



Paris, le

La Garde des Sceaux, Ministre de la justice

Le Ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique

à

Pour attribution :

**Mesdames et Messieurs les Procureurs Généraux près les Cours d'Appel
Mesdames et Messieurs les Procureurs de la République
Près les Tribunaux Supérieurs d'Appel
Mesdames et Messieurs les Procureurs de la République
Près les Tribunaux de grande instance**

**Monsieur le Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs
Salariés**

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

Monsieur le Directeur de Pôle Emploi

Monsieur le Directeur du Régime Social des Indépendants

Monsieur le Directeur de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

Pour information :

Mesdames et Messieurs les Premiers Présidents des Cour d'Appel

Et les Présidents des Tribunaux Supérieurs d'Appel

Mesdames et Messieurs les Présidents des Tribunaux de grande instance

Monsieur le Directeur de l'Ecole Nationale de la Magistrature

N° Nor : JUS D 0910390C

N° Circulaire : Crim-09-5/G3-06 mai 2009

Référence : SDJPS 07-F-790-C1

OBJET : Lutte contre la fraude aux prestations sociales.

L'ambition en matière de lutte contre la fraude, notamment en matière de prestations sociales, doit être à la mesure de l'ampleur de ce phénomène croissant et du nécessaire rétablissement de la confiance dans notre système de protection sociale.

Ce chantier, dont l'enjeu financier est particulièrement fort, est l'un de ceux pour lesquels les efforts les plus importants sont à mener, comme l'ont précisé le Président de la République et le Premier Ministre dans leur lettre de mission du 11 octobre 2007 au Ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

Les masses financières en jeu sont considérables : les organismes de sécurité sociale recouvrent chaque année plus de 400 milliards d'euros de recettes et versent un montant identique de prestations.

Parce que cette forme de fraude sape les fondements même de la cohésion nationale, elle doit rester un souci constant pour l'ensemble des acteurs du système de protection sociale et l'Autorité judiciaire lorsqu'elle en est saisie.

Il convient de préciser qu'au sens commun, relève de la fraude toute irrégularité, acte ou abstention ayant pour effet de causer un préjudice aux finances publiques, commis de manière intentionnelle.

La présente circulaire a pour objet de renforcer la coordination des différents intervenants afin d'améliorer l'efficacité de la réponse pénale en matière de fraudes aux prestations sociales.

Pour atteindre cet objectif, il apparaît nécessaire :

- d'assurer la cohérence et la lisibilité de l'action publique tant vis-à-vis des citoyens que vis-à-vis des organismes sociaux ;
- de mieux faire connaître aux parquets les spécificités de l'organisation et du fonctionnement des organismes de sécurité sociale, des fraudes sociales dont elles peuvent être victimes et les pouvoirs ou procédures propres dont ces organismes disposent pour prévenir, détecter et sanctionner les fraudes ;
- pour les organismes sociaux de prendre en compte les spécificités de la procédure pénale, les contraintes de l'institution judiciaire ainsi que la nécessité de se rapprocher des parquets afin de définir conjointement une stratégie d'action.

Sont successivement présentés les acteurs et les instruments d'un renforcement de la lutte contre la fraude (I.), la typologie des fraudes et les incriminations pénales applicables (II.) et les sanctions des fraudes aux prestations sociales (III.). Les annexes de la présente circulaire mettent à disposition des différents intervenants, notamment les magistrats des parquets, des outils pratiques utiles au quotidien : glossaire des sigles usités en matière sociale, tableau de synthèse sur les prestations versées par les organismes sociaux, éléments typologiques sur les fraudes sociales.

PLAN

I. Les acteurs et les instruments d'un renforcement de la lutte contre la fraude

1. Le dispositif interministériel

1.1 La DNLF

1.2 Le dispositif local de coordination de la lutte contre la fraude

2. Une conduite dynamique de la politique de lutte contre la fraude

2.1 Les acteurs de la lutte contre la fraude en matière de protection sociale.

2.2 Les échanges d'information

2.3 Améliorer le traitement judiciaire des fraudes

II. Les fraudes sociales, typologie et incriminations

1. Principaux types de fraudes rencontrés en matière sociale

2. Textes d'incrimination

2.1. La nécessité de procéder à une qualification rigoureuse des faits

2.2. Les principales infractions en matière de lutte contre la fraude aux prestations sociales

III. La sanction de la fraude aux prestations sociales

1. Le mécanisme des sanctions administratives et les échanges entre les organismes sociaux et les parquets

2. Une réponse pénale adaptée à la gravité des faits

Annexes :

Annexe 1 - Sigles usités en matière sociale

Annexe 2 - Tableau des principales prestations sociales versées avec indications de contexte utiles

Annexe 3 – Eléments typologiques sur les fraudes sociales

I. Les acteurs et les instruments d'un renforcement de la lutte contre la fraude

La lutte contre les fraudes sociales se caractérise par l'intervention d'un grand nombre d'acteurs : organismes sociaux au niveau local, organismes nationaux, administrations publiques, services de police judiciaire, autorité judiciaire, préfetures et conseils généraux pour certaines prestations.

La Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF), créée par le décret n° 2008-371 du 18 avril 2008, a pour mission de faciliter la coordination entre ces différentes institutions. Au niveau local, les comités locaux de lutte contre la fraude permettent aux acteurs de terrain de mettre en œuvre cette collaboration dont les principales orientations sont définies au niveau national.

La circulaire CRIM 08-15/G4 du Garde des Sceaux en date du 29 septembre 2008 a précisé le rôle et le fonctionnement de ces institutions.

1. Le dispositif interministériel

1.1 La DNLF

La Délégation nationale à la lutte contre la fraude est placée, par délégation du Premier Ministre, auprès du Ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

La DNLF a pour mission de veiller à l'efficacité et à la coordination de la lutte contre la fraude aux finances publiques au sens général, comportant notamment la fraude en matière de prestations sociales. Elle mène des travaux d'évaluation de la fraude pour mieux en appréhender les contours. La DNLF favorise les échanges de données pour moderniser le dispositif de lutte contre la fraude sociale. Elle travaille également à la mise en œuvre d'une politique de prévention et de communication et est chargée de définir des axes de coopération renforcée avec les organismes et les administrations étrangers.

Il lui appartient également de proposer toute réforme permettant d'améliorer la lutte contre la fraude, notamment aux niveaux juridique et opérationnel.

Elle est dirigée par un Délégué National, nommé en Conseil des Ministres, entouré de chargés de mission, dont un magistrat de l'ordre judiciaire qui a notamment pour mission d'assurer l'interface entre la Délégation et les services du Ministère de la Justice.

Si la définition de la politique pénale reste de la compétence exclusive du Garde des Sceaux, le magistrat mis à disposition de la DNLF peut cependant constituer un contact utile pour les magistrats des juridictions qui peuvent le solliciter, en tant que de besoin, sur les questions d'ordre juridique relevant de la compétence de la Délégation.

1.2 Le dispositif local de coordination de la lutte contre la fraude

La lutte contre la fraude aux prestations sociales relève notamment du dispositif interministériel rénové et expérimental de lutte contre les fraudes au niveau local mis en place par le décret du 18 avril 2008, complété par l'arrêté du 6 août 2008.

Les comités locaux réunissent l'ensemble des acteurs de la lutte contre ce type de fraudes. Ils ont vocation à être un lieu de collaboration entre les acteurs de la politique pénale, les autres services de l'Etat et les organismes sociaux, à travers l'échange d'informations à vocation opérationnelle, l'organisation de contrôles coordonnés et l'évaluation des résultats.

Les comités locaux transmettront à la DNLF des bilans trimestriels permettant d'évaluer leur activité et de valoriser leurs initiatives en la matière.

2. Une conduite dynamique de la politique de lutte contre la fraude

2.1 Les acteurs de la lutte contre la fraude en matière de protection sociale.

La Direction de la sécurité sociale (DSS) est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la sécurité sociale : assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, financement et gouvernance.

Elle est rattachée aux différents ministres en charge de la sécurité sociale.

Sa compétence s'étend sur l'ensemble des régimes de base (régime général des salariés, régime agricole, régime des indépendants, régimes spéciaux, etc.).

Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources.

La DSS impulse le développement des actions de contrôle et de lutte contre la fraude aux prestations sociales. Elle a mis en place une direction de projet dédiée à la lutte contre la fraude compétente pour procéder à l'élaboration de textes législatifs et réglementaires et au suivi de l'application.

Les caisses nationales de sécurité sociale sont des établissements publics administratifs sous tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Elles mettent en œuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs.¹

Les organismes sociaux ont intégré la nécessité de la lutte contre la fraude et ont organisé leurs services pour y répondre. Pour détecter les fraudes, leurs agents disposent d'outils et de pouvoirs juridiques qui ont été considérablement renforcés depuis l'adoption de mesures législatives et réglementaires spécifiques, notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

¹ Article L.224-14 du code de la sécurité sociale

Les caisses nationales mettent en œuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elles peuvent à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations. Elles peuvent également requérir la participation de leurs organismes régionaux et locaux à ces actions².

Ainsi, la CNAMTS³ a mis en place une direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes et une direction des risques professionnels. Les actions s'organisent dans le cadre d'un plan annuel de contrôle-contentieux et de lutte contre la fraude qui comprend un volet national, un volet local et régional et des projets structurants.

Outre ses compétences propres d'investigation sur pièces et sur place, l'Assurance Maladie s'appuie sur des dispositions lui permettant des échanges d'informations avec les autres organismes sociaux et les services fiscaux.

Au niveau local, des directeurs coordinateurs régionaux de la gestion des risques et de la lutte contre la fraude ont été nommés. Au regard de la technicité des fraudes en matière d'assurance maladie notamment en ce qui concerne les relations avec les professionnels de santé, il n'y aurait qu'avantage à ce que Mesdames et Messieurs les Procureurs Généraux organisent des rencontres régulières entre ces interlocuteurs et les procureurs de la République du ressort afin d'établir un lien direct bénéfique entre l'autorité judiciaire et les responsables de la lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie.

En matière d'assurance maladie, la complexité et la technicité de certaines fraudes justifient par ailleurs pleinement le recours à des techniciens des CPAM⁴, des CRAM⁵ ou de la CNAMTS, ou encore à des « praticiens-conseils »⁶ au cours des enquêtes judiciaires. Lors de la constitution des équipes d'enquêtes pluridisciplinaires il ne pourrait qu'être profitable que des agents spécialisés des organismes sociaux soient sollicités par l'intermédiaire des dispositions des articles 60 et 77-1 du code de procédure pénale lorsque les investigations ont pour objet des fraudes sociales particulièrement techniques.

La CNAV⁷ met en place un dispositif global de prévention et de lutte contre les fraudes en matière d'assurance vieillesse, notamment en améliorant l'organisation de ses cellules fraudes, en développant les contrôles et enquêtes sur place, en développant la coopération internationale et en engageant une réflexion sur les modes de preuve de l'activité professionnelle dans le cadre des régularisations de carrière individuelle. Un axe de développement retenu est celui de l'amélioration des techniques informatiques utilisées. La lutte contre la fraude à la CNAV est dirigée par le Département lutte contre les fraudes.

La CNAF⁸ a aussi réformé son dispositif de lutte contre la fraude qui est dirigée au niveau national par la Mission Fraude. Elle s'appuie sur un plan national de maîtrise des risques qui est décliné au niveau local dans chaque CAF.

² Article L.224-14 du code de la sécurité sociale

³ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

⁴ Caisse primaire d'assurance maladie

⁵ Caisse régionale d'assurance maladie

⁶ On rappelle à cet égard que les médecins ou dentistes conseils ne dépendent pas hiérarchiquement de la direction de la caisse locale.

⁷ Caisse nationale d'assurance vieillesse

⁸ Caisse nationale d'allocations familiales

Bien entendu, les agents de contrôle des CAF mènent des investigations également sur place auprès des bénéficiaires.

Un des axes majeurs de la détection des fraudes par les Allocations Familiales est l'utilisation croisée, dans le respect des formalités préalables auprès de la CNIL, des informations obtenues des partenaires.

Un Référentiel National des Bénéficiaires (RNB), dont la première version est opérationnelle depuis janvier 2008, permet d'éviter les multi affiliations de personnes dans plusieurs CAF.

Dans un cadre judiciaire, ce fichier peut permettre aux enquêteurs et aux magistrats, sur réquisition, d'éviter de devoir solliciter plusieurs CAF pour obtenir des renseignements utiles à la conduite des investigations. Le RNB étant accessible au sein de chaque CAF, une réquisition adressée au directeur de la caisse dont dépend le TGI ou le service enquêteur permet d'avoir accès à ces informations.

Les directeurs des CAF devront veiller à répondre aux réquisitions judiciaires dans les délais les plus brefs, ce qui conditionne la célérité des investigations.

Ce fichier RNB est le prélude au futur RNP (Référentiel National des Personnes) qui contribuera lui-même au RNCPS, le Répertoire national commun de la protection sociale.

Concernant la lutte contre la fraude, le RNCPS devrait, en donnant une vue de l'ensemble des prestations servies à une même personne, permettre d'empêcher la perception de prestations incompatibles entre elles, par exemple des allocations familiales servies à la fois par une CAF et la MSA ou bien une pension d'invalidité servie par la CPAM cumulée avec une allocation d'adulte handicapé payée par la CAF.

La CCMSA⁹ a également mis en place une Mission lutte contre les fraudes.

La lutte contre les fraudes au RSI¹⁰ relève du service de l'Audit et du Contrôle financier.

Au niveau de POLE EMPLOI, la lutte contre la fraude relève de la Direction de la prévention des fraudes.

Pour le contrôle de la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies, les agents des organismes sociaux disposent d'un droit de communication de tout document ou information utiles auprès des employeurs, administrations, entreprises publiques, banques, entreprises de téléphonie et fournisseurs d'énergie, et plus généralement toute personne ou entreprise ayant le statut de commerçant¹¹.

Il faut rappeler que les parquets peuvent prendre utilement l'attache de la DNLF s'ils ont besoin d'avoir un contact privilégié avec les services de lutte contre la fraude des organismes nationaux de protection sociale, la délégation ayant des interlocuteurs spécifiques dans chacune des structures concernées.

⁹ Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

¹⁰ Régime social des indépendants

¹¹ Articles L.114-19 et L.114-20 du code de la sécurité sociale

Enfin, les procureurs de la République devront utilement appeler l'attention des enquêteurs de leur ressort sur l'opportunité de rechercher les fraudes aux prestations sociales de manière incidente dans les procédures.

2.2 Les échanges d'information

S'assurer que les partenaires se transmettent l'information stratégique en matière de lutte contre la fraude est la mission fondamentale de la DNLF.

Cette culture de la transmission de l'information doit être permanente chez tous les acteurs de la lutte contre la fraude.

La transmission d'information doit également s'effectuer au niveau local et s'intensifier.

Ainsi, en cas de découverte sur un ressort particulier d'une fraude susceptible de se répéter ailleurs sur le territoire national, la DNLF transmettra à la Direction des affaires criminelles et des grâces toutes les informations utiles permettant à celle-ci de disposer de tous les éléments nécessaires au pilotage de l'action publique en matière de lutte contre la fraude.

Les signalements entre les organismes ou services participants aux comités locaux des situations susceptibles de constituer des fraudes sont donc un enjeu essentiel. Ils sont notamment possibles :

- des autorités judiciaires vers les organismes sociaux pour que les éléments utiles à la lutte contre les fraudes aux prestations tirées des procédures judiciaires soient exploités, selon les modalités prévues par l'article L.114-16 du code de la sécurité sociale¹² (exemple des trafiquants de stupéfiants percevant le RMI ou le RSA). A ce titre, un modèle de procès-verbal type destiné à assurer cette communication via l'Autorité judiciaire est en cours de finalisation, en liaison avec la DNLF et les directions générales de la Gendarmerie Nationale et de la Police Nationale ;
- entre les services fiscaux et les organismes sociaux, afin que les cas de fraudes détectés par les uns soient également exploités par les autres (en application des articles L.114-14 du code de la sécurité sociale et des articles L.99 et L.152 du livre des procédures fiscales) ;
- entre organismes sociaux, en application des dispositions des articles L.114-12 et L.583-3 du code de la sécurité sociale.

Les procès-verbaux de travail dissimulé doivent également être transmis aux organismes compétents (URSSAF, MSA...) aux fins de recouvrement des cotisations sociales éludées.

¹² Article L.114-16 du code de la sécurité sociale : « L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu. »

Les organismes de recouvrement doivent signaler les travailleurs dissimulés aux organismes sociaux afin de vérifier l'éventuelle perception frauduleuse de prestations sociales.¹³

Enfin, nous vous invitons à rappeler qu'en cas de découverte d'éléments établissant une fraude aux prestations sociales, il est indispensable que les magistrats des parquets, s'ils choisissent de privilégier une voie alternative aux poursuites pour des raisons d'opportunité, transmettent systématiquement aux organismes sociaux concernés les éléments permettant à ceux-ci de traiter le cas de fraude et puissent en retour bénéficier des informations correspondantes, notamment sur le prononcé ou non de sanctions administratives.

Les directeurs des organismes sociaux sont également invités à informer les procureurs de la République des suites administratives données à ces transmissions dans le cadre des comités locaux de lutte contre la fraude.

2.3 Améliorer le traitement judiciaire des fraudes

Les procureurs généraux doivent être particulièrement vigilants et s'impliquer dans la définition, l'animation et la cohérence de l'action publique exercée par les procureurs de la République de leur ressort.

Au-delà du siège qu'ils ont vocation à occuper au sein des comités locaux de lutte contre la fraude, les procureurs généraux prendront l'initiative de réunions thématiques régulières au niveau du ressort de leur cour d'appel, réunissant les magistrats des parquets. Ces réunions seront notamment l'occasion de dresser le tableau des fraudes sociales sur le ressort et de déterminer les axes judiciaires à privilégier.¹⁴

Comme la Chancellerie le suggère systématiquement pour le traitement des contentieux techniques dans lesquels interviennent des administrations spécifiquement qualifiées, il revient au procureur général d'inviter chaque procureur de la République à désigner un magistrat chargé du traitement du contentieux des fraudes aux prestations sociales siégeant au sein des comités locaux et assurant la cohérence de l'action publique et les relations partenariales.

¹³ Article L. 8271-8-1 du code du travail : « Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-7 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. » - Article L. 114-15 du code de la sécurité sociale : « Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a travaillé sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en oeuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, L. 162-1-14 et L. 323-6 du présent code. Cette information est également portée à la connaissance des institutions gestionnaires du régime de l'assurance chômage, afin de mettre en oeuvre les sanctions prévues aux articles L. 351-17 et L. 365-1 du code du travail. »

¹⁴ La DNLF dispose d'un certain nombre d'informations agrégées au niveau national relatives aux fraudes sociales et ventilées par ressort territorial qui peuvent permettre aux procureurs généraux d'affiner l'animation de leur politique pénale en la matière.

De la même manière, les organismes sociaux, au niveau local, veilleront à désigner en leur sein un interlocuteur référent pour les parquets.

Cette désignation de référents est en effet de nature à faciliter les échanges et l'efficacité du traitement judiciaire des fraudes aux prestations sociales.

Lorsque le dépôt d'une plainte pénale est envisagé, les organismes sociaux veilleront dans la mesure du possible à solliciter un rendez-vous avec le magistrat référent du parquet afin de lui présenter le dossier, ce qui apparaît préférable à un envoi de la plainte par courrier.

Afin de permettre au procureur de la République d'apprécier l'opportunité des poursuites, les organismes sociaux veilleront à produire l'ensemble des éléments de contexte relatifs aux faits et aux mis en cause, comprenant notamment les éventuels précédents n'ayant pas donné lieu à dépôt de plainte.

Le rôle des parquets au sein des comités locaux est central. Il appartient aux procureurs de la République de s'impliquer très fortement dans l'animation de ces comités.

Les formations restreintes des comités locaux uniques sont l'occasion d'assurer le suivi des procédures initiées et de préparer des opérations judiciaires concertées. Dans les départements n'expérimentant pas les CLU, il appartient aux procureurs de la République de mettre en place ces réunions périodiques à vocation opérationnelle, sous leur direction, dans le cadre des groupes de travail internes aux comités prévus par le décret du 18 avril 2008.

La désignation d'un service ou d'une unité de police judiciaire référent unique au sein d'un arrondissement judiciaire en charge des procédures de fraudes sociales au-delà d'un certain seuil de préjudice ou de complexité peut en outre constituer un dispositif efficace.

Il convient enfin de préciser que l'efficacité de la coordination de la lutte contre la fraude repose en partie sur le fonctionnement du secrétariat permanent du comité. Dans la mesure du possible et comme cela est pratiqué dans un certain nombre de départements, une décharge de toute autre tâche jusqu'à 50 % des fonctionnaires ou agents affectés à ce secrétariat est souhaitable.

II. Les fraudes sociales, typologie et incriminations

1. Principaux types de fraudes rencontrés en matière sociale

Afin de mieux lutter contre les fraudes sociales, la DNLF en a établi une typologie, laquelle, sans être exhaustive, constitue un outil pour mieux identifier les comportements délictuels.

Les fraudes sociales sont commises par des auteurs différents (employeurs, professionnels de santé, assurés), sur des prestations différentes (remboursements de soins, bénéfice de minima sociaux...) et pour des mobiles différents (obtenir un revenu de remplacement, majorer ses revenus, diminuer le coût du loyer avec une allocation logement, obtenir des prestations sous conditions de ressources, faire un trafic de médicament, exercer un travail non déclaré...).

Les principaux types de fraudes aux prestations sociales identifiées sont les suivants :

- fraude à l'état civil ;
- fraude à la résidence ;
- fraude à la santé ;
- fraude à l'emploi ;
- fraude à la déclaration de revenus et de patrimoine.

Ces différentes typologies de fraude sont développées en *annexe 3*.

2. Textes d'incrimination

2.1. La nécessité de procéder à une qualification rigoureuse des faits

La fraude aux prestations sociales est susceptible d'être appréhendée par diverses incriminations : celles de droit pénal général prévues et réprimées dans le code pénal et celles prévues par les codes spécifiques qui réglementent les conditions d'attribution et le régime de chaque prestation.

Compte tenu de la règle « non bis in idem » dont il résulte qu'un même fait ne peut entraîner une double déclaration de culpabilité, des hypothèses de cumul idéal de qualifications sont susceptibles de se produire.

Les implications du choix de la qualification sont nombreuses, compte tenu notamment du fait que certaines infractions spécifiques ne sont punies que de peines d'amende, ce qui constitue un obstacle au placement en garde à vue des suspects au stade de l'enquête et au prononcé des peines alternatives à l'emprisonnement au stade du jugement.¹⁵

Les infractions spécifiques aux fraudes en matière de prestations sociales trouveront à s'appliquer en vertu du principe général du droit aux termes duquel la qualification spéciale dérogatoire doit être préférée à la règle générale.

Néanmoins, en application de la jurisprudence de la Cour de cassation aux termes de laquelle une action unique doit être réprimée « sous sa plus haute expression pénale¹⁶ », les infractions de droit pénal général plus sévèrement sanctionnées devront être privilégiées chaque fois que les éléments constitutifs de celles-ci seront caractérisés (notamment les manœuvres frauduleuses de l'escroquerie).

¹⁵ Telles qu'un sursis assorti d'une mise à l'épreuve comportant une obligation d'indemniser les victimes de l'infraction.

¹⁶ Crim 26 juin 1930- bull. n°190

2.2. Les principales infractions en matière de lutte contre la fraude aux prestations sociales

Infractions prévues par le code pénal :

Article 313-1 : l'escroquerie, punie de cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende à titre principal, suppose notamment la preuve d'un acte positif constitutif de manœuvres frauduleuses dépassant le simple mensonge. (tentative incriminée)

Article 441-1 : faux et usage de faux, puni de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. (tentative incriminée)

Article 441-6 alinéa 2 : déclaration mensongère à l'administration aux fins d'obtention d'un avantage indu, punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende à titre principal. (tentative incriminée)

Article 441-7 : établissement ou falsification d'une attestation ou d'un certificat, et usage, puni d'un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. (tentative incriminée)

Infractions prévues par le code de la sécurité sociale :

Article L114-13 : fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des **prestations ou des allocations de toute nature**, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, punie de 5 000 euros d'amende.

Article L162-36 : fraude ou fausse déclaration **commise par les personnes délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement** au titre de l'assurance maladie ou maternité, punie de 5 000 euros d'amende.

Article L.272-1 : fraude ou fausse déclaration, dans l'encaissement ou dans la gestion, **commise par les membres du conseil ou les administrateurs, directeurs ou agents de tous les organismes de sécurité sociale**, punie de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende.

Article L377-5 : **collusion des médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens** en cas de fraude des assurés, punie de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende¹⁷.

Article L.524-6 : fraude ou fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir **l'allocation de parent isolé**, punie de 4 000 euros d'amende. NB : cet article est supprimé par la loi sur le RSA.

Article L.583-3 : fraude, fausse déclaration, inexactitude ou caractère incomplet des informations recueillies en cas de **mise en œuvre des procédures de recouvrement des créances alimentaires**, punies de 5 000 euros d'amende.

¹⁷ Ce même article prévoit en outre la possibilité d'exclusion de ces professionnels des services de l'assurance maladie en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Article L.831-7 : fraude, fausse déclaration, inexactitude ou caractère incomplet des informations recueillies lors de l'appréciation des conditions d'ouverture, du maintien des droits et du calcul de **l'allocation de logement**, punie de 5 000 euros d'amende.

Infractions prévues par le code de l'action sociale et des familles :

Article L.135-1 : perception frauduleuse (ou tentative) de **l'aide sociale**, punie des peines de l'escroquerie.

Article L.232-27 : perception frauduleuse de **l'allocation personnalisée d'autonomie**, punie des peines de l'escroquerie.

Article L.262-46 : perception frauduleuse (ou tentative) de l'allocation de **revenu minimum d'insertion**, punie d'une amende de 4 000 Euros. Pour la perception frauduleuse du RSA, l'incrimination relèvera de l'article L.262-50 du code de l'action sociale et des familles.

Infractions prévues par le code de la construction et de l'habitation :

Article L.351-12 : fraude, fausse déclaration, inexactitude ou caractère incomplet des informations recueillies lors de l'ouverture, le maintien des droits ou le calcul de **l'aide personnalisée au logement**, punie de 5 000 euros d'amende (responsabilité du bénéficiaire ou du demandeur).

Article L.351-13 : fraude ou fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir, ou tenter d'obtenir ou de faire obtenir **l'aide personnalisée au logement**, punie de 5 000 euros d'amende outre le remboursement des sommes indûment versées qui doit être prononcé par le tribunal¹⁸.

Article L.651-1 : collusion des fonctionnaires ou agents des administrations publiques à une fraude lors de la **mise en œuvre de certaines des dispositions visant à remédier à des difficultés exceptionnelles de logement**, punie des peines de la corruption¹⁹.

Infractions prévues par le code du travail :

Articles L.5124-1, L.5135-1, L.5429-1 : fait de percevoir frauduleusement, de faire obtenir frauduleusement (ou tentative) les **allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi**, puni de 4 000 euros d'amende.

Article L.5522-28 : fait de bénéficier ou tenter de bénéficier frauduleusement de **l'aide au projet initiative-jeune**, puni des peines de l'escroquerie.

¹⁸ Peines portées à six mois d'emprisonnement et 18 000 euros d'amende si l'auteur est un administrateur de biens.

¹⁹ Renvoi à l'article L.432-11 du code pénal : 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

Délits prévus par deux lois spéciales :

Article 1^{er} de la loi du 27 septembre 1941 : souscrire sciemment une déclaration inexacte ou incomplète en vue d'obtenir un paiement ou un avantage indu de la part de l'Etat, du département, de la commune ou d'une collectivité publique, puni de 5 ans d'emprisonnement et de 3.750 € d'amende.

Article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 : fournir sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans une déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat, d'une collectivité locale, d'un service ou d'un organisme un paiement ou un avantage quelconque indu, puni de 4 ans d'emprisonnement et de 9.000 € d'amende.

III. La sanction de la fraude aux prestations sociales

1. Le mécanisme des sanctions administratives et les échanges entre les organismes sociaux et les parquets

Les organismes de chaque branche (maladie, famille, vieillesse et recouvrement) disposent d'un pouvoir de sanction administrative des fraudes constatées.

Il convient de noter que la sanction administrative ne peut être prononcée qu'après la réunion d'une commission de sanction *ad hoc* sauf cas particuliers prévus par l'article L.162-1-14 VII du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 115 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Le mis en cause peut ensuite contester cette sanction devant une commission des recours amiables.

La sanction administrative prononcée peut ensuite faire l'objet d'un recours devant la juridiction administrative. Quant au contentieux du recouvrement de ladite sanction, il ressort du tribunal des affaires de sécurité sociale.

En matière de RMI et, à compter du 1^{er} juin 2009, de RSA, c'est le Président du Conseil Général qui exerce le pouvoir de sanction administrative, après avis de la commission *ad hoc*, qui est différente de la commission de la Caisse d'allocations familiale.

Les sanctions administratives sont elles-mêmes distinctes de la procédure de récupération de l'indu.

Sous réserve de considérations d'opportunité liées aux éléments de l'espèce, il convient de préciser à cet égard qu'aucune règle ne s'oppose à la simultanéité de la procédure administrative de récupération de l'indu avec une éventuelle procédure judiciaire.

En effet, les finalités de chacune des deux procédures sont différentes : la procédure pénale vise à caractériser des faits constitutifs d'une infraction et à rechercher et traduire les auteurs devant le tribunal compétent, tandis que la procédure de récupération de l'indu revêt une finalité exclusivement réparatoire (contrairement aux pénalités administratives) et est

applicable hors cas de fraude dès lors que les dispositions légales le prévoient en cas de trop perçu, ce dans le respect du principe du contradictoire.

S'agissant de la procédure pénale, les procureurs de la République pourront utilement informer sur leur demande les organismes sociaux de leur ressort des critères qui déterminent le déclenchement de l'action publique, dans le respect des textes législatifs qui imposent un dépôt de plainte au-delà d'un certain seuil de préjudice,²⁰ défini à l'article D.114-5 du code de la sécurité sociale.

Les directeurs des organismes locaux veilleront à informer en retour les procureurs de la République des suites administratives données aux cas de fraude détectés.

Une telle articulation et ce nécessaire travail d'information sont de nature à conférer plus de latitude aux procureurs de la République pour concentrer les moyens judiciaires sur les cas de comportements frauduleux de plus grande envergure nécessitant une réponse de nature pénale.

2. Une réponse pénale adaptée à la gravité des faits

Il appartient aux procureurs généraux de s'assurer de la mise en œuvre d'une réponse adaptée à la gravité des fraudes sociales constatées et de l'unification de la jurisprudence en la matière dans leur ressort pour éviter une disparité de sanctions préjudiciable à la lisibilité de l'action de l'Etat en matière de lutte contre la fraude.

Dans le cadre de la politique volontariste menée par les pouvoirs publics en matière de lutte contre les fraudes aux finances publiques, les classements sans suite en opportunité, même accompagnés d'une mesure d'avertissement ou de rappel à la loi, devront être spécifiquement motivés par la personnalité de l'auteur ou la faible importance des sommes en jeu.

Les mesures alternatives aux poursuites, principalement les mesures de classement sans suite sous condition de régularisation ou de médiation pénale, doivent être mises en œuvre pour des faits de faible gravité et en s'assurant que le préjudice causé aux finances publiques est réparé ou en voie de l'être.

Les procureurs de la République veilleront à utiliser l'ensemble des voies offertes par le code de procédure pénale au regard de la charge de l'audiencement correctionnel de leur tribunal.

Ainsi, les faits réitérés ou d'une importance significative eu égard au préjudice causé devront faire l'objet de poursuites systématiques devant les juridictions pénales.

Il conviendra en outre de veiller à informer les services concernés des dates d'audience, leur présence étant susceptible d'éclairer la juridiction sur certains aspects de la fraude et d'enrichir leur propre connaissance du fonctionnement de l'institution judiciaire.²¹

²⁰ Article L.114-9 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

²¹ Un tableau en annexe récapitule les organismes en charge de l'affiliation et de la délivrance des prestations, aux fins de faciliter l'identification des victimes de fraudes.

L'attention des directeurs des organismes locaux est appelée sur l'importance de cette présence aux audiences de jugement, qui est un soutien important pour les poursuites engagées par le Parquet.

Il serait à cet égard utile de procéder, dans la mesure du possible et comme en matière de travail illégal, à un audiencement groupé de ce type de dossiers dans le but de rendre plus lisibles la politique pénale mise en œuvre par le parquet et la jurisprudence du tribunal.

Les procureurs de la République veilleront en outre à informer les membres de comités locaux, via leurs secrétariats, des décisions rendues par les juridictions en matière de fraudes sociales.

Il faut noter que la nouvelle rédaction de l'article 85 du code de procédure pénale issue de la loi n° 2007-291 du 5 mars 2007 qui a réformé la recevabilité de la plainte avec constitution de partie civile, n'exonère pas les plaintes des organismes sociaux de l'obligation du dépôt de plainte préalable devant le procureur de la République et de l'obligation d'observer un délai de carence de trois mois.

Il convient à cet effet de rappeler que les organismes sociaux nationaux sont habilités à agir en justice en lieu et place des organismes locaux, soit que ceux-ci soient restés inactifs, soit qu'ils aient donné mandat pour ce faire à leur organisme national²². Un tel cas de figure est notamment susceptible de se rencontrer dans des affaires dans lesquelles plusieurs organismes répartis dans plusieurs départements sont victimes d'agissements frauduleux du ou des mêmes auteurs.

Cette habilitation législative donnée aux caisses nationales peut permettre d'assurer, en lien avec les Parquets, une coordination des procédures au niveau des parties civiles en cas de fraudes en bande organisée commises dans le ressort de plusieurs juridictions pénales.

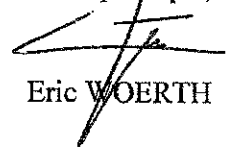
Enfin, en matière de fraudes sociales, la publicité des sanctions a un aspect préventif qu'il convient de privilégier. La publication des décisions de condamnation devra donc être requise devant les juridictions de jugement dès lors que les circonstances le justifieront.

La garde des sceaux, ministre de la Justice,



Rachida DATI

Le ministre du budget, des comptes publics
et de la fonction publique,



Eric WOERTH

²² Article L.114-9 du code de la sécurité sociale (dernier alinéa) : « Les organismes nationaux sont avisés par l'organisme de sécurité sociale de cette fraude et de la suite donnée. A défaut de plainte avec constitution de partie civile de l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration d'un délai d'un mois après une mise en demeure de ce dernier restée infructueuse. Les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin »

ANNEXE 1

Sigles usités en matière sociale

Sigle	signification
AAH	Allocation adulte handicapé
ACA	Allocation chômeurs âgés
ACFP	Allocation compensatrice pour frais professionnels
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACCRE	Aide aux chômeurs créateurs repreneurs d'entreprise
ACS	Aide complémentaire santé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AER	Allocation équivalent retraite
AF	Allocations familiales
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AIS	Acte infirmier de soin (actes systématiques d'un infirmier : nursing...)
ALF	Allocation logement familiale
ALS	Allocation logement sociale
AM	Arrêts maladie : indemnités journalières en cas d'arrêt maladie (prestations en espèces)
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale de l'Etat
AMI	Acte médical infirmier (acte prescrit par un médecin)
AMO	Assurance maladie obligatoire
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APE	Allocation parentale d'éducation
API	Allocation de parent isolé
APL	Aide personnalisée au logement
ARE	Allocation d'aide au retour à l'emploi (en cas de chômage, elle remplace l'AUD : allocation unique dégressive)
ARPE	Allocation de remplacement pour l'emploi
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Allocation de rentrée scolaire
AS	Assurances sociales (par exemple l'assurance maladie), par opposition à AT (accident du travail)
AS	Action sociale
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASF	Allocation de soutien familial
ASL	Aide sociale légale (portage de repas, aide ménagère, hébergement)

ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
AT	Accidents du travail
AT - MP	Accident du travail et maladies professionnelles : pension d'invalidité
ATA	Allocation temporaire d'attente
AT-IJ	Indemnités journalières en cas d'accident du travail (prestations en espèces)
ATJ	Accidents de trajet
ATU	Actes techniques d'urgence (médicaux)
BCR	Brigade de contrôle et de recherche
BRC	Bordereau récapitulatif des cotisations
CCAM	Classification commune des actes médicaux (remplace la NGAP – Nomenclature générale des actes professionnels)
CC-MSA	Caisse centrale – Mutualité sociale agricole
CF	Complément familial
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale. Dans les 4 départements d'outre-mer, elles assurent l'ensemble des fonctions des URSSAF, CRAM, CPAM et CAF.
CI-BTP	Congés intempéries du bâtiment et des travaux publics - Union des caisses de France
CIP	Club inter pharmaceutique : code de classification des médicaments
CMAF	Caisse maritime d'allocations familiales, laquelle assure le rôle de CAF et d'URSSAF pour les marins (pêcheurs et du commerce)
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV-TS	Caisse nationale d'assurance vieillesse (des travailleurs salariés)
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNLF	Comité national de lutte contre la fraude
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COLTI	Comité opérationnel de lutte contre le travail illégal
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CRP	Convention de reclassement personnalisé
CSG	Contribution sociale généralisée
DACG	Direction des affaires criminelles et des grâces
DADS	Déclaration annuelle de données sociales
DFEEF	Direction des français à l'étranger et des étrangers en France
DGAS	Direction générale des affaires sociales
DGDDI	Direction générale des douanes et des droits indirects
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGFAR	Direction générale des forêts et des affaires rurales
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGGN	Direction générale de la gendarmerie nationale
DGPN	Direction générale de la police nationale
DGT	Direction générale du travail

DI	Direction de l'immigration
DIRCOFI	Direction interrégionale du contrôle fiscal
DLPAJ	Direction des libertés publiques et des affaires juridiques
DMAT	Direction de la modernisation et de l'aménagement territorial
DNEF	Direction nationale d'enquêtes fiscales
DNRED	Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières
DNVSF	Direction nationale de vérification des situations fiscales
DP	Droit propre (à la retraite, par opposition à la pension de réversion)
DPAE	Déclaration préalable à l'embauche
DSF	Direction des services fiscaux
DSS	Direction de la sécurité sociale
DUE	Déclaration unique d'embauche
DUR	Déclaration unique de retraite
DVNI	Direction des vérifications nationales et internationales
FCAATA	Fond de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante
FEDER	Fonds européen de développement régional.
FEOGA	Fonds européen d'orientation et de garantie agricole
FFIPSA	Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
FIVA	Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante
FSE	Fonds social européen
FSI	Fond spécial d'invalidité
FSV	Fond de solidarité vieillesse
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
IFOP	Instrument financier d'orientation de la pêche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IGTT	Inspection générale du travail et du transport
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IR	Impôt sur le revenu des particuliers
IS	Impôt sur les sociétés
ISF	Impôt de solidarité sur la fortune
LPP	Liste des produits et prestations : il s'agit d'une liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie comprenant notamment l'appareillage, les stimulateurs, les pompes, les fournitures médicales, etc.
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MTP	Majoration pour tierce personne (versées aux invalides et personnes retraitées, entre 60 et 65 ans, dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne)
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels (ancien code utilisé pour distinguer les actes médicaux et leur coût), elle est maintenant intégrée dans la classification commune des actes médicaux (CCAM)
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (RNIPP)
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
OPS	Organismes de protection sociale
OSS	Organismes de sécurité sociale
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PCH	Prestation de compensation du handicap

PE	Prestations en espèces
PI	Pension d'invalidité
PN	Prestations en nature
PPE	Prime pour l'emploi
PR	Pension de réversion
PSD	Prestation spécifique dépendance
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNCPS	Répertoire national commun de la protection sociale
RNIAM	Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie
RNIPP	Répertoire national d'immatriculation des personnes physiques
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
RNR	Répertoire national des ressources
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Réseau régime social des indépendants
SNDJ	Service national de douane judiciaire
SNGI	Système national de gestion des identifiants (par la CNAV pour les OSS)
SPE	Service des pensions de l'Etat
T2A (ou TAA)	Tarifcation à l'activité (pour les établissements de santé)
TA	Taxe d'apprentissage
TF	Taxe foncière
TGAP	Taxe générale sur les activités polluantes
TH	Taxe d'habitation
TINB	Taxe sur les installations nucléaires de base
TIPP	Taxe intérieure sur les produits pétroliers
TP	Taxe professionnelle
TR	Tableau récapitulatif
TS	Taxe sur les salaires
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
TVS	Taxe sur les véhicules de société
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URSSAF	Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales



ANNEXE 2

Tableau des principales prestations sociales versées avec indications de contexte utiles

NB : Ce tableau n'est pas exhaustif : il reprend, à titre informatif, les principales prestations, à l'exclusion notamment de celles versées par les collectivités, et indique les chiffres disponibles fin 2007 ou fin 2008.

Sigle	signification	objet	Nombre de personnes concernées	Montant (M€)	Gestionnaire
PPE	Prime pour l'Emploi	Aide versée aux personnes ayant travaillé dans l'année dont le revenu fiscal est inférieur à un seuil 1.4 Smic (fonction du nombre de parts) et supérieur à 3700 € (0.3 Smic), en remplacement de l'IR.	9 000 000 de foyers	4 713 M€	DGFIP
Pensions	Pension civile d'invalidité	Pension accordée aux fonctionnaires radiés pour invalidité. Régime proche mais présentant des différences avec celui de la branche générale.	100 000 pensionnés	2 000 M€	
Bourses	Bourses scolaires	Bourses sous conditions de ressources attribuées aux foyers dont des membres sont scolarisés (du primaire au supérieur).			
<i>Prestations chômage versées par les Pole emploi (Budget 28 M€)</i>					
ARE	Chômage : allocation d'aide au retour à l'emploi		1 851 000 chômeurs (fin 2008)	20300 M€	Pôle emploi

CRP	Allocation pour les licenciés économiques		30 000 bénéficiaires	440M€	Pôle emploi
Retraite des chômeurs		Cotisations retraites reversées par l'UNEDIC à l'ACOSS, AGIRC et ARCO et d'autres régimes de retraite ayant une convention avec l'UNEDIC (avocats, personnel navigant)		2 300 M€	Pôle emploi
	Formation des chômeurs		92 000 personnes formées	177 M€ aide 960M€ allocation	Pôle emploi
	Aide à la mobilité des chômeurs			20 M€	Pôle emploi
	Aide aux employeurs recrutant un chômeur			98 M€	Pôle emploi
	Aides différentielles au reclassement	Aide aux allocataires ayant repris un emploi dont la rémunération était sensiblement inférieure à celle de leur emploi précédent		30 M€	Pôle emploi
ARCE	aide à la création ou à la reprise d'entreprise			580 M€	Pôle emploi
ASS	allocation de solidarité spécifique	Allocation versée, sous condition de ressources, aux demandeurs d'emploi ayant travaillé plus de 5 ans et épuisé les droits à l'allocation de retour à l'emploi (ARE) ou à l'allocation de fin de formation (AFF), ou issus de certains secteurs professionnels (marins pêcheurs, dockers occasionnels ou artistes non salariés).	344 400 mandats en moyenne mensuelle	1 792 M€	Pôle emploi
ATA	allocation temporaire d'attente	Ressortissants étrangers demandeurs d'asile en recherche d'emploi et les expatriés licenciés de retour en France.	12130 mandats en moyenne mensuelle	82 M€	Pôle emploi
Prestations familiales Versées par la CNAF (budget 60 Md€)					
AF	Allocations familiales	Allocations versées sans conditions de ressource en fonction du nombre d'enfants à charge	4 639 000 allocataires	12 300 M€	CAF
CF	Complément familial		813 000 allocataires	1 600 M€	CAF
ARS-AAS	Allocation de rentée scolaire		2 836 000 allocataires	1 380 M€	CAF
API	Allocation de Parent Isolé		204 000 allocataires	1 075 M€	CAF
ASF	Allocation de Soutien Familial		712 000 allocataires	1 180 M€	CAF
PAJE	Prestation d'Accueil du Jeune Enfant	4 Primes : à la naissance ou à l'adoption ; Allocation de base ; Complément de libre choix du mode de garde ; Complément de libre choix d'activité. Versées en fonction des ressources aux parents qui travaillent (tous les 2)	3 136 263 allocataires	11 420 M€	CAF et CCMSA
ALP	Allocation Logement Familiale		1 261 157 allocataires	3 668 M€	CAF

ALS	Allocation Logement Sociale -- FNAL -		2 493 152 allocataires	4 325 M€	CAF
APL	Aide Personnalisée au Logement - FNH -		2 207 425 allocataires	6 154 M€	CAF
	Allocation d'Education de l'enfant handicapé		146 000 allocataires	520 M€	CAF
	Allocation Journalière de Présence Parentale		4 667 allocataires		CAF
	Complément d'Allocation Journalière de Présence Parentale		1 259 allocataires	39 M€	CAF
AAH	Allocation adulte handicapé	Allocation sous conditions de ressources : Personne âgée de 20 ans et plus atteinte d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80% résidant de façon stable sur le territoire métropolitain	782 000 allocataires		CAF
	dont Complément AAH	les titulaires de l'allocation spéciale d'invalidité (ASI ex-FSI) peuvent prétendre à l'attribution d'un complément d'AAH (MVA ou GRPH) sous certaines conditions sans percevoir d'AAH	4794 allocataires	5 000 M€	CAF
RMI	Revenu Minimum d'Insertion		1 150 000 allocataires		CAF et MSA pour le CG
	Revenu de Solidarité		12 000 allocataires	6 000 M€	CAF
RSA	Revenu de Solidarité Active	Remplace le RMI et l'API à compter du 1 ^{er} juin 2009			CAF
AS des CAF	Action Sociale des CAF	Aides d'initiative locale à des familles ou des organismes	6 673 000 familles bénéficiaires potentielles	3 739 M€ en 2008	CAF
	retraites	Versées par la CNAVTS	11 300 000 retraités du secteur privé	73 000 M€	CNAVTS (+ autres régimes)
	Prestations d'action sociale pour les personnes âgées	Versées par les CRAM (financement CNAV) sur dossier pour de l'aide à domicile, de l'hébergement en établissement, ou du retour à domicile		357 M€	CRAM et autres caisses de retraite
	Majoration de pension	Majoration pour enfants (M.E.), majoration pour conjoint à charge (M.C.C.)	ME 7 240 000 MCC 262 700	3 715 M€	Versés par les différentes caisses de retraite
	Dépenses du travail et maladies professionnelles	Prise en charge à 100 % (selon barème de la SS) des dépenses de soins engagées sauf pour les produits et prestations figurant sur la liste prévue à l'article L.165-1 du CSS et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 du CSS pour lesquels la prise charge est de 150 % du barème SS.		528 M€ (2007)	

	Accidents du travail et maladies professionnelles	l'accident du travail, qui correspond à un événement générateur d'atteinte à la santé intervenu soudainement dans le cadre du travail, l'accident de trajet, qui survient lors du trajet entre le lieu de travail du salarié et son domicile ou son lieu habituel de repas, la maladie professionnelle déclenchée par une situation pathogène durable ou répétée (ambiance de travail, contact avec des agents pathogènes, postures de travail, etc.).		7 244 M€ (2007)	
AT-II	Indemnités journalières en cas d'accident du travail et maladies professionnelles (Prestations en espèces)	Paiement des jours d'arrêt de travail aux salariés sans délai de carence. Ces indemnités ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.	720 150 accidents de travail et 43 832 maladies professionnelles ont été reconnus en 2007	2 147 M€	
AT - MP	Accident du travail et maladies professionnelles : rente ATMP	Rentes ou capital (soulte si taux d'incapacité permanente <10%) pour les incapacités résultant d'accidents du travail et maladies professionnelles	1 388 000 victimes et ayants droit en 2007	2 694 M€ (aux victimes) 930 M€ (aux ayants droit)	
ATJ	Accidents de trajet	Considérés comme accident du travail	85 442 accidents de trajet reconnus en 2007		
FIVA et FCAATA	Fond d'Indemnisation des Victimes de l'amiante et Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante		6563 demandes en 2008 pour le FIVA (7405 offres en 2008) 8900 demandes en 2008 pour le FCAATA (5900 allocataires entrés dans le dispositif)	424 M€ en 2008 933 M€ en 2008	
	<i>Incapacité temporaire hors IJ</i>			600 M€	
PI	Pension d'invalidité	Pension versée aux personnes ayant travaillé et devenues invalides à plus de 60 % sans que cette invalidité soit imputée au travail. Celle-ci se transforme en pension pour incapacité une fois atteint l'âge de la retraite.	585 000 (fin 2008)	4 100 M€ (fin 2008)	
	<i>Autres dépenses AT</i>			1 600 M€	
ONIAM	Indemnités par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales	Indemnise les victimes d'accidents médicaux et d'affection iatrogènes, d'accident vaccinal ainsi que les victimes atteintes du VIH et les victimes hormones de croissance...	3 000 demandes d'indemnisation par an, 1300 indemnisations accordées	76 M€ (2007)	ONIAM

Arrêts maladie	Indemnités journalières en cas d'arrêt maladie (Prestations en espèces)	Paiement des jours d'arrêt de travail au-delà des 3 jours de carences sous réserve que l'assuré remplisse les conditions d'ouverture de droit (attestation de salaire de l'employeur). Ce montant est soumis à l'IR (sauf pour les ALD), et si l'employeur continue à verser le salaire il y a subrogation (IJ versées à l'employeur)		5 700 M€	
IJ maternité	Indemnités journalières versées durant le congé maternité (et paternité)	Paiement du congé de maternité et paternité		2 600 M€	
FSI	Fond Spécial d'Invalidité	Complément accordé par la CPAM pour que les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité puissent avoir un minimum de ressources mensuelles (ex FNS), pour les autres régimes, par un fonds spécial géré par la Caisse des dépôts et consignations (remboursé par l'Etat). Récupérable sur les revenus et les biens après décès, fait l'objet d'une déclaration trimestrielle de ressources.	103 534 assurés	300 M€	CPAM
FSV ASPA	Fond de Solidarité Vieillesse - allocation de solidarité aux personnes âgées	Comprend le minimum vieillesse et l'allocation supplémentaire	600 000	2 726 M€	Versé par les 22 régimes de retraite et la CdC pour les personnes sans professions
	Prestations en nature	Remboursement par les caisses et mutuelles des dépenses de soins (ou des dispenses d'avance auprès des professionnels)		126 000 M€	
ACS	Aide Complémentaire Santé	aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel, pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 %. Instruit par la Caisse (tout régime) qui remet une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation la complémentaire santé opère une réduction du montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer. L'aide est donc versée à la complémentaire.	442 000 utilisateurs de l'attestation sur 600 000 attestations délivrées	90 M€ versés aux complémentaires santé	Toutes caisses maladie

AME	Aide médicale de l'Etat	prise en charge à 100 % pendant 1 an des dépenses de santé des personnes résidant en France depuis plus de trois mois, en situation irrégulière sous les mêmes conditions de ressource que la CMU-C. instruction par les CPAM, peut être exceptionnellement accordée à des personnes de passage par le ministre de la santé (AME humanitaire), avant trois mois de résidence en France, le dispositif des soins urgents (SU) peut être mis en œuvre.	200 500 bénéficiaires	AME de droit commun : 476 M€ Total avec SU et AME humanitaire: 557 M€ de dépenses mais seulement 220 M€ remboursé par l'état à la CNAMTS	CPAM
CMU	Couverture maladie universelle	La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre. Les bénéficiaires doivent s'acquitter d'une cotisation de 8 % de leur revenu fiscal de référence, au dessus d'un plafond. Les bénéficiaires du RMI ou de la CMU complémentaire en sont exonérés.	Près de 1 500 000 bénéficiaires fin octobre 2008 (presque tous à la CMU-C)	montant non connu car les dépenses des bénéficiaires ne sont pas individualisables.	CPAM
CMU-C	Couverture maladie universelle - Complémentaire	prise en charge, à concurrence du tarif de la Sécurité sociale, des dépenses de santé des bénéficiaires en complément d'une couverture maladie de base. Les bénéficiaires doivent avoir des ressources, pour les 12 mois précédents, inférieures à un plafond.	4 430 000 bénéficiaires (fin 2008, presque tous rattachés à la CNAMTS)	1 850 M€ (fin 2007) uniquement par complémentaire	Toutes caisses maladie et OC



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 délictuels.

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 fautive 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).