

1/ Cas :

Le docteur F., médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle, exerce dans le sud de la France. Il considère que ses prestations valent beaucoup plus que ce que la convention entre l'assurance maladie et les professionnels de santé prévoit d'autant plus qu'il n'est pas autorisé à faire des dépassements d'honoraires.

Il prend l'habitude de ne pas respecter la nomenclature de l'assurance maladie et de surcoter ses actes à certains de ses patients. Il choisit ceux, notamment, qui ne font pas d'avance de frais (CMU-C, longue maladie).

Ce spécialiste cote des actes « simples », comme par exemple une séance de rééducation, en actes plus rares, comme par exemple un bilan général.

L'enquête montre que le docteur F. est également un adepte des actes fictifs facturés à l'assurance maladie. **Par exemple, l'une de ses patientes n'a reçu qu'une consultation médicale sur les 150 facturées à la CPAM sur une période de dix huit mois.**

Enfin, ce spécialiste de la fraude n'hésite pas à rédiger des rapports et **certificats médicaux de complaisance** à des patients devenus des amis. Grâce à ce précieux sésame, l'un d'entre eux obtient indûment une pension d'invalidité (cat. 2).

De 2004 à 2006, le préjudice pour l'assurance maladie est évalué à 200.000 €.

Suite à une plainte de la CPAM, ce médecin a été mis en examen par l'autorité judiciaire. En outre, l'ordre des médecins lui a interdit d'exercer en profession libérale.

2/ Actions de lutte contre la fraude :

- Des requêtes informatiques de l'assurance maladie permettent de détecter les praticiens qui pratiquent un nombre très élevé d'actes. Les résultats de ces traitements informatiques sont transmis pour analyse au service médical.
- Concernant les abus en matière de prescriptions d'arrêts de travail, la commission des pénalités de la CPAM peut proposer la mise sous accord préalable. Cette procédure consiste à obliger les méga-prescripteurs à obtenir l'accord de la caisse pour la prescription de certains actes coûteux dont les indemnités journalières. En pratique, le patient qui se voit prescrire un arrêt de travail par le médecin mis sous accord préalable, doit ensuite rencontrer un médecin conseil de l'assurance maladie qui valide ou non l'arrêt de travail. Cette mesure de surveillance, allant d'un à six mois, est suivie d'une mesure d'impact, afin de voir si le médecin a modifié son comportement. Ce dispositif a un certain effet dissuasif. Pour l'année 2007, en moyenne, après la mise sous accord préalable d'un médecin, le nombre mensuel d'IJ prescrit est divisé par 5 (rapport CNAM 2007). En 2008, 450 médecins libéraux ont été mis sous accord préalable dont 146 médecins généralistes dont les prescriptions d'indemnités journalières étaient fortement supérieures à la moyenne nationale. Cette dernière action a généré



Lutte contre la fraude

13,3 millions d'€ d'économies. Les autres mises sous accord préalable concernent les prescripteurs excessifs de transports sanitaires (140 médecins) et les prescriptions excessives de masso-kinésithérapie (150 médecins).

- Depuis le 1^{er} janvier 2009, peut également faire l'objet d'une pénalité administrative, le professionnel de santé qui renvoie à la caisse d'assurance maladie les documents avec retard.



4/ FRAUDE SUR INTERNET

LA « E-FRAUDE » : L'ACTIVITE DE COMMERCE DISSIMULE SUR INTERNET

1/ Cas :

Monsieur E. travaille et gagne correctement sa vie comme salarié mais succombe à sa fibre commerciale. En effet, il se lance dans une activité commerciale parallèle non-déclarée : la vente sur Internet.

Comme tout commerçant, monsieur E. achète des biens et les revend avec une marge. Il n'a pas besoin de local commercial, tout se passe par Internet.

Ainsi, pour l'année 2007, il achète du matériel neuf sous blister destiné à la revente (notamment des DVD). Son chiffre d'affaires pour l'année avoisine 65.000 €. Il tire de ses opérations un bénéfice de 21.000 € en 2007. D'un point de vue fiscal, ce bénéfice s'ajoute à ses revenus officiels.

L'URSSAF détecte le mode opératoire et contrôle monsieur E. qui reconnaît l'ensemble des faits.

L'URSSAF le redresse pour un montant de 9.700 € et porte plainte auprès du procureur de la République. Elle transmet à l'administration fiscale les éléments utiles au redressement fiscal conformément aux procédures d'échanges d'information. En effet, monsieur E, en plus de l'imposition liée à son bénéfice (qui est, rappelons-le, de 21.000 €), doit reverser la TVA nette (TVA collectée - TVA déductible).

2/ Actions de lutte contre la fraude :

- Pour lutter contre le commerce dissimulé sur Internet, un groupe de pilotage a été mis en place à l'initiative de la DNLF. Il fédère les différentes cellules de veille sur Internet qui existaient depuis quelques années ou qui se sont mises en place très récemment.
- Un comité de pilotage régulier se tiendra de façon bimestrielle pour coordonner les plans d'actions nationaux et fixer les secteurs d'activité pour lesquels des actions sont prioritaires. Des procédures de remontées et d'échanges d'information ont été définies.
- L'article 55 de la LFR 2008 institue un nouveau droit de communication de l'administration fiscale (et de fait des organismes de sécurité sociale).



5/ LA FRAUDE A L'ALLOCATION LOGEMENT LE BAILLEUR FRAUDEUR

1/ Cas :

Monsieur X, propriétaire d'un appartement dans un département du nord de la France, perçoit une allocation logement, pour le compte d'un allocataire qui a quitté le département, et donc son logement, depuis de nombreux mois.

Le propriétaire touche l'aide selon le principe du tiers-payant. En effet, en accord avec l'allocataire locataire, les caisses d'allocations familiales (CAF) peuvent verser les allocations logement directement au propriétaire bailleur. Ceci permet de diminuer le risque d'impayés de loyers qui ne feraient qu'augmenter la précarité de l'allocataire.

Ainsi, selon les procédures habituelles, la CAF expédie le courrier à compléter par l'allocataire à l'adresse connue par elle.

Le propriétaire relève scrupuleusement le courrier. Celui-ci n'est donc jamais retourné à la CAF avec la mention "NPAI" : n'habite pas à l'adresse indiquée.

La CAF d'origine de l'allocataire doit évaluer son préjudice, égal au nombre de mois durant lesquels l'allocation logement a été versée indûment, puis déposer plainte en se constituant partie civile.

2/ Actions de lutte contre la fraude :

- Quel que soit le mode de versement de l'allocation logement, les CAF s'assurent tous les ans du fait que l'allocataire remplisse bien les conditions lui donnant droit à l'allocation logement. Il convient de rappeler l'enjeu financier : le montant total des aides au logement versées par la branche famille en 2007, pour le compte de différents fonds, s'élève à environ 13 milliards d'euros.
- Ce contrôle s'effectue :
 1. sur pièces : vérification des documents envoyés par l'allocataire
 2. sur place : les CAF peuvent également dépêcher un des 620 contrôleurs de la branche famille, afin de s'assurer, au domicile de l'allocataire, de la véracité de la situation.
- Le répertoire national des bénéficiaires (RNB) : le principal apport du RNB est de recenser en une seule base de données tous les allocataires des CAF (prestations familiales, aides au logement...). En l'espèce, ce fichier permet de détecter une multi affiliation.
- Croisements de fichiers : notamment vérification auprès des impôts des données de fiscalité foncière.



6/ TRAVAIL FRAUDE A LA TVA INTRACOMMUNAUTAIRE **LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE A LA TVA INTRACOMMUNAUTAIRE S'INTENSIFIE**

1/ Cas :

Une société C est spécialisée dans l'achat-vente de téléphones portables. Ses fournisseurs sont des sociétés françaises comme des sociétés européennes.

Un contrôle fiscal, diligenté à son encontre, révèle les faits suivants :

- la société pratique des prix anormalement bas ;
- la société achète des produits à des fournisseurs ne s'acquittant pas de la TVA.

En recourant à des fournisseurs défaillants, elle s'approvisionne auprès de ceux-ci à des prix inférieurs au prix du marché (du fait du non reversement de la TVA) et bénéficie d'un droit à déduction d'une TVA qui n'a jamais été acquittée en amont.

De plus, cette société ne remplit pas toutes ses obligations déclaratives et ne paye que partiellement les impôts commerciaux relatifs aux ventes réalisées en France.

Le montant des rappels TVA effectués sur la société C s'élève à 690.000 € assortis d'un montant de 320.000 € de pénalités.

2/ Actions de lutte contre la fraude :

- La lutte contre la fraude à la TVA intracommunautaire est organisée par une direction nationale spécialisée au sein de la DGFiP qui assure le contrôle comme la coordination de cette action au plan national.
- 3 brigades d'intervention rapide et spécialisées dans la lutte contre ce type de fraude sont chargées de contrôler les sociétés intervenant dans un carrousel TVA. Cette direction est également partenaire des plusieurs pays européens avec lesquels elles échangent des informations nécessaires à la lutte contre la fraude carrousel, par l'échange de données.
- La création en 2008 d'une procédure de flagrance fiscale permet dorénavant de sanctionner une fraude fiscale dès sa constatation sans attendre le dépôt des déclarations annuelles ou périodiques, avant la disparition de l'entreprise et ainsi corriger rapidement une situation manifestement frauduleuse, notamment en matière de fraude carrousel.
- Cette procédure permet également de préserver les intérêts du Trésor en procédant à des saisies conservatoires, sans autorisation du juge et avant même l'obtention d'un titre conservatoire.
- De plus, le projet EUROFISC, lancé sous présidence française de l'Union Européenne, prévoit la création d'un réseau officiel d'échange rapide et multilatéral européen.
- Par ailleurs, la suspension fin 2008 du numéro intracommunautaire d'un opérateur défaillant fiscalement est de nature à mieux lutter contre ce type de fraude.



Lutte contre
la fraude

7/ FRAUDE AUX ALLOCATIONS CHOMAGE **DES FRAUDEURS QUI NE CHOMENT PAS**

1/ Cas :

Entre 2005 et 2008, un couple, monsieur et madame V., crée plusieurs sociétés dont la plupart sont des coquilles vides sans aucune activité réelle. Monsieur V. place ses parents âgés à la tête de ses sociétés à leur insu.

Le couple V. est salarié des sociétés et perçoit officiellement des salaires supérieurs à 10.000 € pendant quelques mois. En réalité, le couple ne touche aucun salaire. Les fiches de paye sont fausses.

Puis les époux V. se font licencier des sociétés et déposent leur dossier auprès des Assédic avec les fausses fiches de paye. L'organisme détecte la fraude avant tout versement d'indemnités.

Le préjudice évité par les Assédic s'élève à 140.000 €.

Les Assédic ont déposé plainte.

2/ Actions de lutte contre la fraude :

- Les déclarations de fin de contrat de travail sont données par les employeurs aux salariés perdant un emploi. Ces déclarations constituent une pièce importante pour demander des indemnités chômage car elles indiquent les rémunérations versées. Ces déclarations ont été dématérialisées et sont maintenant majoritairement transmises directement aux Assédic par les employeurs, ce qui permet d'éviter leur risque de falsification par le demandeur d'allocations.
- Un accès aux déclarations préalables à l'embauche (DPAE) gérées par les URSSAF a été ouvert pour les contrôleurs des Assédic depuis octobre 2008. La consultation de ces déclarations d'embauche par les employeurs permet également de vérifier les justificatifs de salaires douteux, avant de s'adresser à l'ex-employeur si nécessaire.
- Les Assédic ne disposaient pas systématiquement d'une information permettant de vérifier que les cotisations sociales versées par les entreprises correspondaient aux salariés présents. De nombreux procédés de fraudes utilisaient cette lacune. Une déclaration nominative mensuelle des rémunérations a été instaurée (accord CNIL obtenu en décembre 2008) et s'étend progressivement. Cette déclaration va permettre de combler cette lacune.