



Table des matières

Introduction	5
I - Matinée	7
A. La mise en place d'une politique renforcée de lutte contre la fraude en matière de Sécurité sociale : une politique globale.....	7
1. Les définitions.....	7
2. Les enjeux.....	8
3. Une typologie des fraudes.....	8
4. L'organisation de la lutte contre la fraude.....	9
5. Quels outils ?.....	10
6. Les pénalités et les sanctions.....	10
7. Le recouvrement et les récupérations.....	11
8. Les résultats.....	11
9. La politique de lutte contre la fraude - Diaporama d'Emmanuel DELLACHERIE.....	13
10. Questions et remarques de la salle.....	13
B. La lutte contre la fraude dans la branche Famille : de l'identification à la sanction et à la prévention.....	15
1. Résultats de la lutte contre la fraude (Céline DESSEROUER).....	15
2. Modalités de contrôle.....	17
3. Questions de la salle sur les résultats de la branche famille.....	18
C. La lutte contre la fraude dans la branche Assurance maladie : objectifs et instruments.....	19
1. Intervention de Dominique PRUNET.....	19
D. L'enjeu des transmissions de données entre organismes pour la protection des personnes : le rôle de la CNIL.....	21
1. Quelques principes.....	21
2. Les recommandations de la CNIL.....	22
3. Décret en Conseil d'Etat.....	23
4. La communication de la CNIL.....	23
II - Après-midi : quelle mise en œuvre locale pour ces politiques ?	25
A. Rappel des modalités de recours pour les assurés par Bruno JUIGNER (UNAF) et Jean-Philippe VALLAT (UNAFOR).....	25
1. Le recours gracieux.....	25
2. Le recours précontentieux.....	27
3. Le recours contentieux.....	28
4. Questions et remarques de la salle sur les recours.....	28
B. La mise en œuvre des politiques de lutte contre la fraude.....	30
1. Cathy LENOBLE, Responsable de la lutte contre la fraude, CAF de Seine-Saint-Denis	30
2. Pierre PAUVERT, Directeur adjoint des prestations familiales, CAF de Nanterre.....	31
3. Aminata DIOP, Responsable de la lutte contre la fraude, CPAM du Val d'Oise.....	33
4. Questions sur la mise en œuvre.....	35



Introduction

Par Christiane BASSET, Vice-présidente de l'UNAF

Cette deuxième journée d'étude est consacrée à la fraude aux prestations sociales ; elle fait suite à celle de 2010 dont le thème était les indus.

Ces journées d'étude s'inscrivent dans l'offre de service que l'UNAF propose aux représentants familiaux siégeant dans les organismes de sécurité sociale aux côtés d'actions de formation, de journées nationales, régionales et départementales d'information, de moyens électroniques de communication. Ces journées d'étude visent à prendre un moment de recul pour approfondir une thématique de sécurité sociale transversale aux différentes branches et régimes. Il s'agit également de dépasser le compartimentage entre les représentations résultant de l'organisation même de la sécurité sociale en ayant une réflexion commune sur les différentes problématiques posées par l'évolution de la sécurité sociale. C'est pourquoi ces journées d'étude sont ouvertes à l'ensemble de notre représentation dans les caisses de sécurité sociale : CAF, CPAM, MSA, RSI et demain les CARSAT.

Le thème de notre journée est la fraude aux prestations sociales.

Depuis quelques années, la lutte contre la fraude s'est particulièrement intensifiée et fait l'objet d'importants développements dans toutes les COG. D'autre part, des dispositifs de lutte contre la fraude ont été mis en place et nous verrons, dans une première intervention, comment ils s'organisent au niveau ministériel et au niveau local. Enfin, la lutte contre la fraude est devenue un discours politique qui n'échappe pas parfois à une certaine ambiguïté.

Précisons que nous nous limiterons à la fraude aux prestations sociales, c'est-à-dire à une fraude évaluée par la Cour des comptes à 3 à 4 milliards d'euros pour le régime général, bien éloignée des 8 à 14 milliards de la fraude aux cotisations sociales alimentée notamment par le travail au noir. Nous aurons l'occasion au cours de cette journée de revenir sur l'évaluation du montant de la fraude et sur la difficulté d'interpréter certains chiffres.

D'un point de vue juridique, la fraude est bien définie et se caractérise par trois éléments : un manquement à des obligations, l'existence d'un préjudice et, surtout, un élément intentionnel. Toutefois, la frontière entre la fraude avérée et l'erreur non intentionnelle, entre la fraude et l'abus, est parfois incertaine. Les dispositifs de lutte contre la fraude aux prestations sociales ne contribuent pas à différencier ces notions puisque, par exemple, les pénalités peuvent sanctionner des déclarations inexactes ou incomplètes sans qu'une quelconque intention de frauder soit à établir.

D'autre part, si la lutte contre la fraude aux prestations est une nécessité, elle ne doit pas se faire au détriment de la dignité et des droits des assurés et des allocataires. C'est pourquoi il nous est apparu indispensable de prévoir des interventions sur ces sujets qui, pour les représentants familiaux que nous sommes, sont essentiels.

Enfin, au cours de cette journée, nous essayerons de modifier quelque peu la représentation que nous pouvons avoir de la fraude aux prestations sociales.

- Tout d'abord, il n'existe pas au sein des organismes de protection sociale une culture permissive de la fraude mais bien au contraire un investissement fort dans les fonctions de contrôle.
- Ensuite, la fraude ne se cantonne pas aux prestations liées à la précarité (RSA, ALS, CMU ...) dont les bénéficiaires n'ont pas à être suspectés de fraude plus que d'autres catégories comme les employeurs, les professions de santé, les bailleurs sociaux ou les gestionnaires d'établissements de soins.

- Enfin, plus qu'un problème moral, objet de polémiques et de dérives idéologiques, la fraude aux prestations sociales est avant tout une question de gestion et de capacité à attribuer à bon droit les prestations. Elle est donc révélatrice de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation de la sécurité sociale. C'est une raison suffisante pour légitimer la lutte contre la fraude aux prestations sociales.

Présentation des thèmes abordés

Jean-Philippe VALLAT, UNAFOR

Dans un premier temps, les interventions seront plutôt nationales et globales, avant des éléments plus concrets, autour notamment d'une table ronde. L'objectif est de présenter des notions claires sur ce qu'est la fraude, mais également d'aborder ces questions avec un regard critique (avec notamment des interventions du Centre d'Analyse Stratégique, de la CNIL, de l'UNAF).

La politique de lutte contre la fraude a vu son arsenal juridique considérablement accru ces dernières années. C'est la Direction de la Sécurité sociale, Direction ministérielle, qui est en charge d'harmoniser cette politique. Tel est l'objet de la première intervention.

Evidemment, les organismes de sécurité sociale sont en première ligne dans la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Deux interventions, l'une sur la branche famille, l'autre sur la branche maladie du régime général, permettront d'examiner les outils et les procédures mis en place pour repérer et lutter contre les fraudes, mais aussi de repérer les moyens susceptibles de prévenir les comportements frauduleux.



La mise en place d'une politique renforcée de lutte contre la fraude en matière de Sécurité sociale : une politique globale	7
La lutte contre la fraude dans la branche Famille : de l'identification à la sanction et à la prévention	15
La lutte contre la fraude dans la branche Assurance maladie : objectifs et instruments	19
L'enjeu des transmissions de données entre organismes pour la protection des personnes : le rôle de la CNIL	21

A. La mise en place d'une politique renforcée de lutte contre la fraude en matière de Sécurité sociale : une politique globale

Emmanuel DELLACHERIE est directeur du projet fraude à la Direction de la Sécurité sociale - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Seront d'abord présentées un certain nombre de définitions sur ces sujets, avant d'évoquer les enjeux et objectifs généraux des politiques de contrôle et de lutte contre la fraude, les aspects organisationnels, et quelques éléments de résultat.

1. Les définitions

Il existe une définition générique de la fraude comme un acte intentionnel de contournement de la loi pour éluder le paiement d'un prélèvement ou bénéficier indument de prestations (la fraude pouvant précéder le versement, au moment de la constitution du droit). A la différence de la faute ou de l'abus, il s'agit pleinement d'un acte illicite. Le terme s'applique, cela étant, à des faits extrêmement variés et à des niveaux de gravité extrêmement différents – avec par exemple des enjeux financiers extrêmement divers pour une simple fausse déclaration.

Il n'existe pas de définition juridique précise de la fraude dans le Code de la Sécurité sociale : le terme est généralement employé avec d'autres éléments la détaillant.

Dans le Code pénal, la fraude à la Sécurité sociale recouvre des incriminations très diverses et très nombreuses (faux et usage de faux, escroquerie simple ou en bande organisée, etc.). La qualification la plus précise concerne la lutte contre la fraude, plus que la fraude elle-même. Elle est devenue un objectif politique fort, mais également un objectif à valeur constitutionnelle, comme l'a rappelé le Conseil

Constitutionnel. Celui-ci a estimé, au sujet des dispositions prévues dans une loi récente sur l'aide médicale d'Etat, qu'elles établissaient un bon équilibre entre les objectifs à valeur constitutionnelle du droit à la santé et de la lutte contre la fraude.

D'un point de vue opérationnel, la frontière entre fraude, abus et faute est souvent délicate à tracer.

2. Les enjeux

Parmi les grands enjeux de la lutte contre la fraude, il faut citer l'objectif politique qui est la défense de la solidarité de notre système de protection sociale (préservation de l'ordre public social), et l'enjeu financier qui est loin d'être négligeable. Les évaluations de la fraude sont extrêmement fluctuantes, mais les détections par les organismes de Sécurité sociale représentent plus d'1,7 milliards d'euros depuis 2006.

L'enjeu de gestion et de performance a été évoqué, de même que le paiement à bon droit. La lutte contre l'évasion fiscale, contre le travail dissimulé et les fraudes aux cotisations, n'est pas dans le champ de cette journée d'étude, mais cela demeure une préoccupation très forte. Il faut par ailleurs mentionner ce qui touche à l'analyse des risques et aux procédures de certification des comptes de la Sécurité sociale.

Enfin, il existe des enjeux de communication de la Sécurité sociale sur sa capacité à maîtriser les risques. Ces sujets sont de plus en plus dans l'actualité médiatique : les organismes de Sécurité sociale et les ministères doivent donc de plus en plus réagir rapidement face à la médiatisation de certaines fraudes ou de certains chiffres.

3. Une typologie des fraudes

par les assurés sociaux

Une typologie générale de la fraude à la Sécurité sociale fait apparaître différents cas vis-à-vis des principes de droit.

Les fraudes commises par les assurés sociaux sont diverses :

- Les fraudes commises par les assurés sociaux touchent d'abord à la **condition de résidence**. Celle-ci détermine le versement des prestations familiales et, en partie, de l'Assurance maladie. Généralement, la condition de résidence est de six mois dans l'année, avec des exceptions pour l'allocation logement (8 mois) et le RSA (9 mois).
- Beaucoup de prestations sont versées sous conditions de ressources, dont il s'agit de vérifier si elles ont bien été déclarées.
- Les **fraudes à l'identité** sont encore mal évaluées, tant par la Sécurité sociale que par le Ministère de l'Intérieur ; ce thème prend de l'importance.
- La composition du foyer est également l'objet de fraudes potentielles (que l'on pense aux allocations versées sous condition d'isolement, critère dont les frontières ne sont pas toujours simples à tracer).

par les employeurs

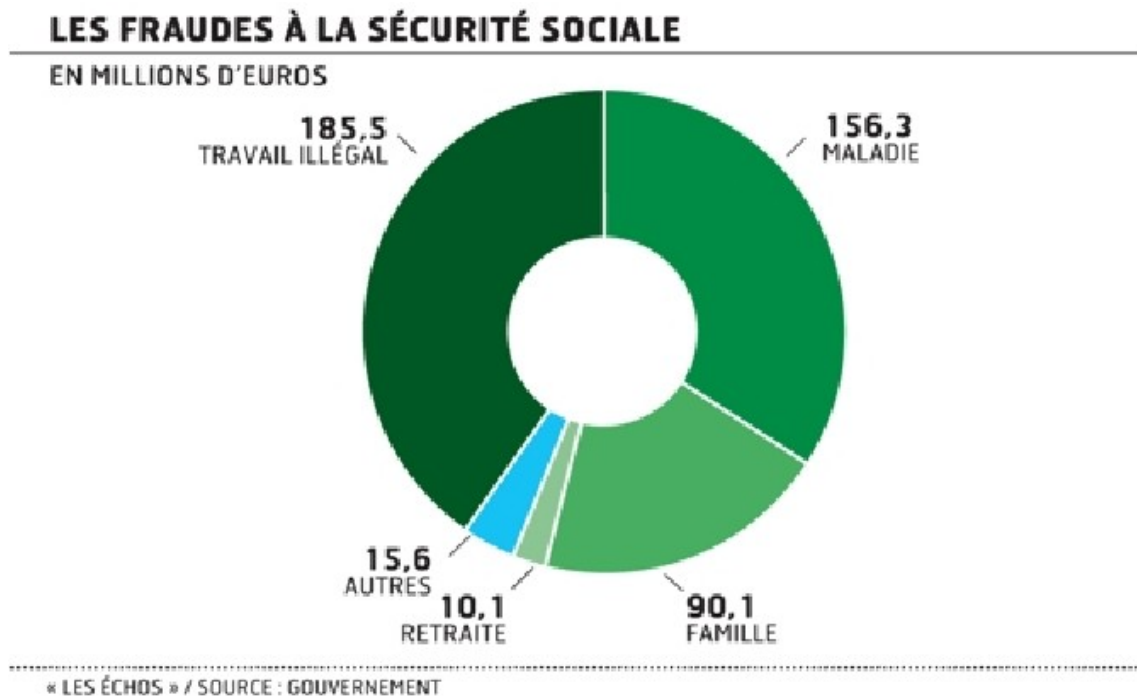
Les fraudes commises **par les employeurs** ont également plusieurs spécificités.

- Il s'agit en premier lieu, du **travail dissimulé** sous toutes ses formes (dissimulation d'activités, d'emploi salarié, d'heures travaillées).
- Les obligations en matière d'attestation de salaire en cas de versement d'indemnités journalières, les déclarations d'accidents de travail (et la détermination du taux par entreprise) sont également l'occasion d'erreurs et de fraudes.

- Les **détachements** abusifs et frauduleux et le détournement des règles européennes en la matière concernant tant l'Assurance maladie que l'URSSAF.

par les professionnels de santé

Enfin, il faut citer les fraudes commises par les professionnels de santé (établissements de santé, fournisseurs de produits, transporteurs sanitaires et professionnels de santé au sens strict).



Typologie de fraude

4. L'organisation de la lutte contre la fraude

Les organisations de lutte contre la fraude sont aujourd'hui spécialisées dans l'ensemble des organismes de Sécurité sociale, avec une **Direction des Fraudes au sein de chaque Caisse nationale**, des référents fraude dans les organismes locaux et des actions de partenariat entre les branches. Au niveau de l'Etat existe un Comité national de lutte contre la fraude, qui réunit l'ensemble des ministères sur le périmètre de la fraude aux finances publiques (fraudes fiscale, douanière et à la Sécurité sociale) ; la Délégation nationale à la lutte contre la fraude intervient sur ce champ, coordonne la politique de l'Etat et anime les Comités locaux de lutte contre la fraude, présents dans chacun des départements et qui rassemblent l'ensemble des acteurs de terrain.

Dans le **domaine du travail dissimulé**, l'organisation partenariale est plus ancienne que pour la fraude aux prestations ; elle réunit des inspecteurs de l'URSSAF, des inspecteurs du travail, des gendarmes, policiers, inspecteurs de l'administration fiscale, etc. Les compétences sont réparties entre beaucoup de structures, et le lien doit ensuite être fait avec la Justice, ce qui est particulièrement complexe sur ces sujets.

5. Quels outils ?

Les évolutions survenues ces dernières années sont très sensibles en termes d'organisation pour ce qui touche aux échanges d'informations :

Il faut d'abord citer la création du **répertoire commun de la protection sociale** (RNCPS) qui concernera l'ensemble des régimes de base de la Sécurité sociale. Sur le plan informatique, ce système n'est pas uniforme mais procède de la connexion des bases entre elles avec pour premier objectif la gestion des droits des assurés (avant la lutte contre la fraude).

Les **connexions entre la protection sociale et l'administration fiscale** sont également une nouveauté ; les déclarations faites à chacun de ces univers étaient auparavant séparées ; l'information sur les revenus est ainsi désormais automatiquement envoyée aux Caisses d'allocations familiales qui y adapte le niveau des prestations familiales. Le circuit, très intégré, permet de mieux gérer les droits et de détecter des situations d'erreurs ou de fraudes.

Il resterait beaucoup à faire sur l'exploitation des fichiers des non-résidents fiscaux, sur le rapprochement de l'information sur les bailleurs (pour les prestations d'aide au logement) et celle sur les propriétaires (par le biais de la taxe d'habitation) et sur l'entraide administrative entre Etats au niveau de l'Union européenne.

De nouveaux moyens d'investigation sont apparus, dont la procédure d'évaluation des ressources d'après les éléments de train de vie ou l'exercice du droit de communication vis-à-vis des tiers, par exemple des organismes bancaires. Ces dispositifs existaient au niveau fiscal et ont été transplantés dans le domaine social. Le droit de communication des agents de contrôle des organismes de Sécurité sociale est exactement le même que celui qui figure dans le Livre des procédures fiscales. De nouveaux moyens d'investigation existent aussi dans le domaine de la lutte contre la fraude documentaire, pour vérifier l'authenticité et la validité des titres présentés. Le contrôle par échantillonnage est prévu par les textes et permet d'extrapoler des résultats sur l'ensemble de la structure considérée ; ce sujet alimente beaucoup de contentieux et reste à bien sécuriser d'un point de vue juridique.

6. Les pénalités et les sanctions

Il existe aujourd'hui une gamme très diversifiée de sanctions. Jusqu'à présent, les organismes de Sécurité sociale vérifiaient comment qualifier les actes à partir du Code de procédure pénale ; ces dernières années a été mis en place un dispositif diversifié de sanctions administratives, à la main des organismes de Sécurité sociale et sur lesquelles leurs Commissions des pénalités rendent des avis.

Le dispositif est gradué, de l'avertissement à la sanction administrative, avec des montants diversifiés. Les textes sont différents selon que l'on est sur les champs de la maladie ou de la famille. Au sein même de la maladie, les pénalités retenues peuvent s'exercer sur les indemnités journalières, sur la partie des fraudes aux prestations en nature ou bien sur la tarification.

Les branches famille et vieillesse disposent de dispositifs plus homogènes et sanctionnent toutes les fraudes aux prestations constatées.

7. Le recouvrement et les récupérations

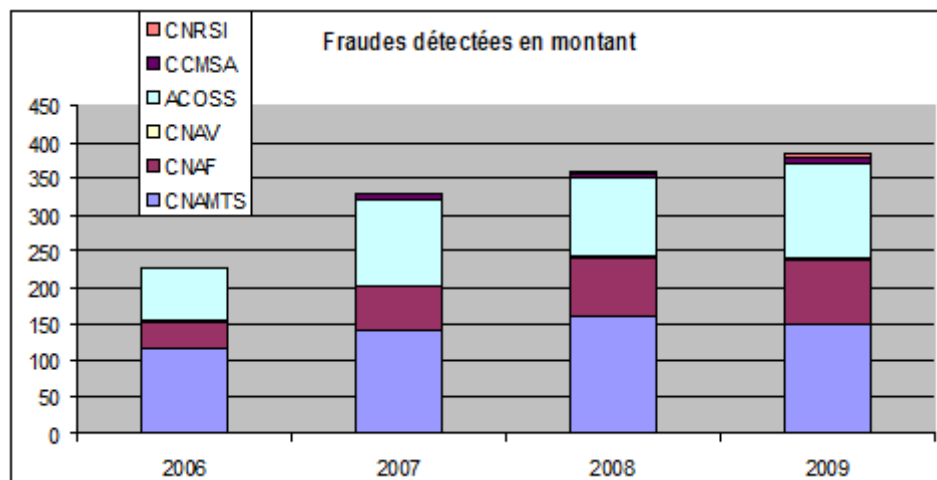
L'adaptation des procédures de recouvrement a permis d'améliorer l'efficacité du contrôle. Dans la branche famille, les indus frauduleux font l'objet de récupération sur les prestations à venir ; le taux de recouvrement atteint ainsi 90 %, alors que pour les situations de travail dissimulé il n'est que de 10 à 15 %, en raison de la

disparition des entreprises, de leur mise en liquidation judiciaire, etc. Il existe, en outre, désormais une fongibilité entre les fonds : il est, par exemple, possible de récupérer sur le RSA des indus de l'allocation logement. La signification de la contrainte peut être le fait de l'organisme ou d'un huissier. Alors que les prescriptions de l'indu ont été fortement réduites, on reste en matière de fraude à de la prescription quinquennale à partir du moment où la fraude a été découverte, ce qui renforce grandement les capacités de recouvrement.

8. Les résultats

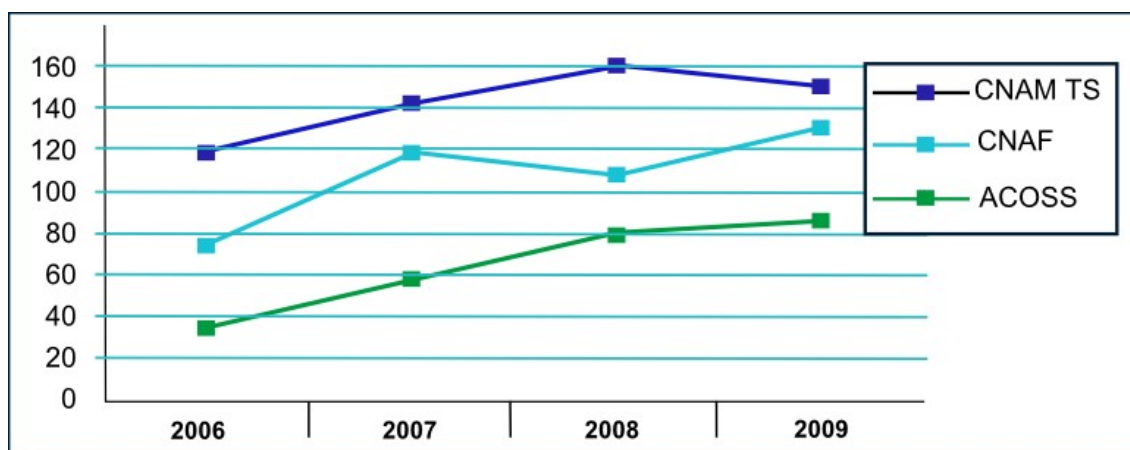
Les résultats 2009 de la politique de lutte contre la fraude font apparaître un montant de **380 millions d'euros de fraude détectés**, l'essentiel dans les branches famille, maladie et recouvrement.

La branche maladie a une activité de détection assez stable, autour de 100 à 150 millions d'euros de fraude chaque année ; la branche famille progresse de 30 à 90 millions d'euros de fraude détectée annuellement en l'espace de quatre ans. La branche recouvrement progresse également, à 185 millions d'euros en 2009. Le sentiment prévaut que les conséquences de la crise économiques sont très importantes, tant pour le travail dissimulé que pour les fraudes aux ressources, même si nous n'avons pas pu le mesurer.



Les résultats en montant

Les dispositifs de pénalités ont été très largement mis en œuvre par la branche famille (avec 2 500 sanctions administratives). Les montants moyens sont plus élevés dans la branche maladie (1 250 €) que dans la branche famille (589 €) et, au sein de la première, chez les professionnels de santé que parmi les assurés sociaux. En termes de politique pénale, beaucoup de plaintes sont aujourd'hui déposées mais beaucoup d'affaires sont classées sans suite (50 % environ) car considérées comme sans beaucoup de gravité. Or, l'objectif est bien de fixer une sanction proportionnée à chaque type d'acte ; il reste donc des progrès à faire pour bien orienter les affaires entre la sanction administrative au niveau de la Caisse et le recours à la voie pénale. Les sanctions administratives se développent pour les petites fraudes, qui ne peuvent pas relever de qualifications pénales caractérisées (escroquerie, etc.).



Evolution des résultats par branche ou régime

9. La politique de lutte contre la fraude - Diaporama d'Emmanuel DELLACHERIE

10. Questions et remarques de la salle

la communication en direction du grand public

Jacques MOREL, MSA Ile-de-France

Je voudrais attirer votre attention et celle de mes collègues sur les aspects de communication en direction du grand public. On trouve aujourd'hui dans un journal gratuit un article sur l'augmentation de la fraude dans les Caisses d'allocations familiales. Au-delà du fait que l'on ne parle que de la fraude aux prestations et non du non-paiement des cotisations, les chiffres présentés mélangent le nombre d'occurrences, les volumes financiers, les taux d'augmentation d'une année sur l'autre, etc. L'article confirme cependant que le taux de recouvrement atteint 90 % ; il rappelle toutefois que le taux d'augmentation en 2007 était de 77 %, ce qui n'a pas d'intérêt pour aujourd'hui, mais risque de désinformer un lecteur distrait. Peut-être faudrait-il réfléchir au niveau ministériel à la mise en place d'un mode de communication officiel et stable (en prenant exemple sur les indices du chômage ou du coût de la vie). Par ailleurs, nous n'avons pas parlé du coût pour les différentes institutions du travail de dépistage des fraudes.

Emmanuel DELLACHERIE

Ce sujet alimente beaucoup de passions et il est effectivement difficile de faire passer une information objective, comme en témoigne l'article du Parisien paru hier, qui parle d'une hausse de 10 % des fraudes détectées dans la branche Famille : il faut souligner que l'on ne parle que du nombre de fraudes (et non des volumes financiers qui ne progressent que de 5 %) et surtout que de celles qui ont été détectées. Il existe évidemment un biais dû au fait que les 600 contrôleurs ne détectent pas toujours de la même manière et que l'on consolide des informations disparates provenant des différentes Caisses. Il a été montré, sur un échantillon représentatif d'allocataires, que la part des avoirs (montants dus à l'allocataire qui n'ont pas été versés) était plus importante que celle des indus frauduleux.

La communication ministérielle sur ces questions se fait chaque année une fois que les chiffres ont été fiabilisés. Les premiers chiffres paraissent en général fin juin, voire au mois de septembre, sur les réalités de l'année précédente. Un papier des

Echos était très circonstancié sur ces chiffres l'année dernière ; ce n'est pas le cas de tous les articles de presse, malgré l'organisation de conférences de presse pédagogiques. Les journaux proposent des analyses plus argumentées qu'il y a quelques années, mais force est de constater qu'il reste des progrès à faire.

les taux de recouvrement

Jean-Yves VAYSSIERES, Président de l'UDAF du Val-d'Oise

Je voudrais intervenir sur le sujet des taux de recouvrement. Vous avez fait état de la fongibilité des prestations dont les effets néfastes doivent être soulignés : certains allocataires ne reçoivent de ce fait plus même le strict minimum pour acheter à manger. Je ne suis pas opposé au principe de la fongibilité, mais il faudrait fixer des seuils préservant aux familles la possibilité de s'alimenter et de payer son loyer ou, du moins, prévoir un étalement des remboursements.

répartition des fraudes

Xavier CHEDEVILLE, UDAF des Yvelines

Connaissez-vous la répartition des fraudes entre assurés sociaux, employeurs et professionnels de santé ? Par ailleurs, les 380 millions d'euros de fraude représentent-ils un cumul sur plusieurs années ou à des fraudes détectées cette année ?

Emmanuel DELLACHERIE

Il s'agit de fraudes détectées en 2009 et peuvent courir sur plusieurs années. La répartition est la suivante :

130 millions d'euros de travail dissimulé stricto sensu ;

85 millions d'euros de la branche famille (cotisations) ;

pour la branche maladie, l'essentiel est lié aux professionnels de santé, les assurés représentant une trentaine de millions d'euros et les entreprises ayant un effet marginal.

La fraude des assurés sociaux au sens large n'est qu'une partie de l'ensemble du préjudice.

Divers

Michel D'ORGEVAL, UDAF du Nord

Concernant la T2A, le passage à 100 % n'incitera-t-il pas un certain nombre d'établissements à effectuer des facturations qui ne correspondent pas réellement aux actes ? Il existe, me semble-t-il, un risque important sur ce sujet mais les intervenants de la CNAM y reviendront probablement.

Thierry LEBATARD, Vice-président de la CAF de la Sarthe

Je pense qu'en communiquant systématiquement sur les fraudes, on établit dans l'esprit du public le lien entre allocataire et fraudeur avec un mélange entre indus « simple » et indus frauduleux sans prendre en compte notamment la complexité des règles administratives qui est parfois source d'indus (par ex : les aides au logement). Par ailleurs, 10 % des contrôles permettent de détecter des droits qui n'ont pas été demandés et il ne serait pas anormal de communiquer sur ce point.

Vous avez parlé des échanges de données ; encore faudrait-il que les règles de déclaration des revenus à l'administration fiscale et pour les prestations sociales soient harmonisées.

Emmanuel DELLACHERIE

Il n'est pas dans les moyens des Caisses locales d'aller effectuer des contrôles systématiques. Ce travail relève largement des Caisses nationales.

Marie-Odile PELLE- PRINTANIER, UDAF du Loiret

Je voudrais revenir sur le terme de lutte contre la fraude. Lorsqu'il est question de lutte, on prévoit en général un volet de prévention. Or, il n'est ici question que de détection et de sanction. Il faudrait faire un certain nombre de communications sur le sujet.

Emmanuel DELLACHERIE

Ce sujet est effectivement très important, même si je n'en ai pas beaucoup parlé.

Marie-Hellen LAWANI, UDAF de la Loire-Atlantique

Les fuites parues dans la presse ne sont pas innocentes, pas davantage que la façon dont on communique. La fongibilité me paraît également une catastrophe. Vous avez tout à l'heure parlé d'indus frauduleux et non-frauduleux. Il apparaît que l'allocataire est, dans tous les cas, fautif. Or, les études montrent qu'une part de l'indu est liée à la législation, aux retards. Par exemple, la trimestrialisation de l'AAH créera des indus qui ne seront pas le fait des allocataires. Dans certains cas (déménagement, départ d'un enfant, etc.), les particuliers ne pensent pas toujours à effectuer une déclaration immédiate. Nous observons qu'il faut désormais à tout prix trouver des fraudes, même lorsque celles-ci ne sont pas évidentes. Enfin, que prévoient les textes en matière de ressources à laisser à la famille pour vivre ? Sur certains dossiers, la totalité des prestations a été prise à la famille.

Jean-Philippe VALLAT

Autrement dit, les droits des assurés sont-ils aussi une priorité de la Direction de la Sécurité sociale ?

Emmanuel DELLACHERIE

Les objectifs ne sont pas contradictoires entre eux : on peut à la fois développer des politiques de contrôle et de lutte contre la fraude et dans le même temps favoriser l'accès aux droits. Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) est un outil qui peut servir les deux objectifs. La branche famille expérimente actuellement un processus de fouille des données (data mining), de repérage des profils, etc., qui permet à la fois d'identifier de possibles fraudeurs mais également des personnes qui auraient droit au RSA mais n'ont pas fait la démarche. J'ignore ce qu'il en est précisément du reste à charge mais je sais que les textes existent et je suis étonné de l'exemple que vous donnez. A ma connaissance, ces textes s'appliquent de la même manière dans l'ensemble des organismes.

B. La lutte contre la fraude dans la branche Famille : de l'identification à la sanction et à la prévention

Céline DESSEROUER

Conseiller technique

Département maîtrise des risques et lutte contre la fraude

Pilotage des outils contentieux à la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF)

Laurent CORLAIX

Conseiller technique - mission fraude à la CNAF

1. Résultats de la lutte contre la fraude (Céline DESSEROUER)

La branche famille est confrontée à des risques nouveaux liés au transfert de la saisie à la source des informations – échanges d'informations avec la DGFIP (services fiscaux)-, et à l'usage de plus en plus fréquent d'Internet (développement en cours des téléprocédures).

Il est particulièrement difficile, effectivement, de qualifier les fraudes mais elles ne représentent que 4,55 % de l'ensemble des indus dans la branche familles. La CNAF a souhaité mettre en place une définition opérationnelle de la qualification de fraude qui s'appuie sur :

des **critères matériels** (inexactitude répétée d'une information insusceptible d'erreur de la part d'un allocataire – mariage, type de métier, ressources -, omission de déclaration de plus de six mois),

et un **critère intentionnel** (au regard de la qualité des informations délivrées par les organismes sur l'état de la législation).

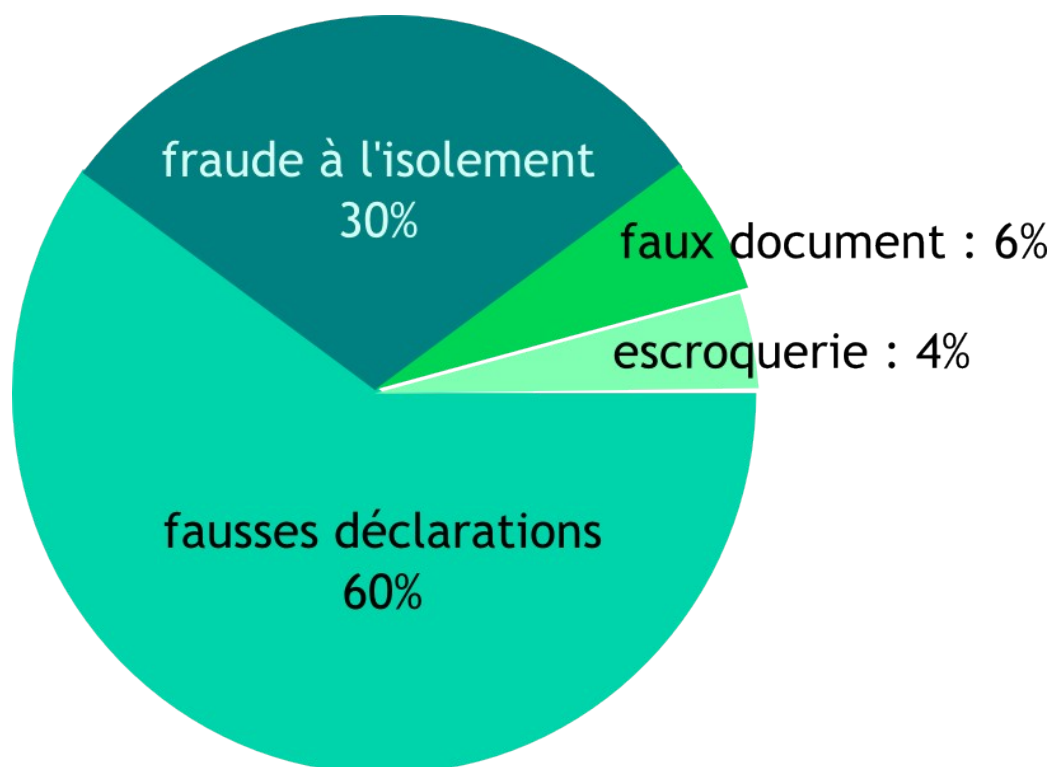
les résultats de 2010

En 2010, nous avons recensé 13 114 fraudes (+10 % par rapport à 2009), l'augmentation n'étant que de 5,3 % en montant (90 millions d'euros, soit 0,15 % du budget des prestations directes). Cela représente une fraude pour 850 allocataires. Les omissions et fausses déclarations représentent 60 % des fraudes, les fraudes à l'isolement 30 %, les faux et usages de faux 6 % et les escroqueries 4 %.

En masse financière, la fraude se répartit comme suit :

- 66 % concernant les minima sociaux, dont 51 % le RSA ;
- 23 % pour les aides au logement ;
- 11 % pour les prestations familiales.
- 9 405 sanctions ont été notifiées en 2010, dont 2 766 pénalités pour un montant de 1,7 million d'euros et 117 suspensions d'allocations logement (mesure qui n'est pas prorogée par la loi).

Nous avons déposé à peu près autant de plaintes que nous avons prononcé de pénalités, soit 2 750, dont 1 200 ont débouché sur un jugement favorable, soit 362 peines de prison et 563 amendes, et 158 décisions défavorables. Les fraudes les moins graves, dites de survie, ont donné lieu à 3 372 avertissements adressés aux allocataires.



Répartition des fraudes par nature

2. Modalités de contrôle

Laurent CORLAIX : les actions de contrôle

Les actions de contrôle représentent environ 10 millions d'opérations et 1,2 million de contrôles (contrôles sur pièce, sur place et administratifs). Ces contrôles sont répartis à charge égale entre les organismes ordonnateurs et l'Agence comptable.

Des contrôles portent sur les numéros d'identification au répertoire des personnes physiques non certifiés, sur les comptes bancaires multiples, sur les bailleurs (pour vérifier si le logement existe réellement), sur les bailleurs possédant plusieurs logements, sur les bailleurs de logements titulaires de RMI et d'API, pour savoir si tous les revenus locatifs sont déclarés. Nous travaillons sur les nouveaux affiliés, c'est-à-dire les personnes que nous ne connaissons pas, et qui se trouvent dans des situations très atypiques.

Céline DESSEROUER : de nouveaux outils

De nouveaux outils de contrôles nous ont été octroyés :

- l'examen du **train de vie** ;
- le droit de communication auprès des **fournisseurs d'énergie, de l'employeur, de la Poste, des banques**.
- Une coopération s'est développée notamment grâce à la **convention nationale** signée par la CNAF, la CNAM, la CNAVTS et l'UNEDIC, portant sur la mutualisation des moyens et des échanges d'informations et à la convention parallèle signée par les organismes de protection sociale et la DGFIP (services fiscaux). Pour veiller à la coordination entre les différents partenaires, des Comités locaux de lutte contre la fraude ont été mis en place.

- Les contrôleurs sur place possèdent des **accès aux portails** de la CNAM, du Pôle Emploi, aux fichiers FICOBA (Fichier national des comptes bancaires et assimilés) et en partie à CAFPRO (accès via internet et sur habilitation aux données CAF). Les échanges informatiques sont noués avec la DGFIP et le Pôle Emploi. Une expérimentation est en cours pour rapprocher les fichiers CAF et les fichiers propriétaires de la DGFIP, ainsi que les fichiers de la taxe d'habitation.

Une **expérimentation avec La Poste** vise à permettre de récupérer les adresses des personnes qui ont déménagé – dans un objectif de lutte contre la fraude, mais aussi de prévention.

Laurent CORLAIX : Le référentiel national des bénéficiaires

Le **référentiel national des bénéficiaires (RNB)** est composé de 37,7 millions de personnes dont les numéros d'identification sont certifiés (76 000 numéros devant encore être certifiés). Le RNB a dégagé 320 000 doublons l'année dernière, donnant lieu à 390 000 contrôles, dont 35 % révélant des situations non-conformes, conduisant à 11 % de taux d'impact financier (31 millions d'euros d'indus et de rappels). 251 fraudes, dont 16 usurpations d'identité, ont ainsi été relevées.

Au niveau national, la branche famille est en train de réaliser des requêtes pour travailler dans le même sens que le RNB, afin d'éviter les cumuls de versements non autorisés.

Céline DESSEROUER : la prévention

Nous traitons également, sur un échantillon, des signalements qui nous sont faits chaque année par les partenaires, voire les allocataires.

La CNAF, enfin, s'intéresse à la prévention. Deux outils sont privilégiés :

la communication : un kit de communication sera déployé sur l'ensemble des CAF en direction des partenaires et des allocataires, du site caf.fr, de nos journaux institutionnels et d'affiches ;

le **data mining prédictif**, méthode statistique qui doit nous permettre, en fonction de la situation de chaque dossier, d'identifier les changements de situation familiale à venir qui risquent de générer un indu.

3. Questions de la salle sur les résultats de la branche famille

les plaintes qui n'aboutissent pas

Un intervenant

Avez-vous une idée des raisons pour lesquelles les plaintes n'aboutissent pas ?

Céline DESSEROUER

Les tribunaux font passer d'abord des affaires plus prioritaires que les nôtres. Il existe un plafond (RSA et prestations familiales) au-delà duquel nous sommes obligés de porter plainte, mais les Conseils Généraux ne nous suivent pas devant le tribunal alors qu'ils seraient concernés pour le RSA.

la preuve de l'intention de frauder

Une intervenante

N'est-il pas aussi difficile de prouver l'intention de frauder ?

Céline DESSEROUER

C'est effectivement le principal problème pour qualifier la fraude. C'est pourquoi la CNAF a souhaité s'appuyer sur des éléments matériels pour compléter cette intentionnalité.

Depuis deux ans, nous avons mis en place une méthode d'évaluation de la fraude. La première évaluation a eu lieu en 2009 et la deuxième fin 2010. Nous tirons un échantillon aléatoire d'environ 10 500 comptes allocataires sur l'ensemble du territoire ; nous effectuons un contrôle sur place, à l'issue duquel les résultats sont analysés par notre bureau statistique qui réalise une extrapolation des données de l'échantillon au niveau national. En 2009, nous avons mesuré 3 % d'indus, soit 1,8 milliard d'euros après extrapolation au niveau national – sachant qu'en 2010, le montant des indus constatés était de 2 milliards d'euros. Les fraudes représenteraient 2 % des allocataires (soit 200 000 allocataires au niveau national, pour un montant compris entre 500 et 800 millions d'euros). Les rappels représenteraient 0,8 % de l'ensemble des dossiers, soit après extrapolation 470 millions d'euros.

nombre d'allocataires et moyens humains

Une intervenante

Quel est le nombre d'allocataires ?

Céline DESSEROUER

Il y en a 11 281 382. La branche famille paie à bon droit 96,16 % des dossiers.

Les moyens humains mis à disposition de la lutte contre la fraude représentent 1 118 équivalents temps plein (ETP), dont 352 ETP dédiés au contrôle (36 % de vérification comptable et 52 % pour du contrôle sur place) et 766 ETP à la gestion de la fraude. Au total, la dépense pour la branche famille est de 32,3 millions d'euros.

Un groupe de travail national est chargé d'analyser les données avec la participation active de plusieurs CAF du réseau. 235 correspondants fraude sont répartis dans l'ensemble des CAF afin de faire remonter les informations à la CNAF. Celle-ci rédige chaque année un plan de lutte contre la fraude afin d'homogénéiser les pratiques entre les Caisses, même si les résultats restent encore assez disparates. Un bilan est établi chaque année, duquel est tirée une synthèse, remise à l'Etat chaque année.

diaporama de la présentation

C. La lutte contre la fraude dans la branche Assurance maladie : objectifs et instruments

Dominique PRUNET

Chargé de mission au cabinet du directeur du contrôle-contentieux et de répression des fraudes à la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie (CNAMTS)

1. Intervention de Dominique PRUNET

Une typologie

L'Assurance maladie est en permanence liée à des **demandeurs de soins et des offreurs de soins** qui peuvent tous deux potentiellement frauder : demande ou offre vraie ou fausse, proportionnée ou non, bien ou mal facturée.

Les activités étant disparates, les modes opératoires à mettre en place sont très différents. L'Assurance maladie a donc défini une **typologie** des fraudes axée sur différents domaines :

- la gestion des droits,
- les prestations en espèces
- et les prestations en nature.

Nous avons mis à part les abus (concernant les arrêts de travail notamment) et les fautes. Les acteurs concernés sont les demandeurs de soins et les offreurs : établissements, transporteurs, professionnels de santé prescrits, dont les kinésithérapeutes, pharmaciens, laboratoires, etc., et prescripteurs, médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, mais aussi les employeurs et, dans certains cas, les bandes organisées. La gestion des prestations et la détection des fraudes concernent des acteurs très divers.

Le directeur général de la CNAM a souhaité regrouper la lutte contre les pratiques dangereuses et celle qui porte contre la fraude. La distinction entre fraude et pratique fautive n'est pas toujours homogène ; la circulaire 30-2006 a essayé de clarifier ces concepts, et les définitions sont à nouveau en cours de précision. Selon nous, **les fraudes sont des faits illicites commis intentionnellement dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée. Il y a en outre toujours un enrichissement personnel direct ou indirect.** La définition sera arrêtée dans les prochaines semaines, et fera l'objet d'une communication.

Dès que l'on identifie une telle fraude, il faut au minimum une mise en garde, ou des pénalités, ou un dépôt de plainte pénale. Les **indus frauduleux**, à la différence des autres indus, sont toujours **accompagnés d'une action de sanction**.



Définition : pratiques fautives et pratiques abusives

Les **pratiques fautives** sont des actes irréguliers au regard des textes juridiques, commis de manière réitérée ou systématique par une ou plusieurs personnes mais sans volonté intentionnelle de bénéficier d'un avantage ou d'une prestation. Ces pratiques doivent être contrôlées et sanctionnées mais après un contact entre le réseau et la CNAM : le référentiel juridique n'est pas toujours très clair et il convient d'aborder de la même manière toutes les fautes de même nature qui sont constatées.

Les **pratiques abusives** outrepassent des niveaux acceptables (dépassements d'honoraires, arrêts de travail dépassant la normale, etc.), sans contrevenir à un texte de loi précis. De même, la CNAM harmonise ses réactions à ces pratiques dans l'ensemble du réseau.

un plan annuel : des principes et une méthodologie

Un plan annuel est établi, d'une part au niveau régional, et d'autre part au niveau national. La stratégie définit cinq principes fondamentaux de lutte contre la fraude :

1. respect de l'égalité de traitement ;
2. présomption d'innocence ;
3. droit de réponse de la personne incriminée ;

4. exclusion des conflits d'intérêt ;
5. confidentialité.

En outre, nous travaillons de façon partenariale avec la Justice, la Police, la Gendarmerie, les organismes européens, etc.

Une méthodologie de détection, investigation, contentieux et de communication a été mise en œuvre. Elle s'appuie sur des bases de données, des signalements et dénonciations, à partir desquels nous prenons ou non la décision de réaliser des investigations sur dossier avec l'aide de nos partenaires, puis sur le terrain. Nous avons ensuite besoin de juristes pour savoir comment traiter les résultats.

La prévention n'est pas confiée à la Direction de la répression des fraudes mais à l'Agence comptable. La Direction déléguée au réseau permet d'harmoniser les directives. Les professionnels travaillant à la lutte contre la fraude sont de diverses spécialités – médecins, administratifs, juristes ... Un Département de formation vise à améliorer la performance de l'action. Au niveau régional, un référent fraude est présent dans chaque Caisse.

Résultats

Depuis 2005, nous sommes passés de 10,4 à 681,5 millions d'euros de fraude détectée en cumulé, avec une répartition équilibrée entre les établissements et les prestations en nature et en espèces. Les sanctions se répartissent comme suit :

- 273 peines de prison ;
- 375 interdictions temporaires de donner des soins (soit 75 % des dossiers soumis à l'Ordre des médecins) ;
- 1 132 pénalités (pour un montant de 1,4 million d'euros) contre 560 l'année dernière ;
- 563 retenues financières.
- Sur 76 médecins contrôlés mis sous accord préalable, les prescriptions de transport chutent brutalement. Il en va de même pour les kinésithérapeutes placés dans la même situation.

Enfin, nous participons aux travaux de la Délégation nationale de lutte contre la fraude, en mettant en particulier en place une enquête pour mesurer le taux de fraude aux IJ, puis à la CMU-C. Nous expérimentons par ailleurs un outil de data mining, sur les mêmes thèmes, pour examiner la pertinence de cette méthode. Nous travaillons avec la DGFIP, la CNAV et les partenaires extérieurs.

diaporama de la présentation

D. L'enjeu des transmissions de données entre organismes pour la protection des personnes : le rôle de la CNIL

Marie-Charlotte ROQUES-BONNET
Service juridique de la CNIL

1. Quelques principes

Cinq règles fondamentales permettent de cerner la prestation de la CNIL et de connaître la pertinence de son traitement de données. La loi du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, dispose en son article 2 qu'est une donnée à caractère personnel **toute donnée qui permet d'identifier directement ou indirectement une personne** (adresse, numéro de téléphone) ; un débat est en cours avec la Cour de Cassation sur l'adresse IP. Le basculement de la notion de fichier à celle de traitement est intervenu en 2004 et permet à la CNIL d'être compétente notamment pour les échanges d'informations dans les réseaux sociaux. La CNIL est composée de 17 commissaires et d'un commissaire du gouvernement. Son président est élu par ses pairs, ce qui lui donne une certaine indépendance. Une loi du 29 mars 2011 a rappelé l'incompatibilité des fonctions de président de la CNIL et de parlementaire (Alex Türk est en l'occurrence sénateur). Les services comptent 150 personnes contre 80 il y a cinq ans.

La CNIL analyse toujours **le contexte** dans lequel s'inscrit le traitement des données : sa finalité légitime, la proportionnalité des données, une conservation limitée de celles-ci, leur sécurité et confidentialité (vérifiée par un service technique d'une vingtaine d'agents).

Les personnes concernées ont **droit à l'information** (article 32 de la loi informatique et libertés) : « La personne auprès de laquelle sont recueillies des données à caractère personnel la concernant est informée, sauf si elle l'a été au préalable, par le responsable du traitement ou son représentant :

1. De l'identité du responsable du traitement et, le cas échéant, de celle de son représentant ;
2. De la finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont destinées ;
3. Du caractère obligatoire ou facultatif des réponses ;
4. Des conséquences éventuelles, à son égard, d'un défaut de réponse ;
5. Des destinataires ou catégories de destinataires des données ;
6. Des droits qu'elle tient des dispositions de la section 2 du présent chapitre. »

L'article 38 de la même loi dispose que « toute personne physique a le droit de **s'opposer, pour des motifs légitimes**, à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement. » Un fraudeur n'aura cependant pas le droit de s'opposer à ce traitement. La personne « a le droit de s'opposer, sans frais, à ce que les données la concernant soient utilisées à des fins de prospection, notamment commerciale, par le responsable actuel du traitement ou celui d'un traitement ultérieur. » Dans ce cas, le consentement des intéressés est requis.

les contrôles

Les contrôles de la CNIL sont en forte augmentation, y compris auprès des administrations. Son pouvoir de sanction va jusqu'à 300 000 euros d'amende.

Au chapitre des traitements de données de lutte contre la fraude, la CNIL a instruit un dossier de la CNAV qui a annoncé un enregistrement de 527 fraudes pour un coût total de 25 millions d'euros. La finalité de la constitution d'un traitement de données est la facilitation des détections de fraudes lors des demandes de prestations ou des contrôles a posteriori. Le deuxième objectif est la transmission d'informations aux autres organismes et le troisième objectif est l'établissement de statistiques. La base nationale de la CNAF a été autorisée cette année et la décision de la CNIL est encore en attente pour la CNAV.

La CNIL peut sanctionner le non-respect de l'article 226-21 du Code pénal qui punit les détournements de finalité du traitement de données. Les données traitées doivent, par ailleurs, être strictement nécessaires à l'instruction du dossier de fraude.

2. les recommandations de la CNIL

La CNIL a formulé plusieurs types de recommandations :

- les données doivent être mises à jour régulièrement, supprimées lorsqu'elles sont fausses, etc. ;
- elles doivent être supprimées dans les deux ans suivant la non-confirmation de la suspicion de fraude ;
- le gestionnaire doit conserver les données pendant trois ans à compter de la découverte de la fraude, sauf lorsqu'un contentieux est en cours, avec la possibilité de les reverser dans un fichier intermédiaire au-delà de cette limite ;
- les agents doivent être habilités en fonction de leurs compétences respectives ;
- les gestionnaires doivent utiliser un mot de passe sécurisé (8 caractères alphanumériques) ;
- les accès doivent être journalisés, ce qui permet d'identifier une éventuelle consultation abusive ;
- les données échangées doivent autant que possible être chiffrées ;
- les agents habilités ne doivent pas communiquer leurs identifiants ;
- il est utile d'indiquer au moment de l'inscription de la personne qu'elle peut trouver sur Internet de l'information sur son droit vis-à-vis de la fraude.
- La lutte contre la fraude ne doit pas stigmatiser les données sociales collectées.

3. Décret en Conseil d'Etat.

Un débat juridique est mené entre la CNAV et la CNIL pour savoir si chaque nouveau traitement informatique doit nécessairement passer par un nouveau décret en Conseil d'Etat. Les commissaires de la CNIL n'ont pas eu le temps de se prononcer avant l'avis du Conseil d'Etat, tel que relayé par le Secrétariat général du gouvernement. Le décret du 12 décembre 1987, qui habilite la CNAV à traiter le NIR (numéro d'identification) dans le cadre de ses missions, ne lui permet pas de l'utiliser dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il en résulte que la lutte contre la fraude ne relève pas du cadre habituel de l'exercice des missions des organismes. Cette décision aura des conséquences importantes : il faudra passer par un décret en Conseil d'Etat dès lors que le NIR sera utilisé pour un traitement de lutte contre la fraude. En l'occurrence, la CNIL avait souhaité alléger les formalités, ce que le Conseil d'Etat n'a pas permis.

En cas de décret préalable, la CNIL doit rendre un avis pour vérifier si le traitement est utile, ou si un suivi personnalisé au cas par cas peut suffire. La CNIL est également extrêmement vigilante sur les interconnexions de fichiers. Toutefois, elle perd la main sur les échanges d'informations. La CNAV propose de saisir des données sur les fraudeurs et les victimes. Sur ce point, la CNIL demande que soient bien distingués les fraudeurs présumés et confirmés, d'une part, et les victimes potentielles ou les tiers non impliqués, d'autre part. Par ailleurs, il est indispensable que le « champ libre » dans les fichiers ne fasse pas apparaître les origines raciales, appartenances politiques ou syndicales et que les données reportées soient objectives. De manière générale, les informations traitées doivent seulement fournir une description utile et efficace de la fraude. Si la mise en œuvre concrète des droits des intéressés n'est pas assurée, la CNIL est habilitée à traiter des plaintes.

4. La communication de la CNIL

La CNIL est régulièrement présentée dans la presse comme l'empêchement de lutter contre la fraude. Or, ce n'est pas le cas. Par exemple, dans le cas de la CNAF, le dossier présenté n'était complet qu'à l'été 2010, pour une décision rendue par la CNIL au mois de janvier 2011 : le délai n'est donc pas excessif.

La CNIL communique pour expliquer son rôle. Un guide social reprenant l'ensemble des traitements sociaux, avec une fiche consacrée au traitement de la lutte contre la fraude, est en cours de rédaction. La CNIL valorise ses décisions de sanction et elle participe, par ailleurs, à la formation des formateurs, afin d'éviter les mauvaises utilisations d'outils. La CNIL veut communiquer sur le droit à la vie privée, le droit à l'information, à l'accès à ses données et à leur rectification, ainsi qu'au droit de saisine de la CNIL. Elle formule les **préconisations** suivantes :

- une information claire des intéressés ;
- une habilitation des agents précautionneuse et qui distingue ceux qui peuvent créer les profils, écrire dessus, les lire et les supprimer ;
- une distinction entre les infractions présumées et confirmées ;
- le choix d'une communication entre agents sécurisée ;
- le recours à des traitements objectifs ;
- la promotion de la modération, en minimisant les champs libres ;
- la mise en place de systèmes de suppression automatique des dossiers.

Les usagers peuvent saisir la CNIL, porter plainte, dénoncer une pratique illicite auprès du juge administratif.

Au sein de chaque organisme, enfin, il est très utile de nommer des **correspondants informatiques et libertés**.

Après-midi : quelle mise en œuvre locale pour ces politiques ?

Rappel des modalités de recours pour les assurés par Bruno JUIGNER (UNAF) et Jean-Philippe VALLAT (UNAFOR)	25
La mise en œuvre des politiques de lutte contre la fraude	30

Un premier point sera fait sur les recours dont disposent les allocataires et assurés pour contester les décisions des caisses en matière de lutte contre la fraude. Madame Hamel, sociologue au Centre d'Analyse stratégique, s'intéressera ensuite à la façon dont les données mobilisées pour la lutte contre la fraude peuvent être aussi utilisées dans un sens favorable aux allocataires. Ces deux interventions permettront de montrer que la lutte contre la fraude ne revêt pas uniquement des aspects punitifs. Enfin, la table ronde finale permettra d'analyser et de détailler la mise en œuvre concrète de la lutte contre la fraude au niveau des organismes locaux.

A. Rappel des modalités de recours pour les assurés par Bruno JUIGNER (UNAF) et Jean-Philippe VALLAT (UNAFOR)

1. Le recours gracieux

Tout allocataire est en mesure de déposer une réclamation et de demander un réexamen de sa notification auprès d'un organisme. Deux exemples de recours gracieux permettent d'exposer des situations différentes.

premier exemple

Dans le premier exemple, le rôle du conciliateur dans l'assurance maladie est double. En effet, ce dernier doit aider l'assuré à trouver un médecin traitant en cas de difficultés à en trouver un et traiter les réclamations et demandes d'explications. Les réclamations s'effectuent simplement sur papier libre (un modèle est d'ailleurs disponible sur ameli.fr) et font l'objet d'un accusé de réception de la part du conciliateur. Ce dernier s'efforce de rappeler les voies de recours disponibles ainsi que les délais de recours. Cette réponse doit intervenir dans un délai de trois semaines. Le conciliateur n'a pas de pouvoir de décision et ne fait que proposer des

Après-midi : quelle mise en œuvre locale pour ces politiques ?

solutions à l'amiable. Ainsi, le recours au conciliateur n'est pas exclusif d'autres recours qu'ils soient effectués par voie contentieuse ou précontentieuse. Enfin, le recours au conciliateur ne suspend pas les délais de saisine des autres recours.

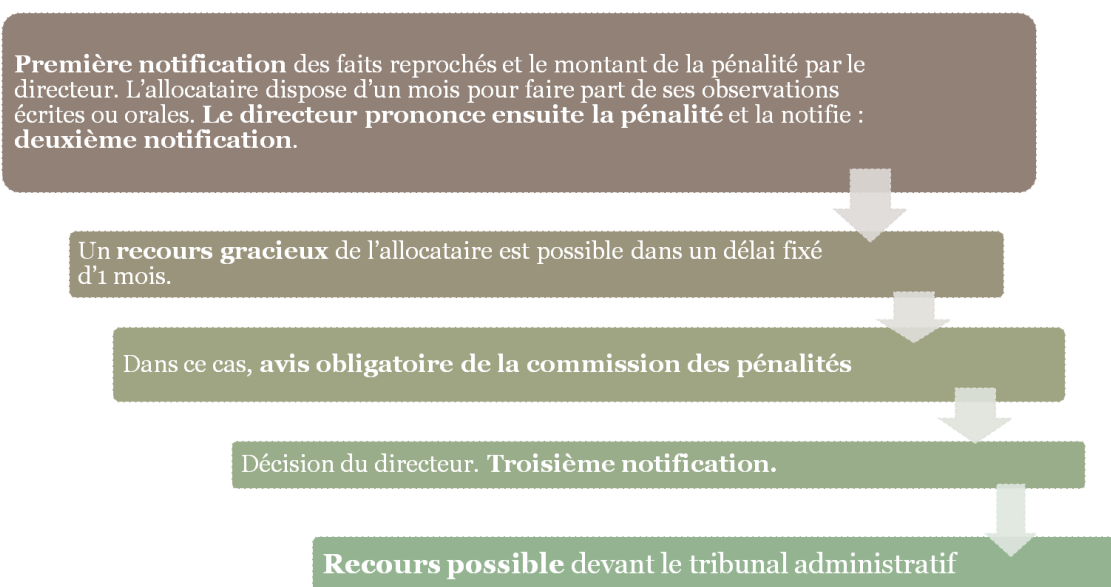
deuxième exemple

Le deuxième exemple concerne les recours face aux pénalités des CAF ou des CPAM.

La procédure pour les CAF est assez détaillée : elle commence par une notification de pénalité envoyée à l'allocataire par le directeur. L'allocataire dispose ensuite d'un mois pour faire part de ses observations, puis le directeur notifie la pénalité. A ce moment, l'allocataire dispose de la possibilité d'effectuer un recours gracieux dans un délai d'un mois. Ce recours nécessite obligatoirement l'avis de la Commission des pénalités qui existe au sein de chaque CAF. A partir de cet avis, le directeur formule une troisième notification, statuant de façon presque définitive sur la validité de la pénalité.

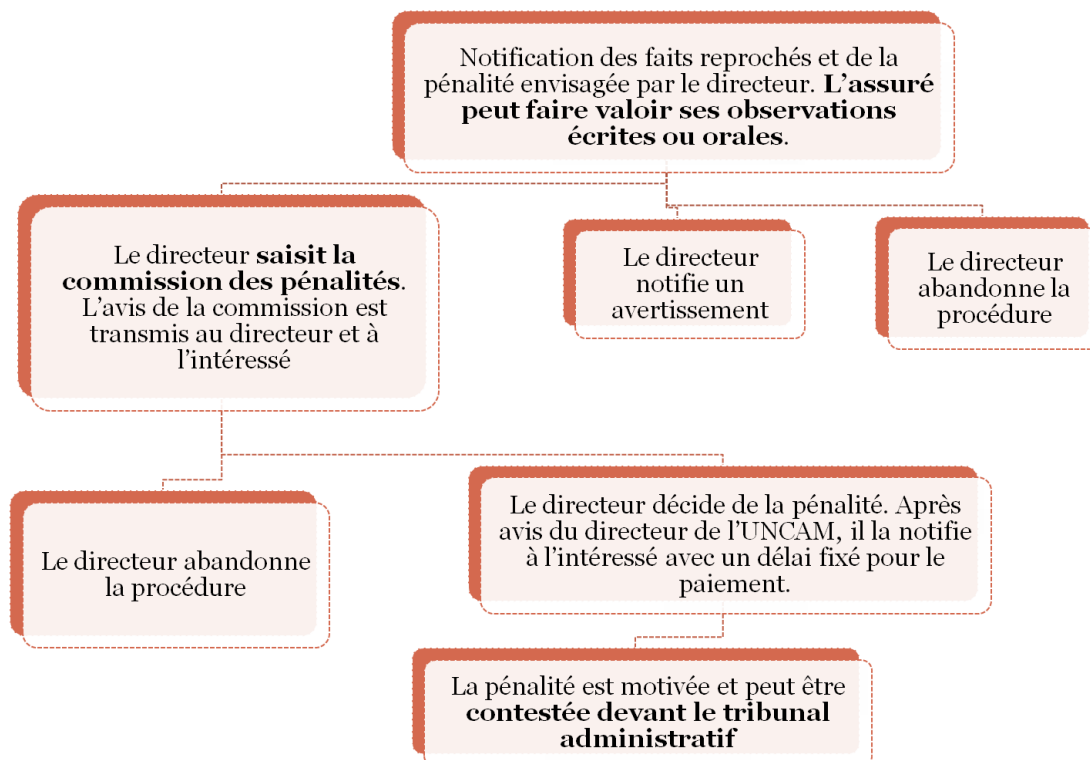
La **procédure de l'assurance-maladie** est différente. La pénalité est notifiée à l'assuré qui peut formuler des observations. Le directeur de la CPAM peut ensuite saisir la Commission des pénalités qui formule un avis transmis au directeur ainsi qu'à l'intéressé. Le directeur prend à ce moment une décision concernant la pénalité et la notifie à l'allocataire. Ainsi, contrairement au cas de la CAF, la Commission des pénalités n'est pas systématiquement saisie et les voies de recours ne sont pas indiquées.

Présentation des procédures



Le recours face aux pénalités : l'article L144-17 du code de la sécurité sociale pour les CAF

Après-midi : quelle mise en œuvre locale pour ces politiques ?



Le recours face aux pénalités : l'article L162-1-14 du code de la sécurité sociale pour les CPAM

2. Le recours précontentieux

Ce recours s'effectue devant les Commissions de recours amiable (CRA) et est obligatoire avant tout recours contentieux. Il consiste en une série de réclamations formulées contre les décisions prises par les différents organismes.

Les CRA existent dans tous les organismes de sécurité sociale quelle que soit la branche (CPAM, CAF, URSSAF) ou le régime (régime général, MSA). Le délai de saisine de la CRA est de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai.

En principe, la CRA donne un avis au conseil d'administration qui statue et notifie sa décision motivée aux intéressés. Toutefois, le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à la commission dans les conditions qu'il détermine. Lorsque la décision du conseil d'administration ou de la CRA n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

3. le recours contentieux

L'organisation judiciaire française compte deux ordres de juridiction : l'ordre judiciaire et l'ordre administratif. Le recours contentieux s'intègre à l'ordre judiciaire au travers du Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS), qui constitue la

première instance où sont portés les réclamations et les contentieux. Il s'intègre également à l'ordre administratif au travers des juridictions administratives spécialisées, telles que les commissions départementales d'aide sociale. La nature de la prestation qui fait l'objet de la contestation ainsi que le motif de la contestation déterminent l'ordre juridique compétent.

deux types de contentieux

Il existe ainsi différents types de contentieux.

Le contentieux sur les **abus touchant aux prestations dites de Sécurité sociale** relève du TASS. Le délai de contestation devant le TASS est de deux mois à compter de la décision de la CRA. Les TASS se prononcent en dernier ressort pour les contentieux inférieurs à 4 000 euros. Au-delà de cette somme, la procédure permet de faire appel auprès de la Cour d'appel et éventuellement de porter l'affaire devant la Cour de cassation. Toutefois, le TASS n'est pas compétent pour certaines prestations, telles que le RSA ou l'APL. Ces dernières relèvent du juge administratif de droit commun : tribunaux administratifs en premier ressort, cours administratives d'appel pour le second ressort, Conseil d'Etat pour le dernier ressort.

Le contentieux sur les **pénalités financières** soulève une difficulté : la distinction entre la fraude et les erreurs involontaires est ardue. L'article 114-17 du Code de la Sécurité sociale précise toutefois que l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations, ainsi que l'absence de déclaration, doivent faire l'objet de pénalités. Le droit commun administratif est, en principe, compétent dans ce type de contentieux.

Le contentieux **sur la fraude** est pour sa part sanctionné au pénal. L'article 114-16-2 du Code de la Sécurité sociale cite une vingtaine d'articles détaillant les différents cas de fraude. Toutefois, certains articles entretiennent une certaine confusion entre la fraude et l'erreur en mêlant les fausses déclarations et l'inexactitude ou le caractère incomplet d'une déclaration. Lorsqu'il s'agit d'une fraude, la juridiction pénale est naturellement compétente.

Ainsi, si des procédures existent et si les droits des allocataires sont respectés, la complexité pratique des recours demeure, du fait de l'arborescence judiciaire, un obstacle à la défense des droits des assurés et des allocataires. Certes, les organismes sociaux doivent motiver leurs décisions et indiquer les voies de recours mais il serait souhaitable d'aller plus loin dans l'information de l'allocataire et de l'assuré, en particulier dans le cas des recours contentieux, en précisant la juridiction compétente, les délais de recours et les détails pratiques.

4. Questions et remarques de la salle sur les recours

un refus pas toujours explicite

De la salle :

Dans certains cas, les CPAM n'opposent plus de refus explicites. C'est, par exemple, le cas pour les préparations magistrales. Nous devons nous assurer auprès de nos conseils d'administration respectifs que, dans tous les cas de non prise en charge, l'assuré puisse obtenir un refus explicite, car c'est la seule manière de permettre à l'assuré de contester devant une CRA. Or, ce refus ne lui est pas systématiquement signifié. Il convient, par conséquent, de diffuser le conseil, aussi bien aux assurés qu'aux UDAF, de demander à avoir communication de ce refus.

Par ailleurs, la CRA conseille parfois une redirection du dossier vers le service d'action sociale pouvant fournir une prestation supplémentaire ou des secours.

Enfin, la possibilité de demander une expertise médicale existe. Dans ce cas, l'assuré peut choisir un médecin-expert dans une liste proposée par sa caisse d'assurance-maladie.

Les représentants des familles non admis au sein des CRA des CAF

Hubert JOUOT, UDAF de l'Indre

Les représentants des familles ne sont pas admis au sein des CRA des CAF. Ce point peut-il évoluer ?

Bruno JUIGNER

Rappelons que les représentants des familles peuvent siéger dans les CRA des caisses de MSA car ils doivent appartenir au collège salarié et à un des collèges des non-salariés constituant les conseils d'administration de ces caisses.

Actuellement, la composition des CRA est bloquée au niveau réglementaire. La voie judiciaire a pu être explorée avec d'autres organisations dans notre situation. C'est ainsi que nous avons pu obtenir un premier succès puisqu'un jugement du Tribunal administratif de Lille en date du 28 mars 2008 s'est prononcé favorablement à la présence au sein de la CRA d'une CPAM de représentants d'autres catégories que les seuls représentants des salariés et des non-salariés. Ce jugement, qui n'a pas été contesté en appel par l'administration, vaut également pour la composition des CRA des CAF.

Il s'agit, certes, d'un jugement de premier ressort, qui n'établit pas une véritable jurisprudence mais on notera que son argumentation a été reprise par le président de la CNAM et le directeur général de la CNAF et diffusée dans leurs réseaux respectifs.

L'UNAF, avec l'aide de quelques UDAF, cherche à générer du contentieux sur ce point afin d'aboutir à une décision de principe du Conseil d'Etat et/ou à inciter les pouvoirs publics à modifier les textes sur cette question afin de faire une place à la CRA à d'autres composantes des conseils des CPAM et des CAF.

Représentation par un avocat à la commission des pénalités

De la salle :

Les personnes susceptibles de se voir infliger une pénalité peuvent aussi être reçues par la commission des pénalités des CPAM. Par ailleurs, un professionnel de santé s'est une fois présenté devant la commission accompagné d'un avocat. Quelle règle s'applique à ce genre de situation ?

Aminata DIOP, Responsable de la lutte contre la fraude, CPAM du Val d'Oise

Le professionnel de santé peut être représenté aussi bien par un pair que par une connaissance ou un avocat. Cette règle vaut également pour les assurés.

B. La mise en œuvre des politiques de lutte contre la fraude

1. Cathy LENOBLE, Responsable de la lutte contre la fraude, CAF de Seine-Saint-Denis

La CAF de Seine-Saint-Denis comptait 295 976 allocataires en 2009, soit un habitant sur deux du département. Son organisation n'est pas représentative de l'organisation

des CAF du réseau. En effet, chaque directeur dispose d'une liberté dans l'organisation de sa CAF. Depuis novembre 2008, la CAF de Seine-Saint-Denis est dotée d'un corps de mission « prévention et lutte contre la fraude ». Nous sommes souvent sollicités pour participer à des colloques et à des expériences organisés par la Caisse nationale. Nous participons ainsi actuellement à l'opération « logement fictif » et à l'opération d'évaluation nationale de la fraude évoquée dans les médias.

La **cellule fraude de la CAF de Seine-Saint-Denis** est sous la responsabilité conjointe du Directeur et de l'agent comptable. Elle est composée de trois personnes : un cadre, un référent technique niveau 4 et une assistante logistique et technique. D'autres CAF ne dédient pas autant de moyens à la lutte contre la fraude qui est généralement un sujet transversal à différents services. Nous nous situons au centre du processus de détection de la fraude via les contrôleurs comme au centre du processus contentieux au travers des dépôts de plaintes.

Notre mission consiste à étudier et à centraliser tous les signalements de fraude ou de suspicion de fraude. En cas de suspicion, notre service étudie l'opportunité d'un contrôle complémentaire sur pièce grâce au croisement des données ou sur place par le biais d'un agent de contrôle. La cellule organise et anime également les commissions administratives de lutte contre la fraude qui qualifient les dossiers de fraude ou de non-fraude et qui déterminent la sanction.

De plus, nous participons aux **instances départementales de lutte contre la fraude** : les comités locaux de lutte contre la fraude ou CODAF. Nous participons également à des réunions avec différents partenaires tels que les services des impôts. Nous avons d'ailleurs créé pour ces derniers un document d'échange d'informations en lien avec tous les organismes de protection sociale du département nous permettant de tracer nos échanges et ainsi de nous protéger. La cellule élabore par ailleurs de nombreuses statistiques à destination de la caisse nationale et des CODAF.

Les signalements et leur traitement

Les signalements de fraude peuvent émaner de **plusieurs sources**. Le plan de contrôle de la CAF s'exécute sur la base de contrôles sur pièce ou sur place grâce à des contrôleurs assermentés. Les signalements proviennent également des agents du service ordonnateur ou de l'agent comptable qui liquide le dossier. De plus, nous avons reçu en 2010 plus de 1 400 signalements de la part de nos partenaires. Ceux-ci proviennent en majorité de la CPAM mais aussi de la préfecture qui nous signale les fautifs en matière de permis de séjour comme les personnes sous le coup d'une obligation de quitter le territoire français ou d'un avis préfectoral de reconduite à la frontière.

Notre service étudie ces suspicions et prépare leur **passage en Commission administrative**. Cette dernière, de formation collégiale, regroupe tous les services de la CAF et se réunit une fois par semaine. Au cours de la journée, certains ont pu soulever la question de la qualification de la fraude et de sa distinction avec l'erreur. Les critères de la fraude, présentés ce matin par Madame Desserouer, sont très largement définis par la lettre circulaire 2007-36 de la CNAF. Cette dernière décrit des cas détaillés et des critères précis de cas de fraude. Lors de la procédure, l'outil CRISTAL permet d'avoir accès à toutes les pièces du dossier. L'enquête, les conclusions du contrôleur, tous les éléments, sont étudiés puis la dimension intentionnelle est ensuite recherchée. Par exemple, le contrôleur peut affirmer qu'une personne a travaillé toute l'année quand les déclarations trimestrielles signées de cette dernière n'indiquent aucun revenu. L'élément intentionnel est alors le suivant : plus de deux fausses déclarations relatives aux ressources. Peu de dossiers passent en Commission dans la mesure où — et c'est important de le souligner — le doute profite toujours à l'allocataire. De plus, les études des dossiers étant systématiquement personnalisées, elles demandent toujours du temps et de l'énergie. Si la fraude est avérée, sa qualification est prononcée puis sa sanction appliquée.

Les sanctions

Différentes sanctions sont à notre disposition. En 2010, à l'issue de la Commission administrative, les dossiers se sont répartis comme suit.

- Dans 22 % des cas, les individus ont été déclarés non-fraudeurs.
- 36 % ont reçu un avertissement.
- 5 % ont fait l'objet de pénalités administratives.
- Dans 11 % des dossiers, nous avons engagé des poursuites.
- Enfin, dans 4 % des cas, nous n'avons pu appliquer de sanction car l'allocataire était introuvable.

Notre CAF n'a appliqué **aucune suspension d'aide au logement en 2010** et n'en avait appliqué qu'une seule en 2009. En effet, de telles sanctions sont extrêmement lourdes de conséquences. Ces suspensions relevant, de plus, du cadre d'une expérimentation, nous avons choisi de ne pas les appliquer. L'**avertissement** reprend les faits reprochés, le montant de l'indu, les voies de recours et propose les coordonnées d'un interlocuteur privilégié pour bénéficier d'un suivi personnalisé. Ces avertissements mentionnent également les risques encourus en cas de récidive en s'appuyant sur les textes légaux. Les **pénalités administratives** constituent pour leur part une sanction assez controversée. En effet, leur montant peut être assez important et leur application a pu parfois sembler peu équitable.

En conséquence, un travail de recherche des critères les plus équitables possibles a été mené. Un nouveau barème tient à présent compte de trois paramètres : la typologie de la fraude, la situation sociale de l'allocataire en référence au quotient familial et le montant de l'indu. Le montant maximum des pénalités est de 11 540 euros.

2. Pierre PAUVERT, Directeur adjoint des prestations familiales, CAF de Nanterre.

Une responsabilité partagée

La prévention des fraudes nous concerne tous. Elle doit, en effet, s'appliquer aussi bien à l'accueil qu'au téléphone ou au traitement des courriers. Si un gestionnaire conseil ne relève que 20 % de situations irrégulières dans ses enquêtes, il convient de renforcer sa formation. Un technicien de la CAF est tenu de diligenter une enquête lorsqu'il est certain ou presque certain que l'allocataire n'a pas donné sa situation exacte. La fraude est également l'affaire des cadres en charge du contrôle des rappels et des indus importants. En effet, les rappels doivent prendre en compte la globalité de chaque situation afin de ne pas entraîner d'indus. Les gestionnaires « maîtrise des risques prestations » à l'agence comptable doivent eux aussi cibler les dossiers sensibles.

La détection de la fraude devrait également relever des travailleurs sociaux qui accompagnent les familles monoparentales en matière de RSA. Par ailleurs, elle constitue le travail quotidien des 16 agents de contrôle de la CAF, du rédacteur juridique et du responsable de la politique de contrôle.

Les directions de branches ou d'organismes sont pour leur part concernées au premier chef par les décisions de porter de plainte, les décisions des commissions des pénalités, la gestion des risques et la maîtrise des indus. La CNAF a d'ailleurs intégré la réalisation des objectifs généraux de lutte contre la fraude dans le calcul de la prime d'intéressement.

Enfin, la prévention de la fraude relève également des DRH. En effet, les formations

de gestionnaires conseil prennent en compte cet aspect de la politique de gestion des prestations familiales et sociales. Le gestionnaire doit connaître très précisément les modalités d'attribution des prestations afin de pouvoir détecter les erreurs et les fraudes.

Les moyens

La première barrière de sécurité face à la fraude est constituée par les **échanges de données informatisées ainsi que par la collecte des NIR** (Numéro d'Identification au Répertoire ou « Numéro de Sécurité sociale ») et leur utilisation par les CAF. Cette collecte va permettre la mise en œuvre du RNCPS qui devrait être réalisé à la fin août 2011. Les comptes dont le NIR n'aura pas été complété à ce moment-là seront suspendus. Cette interruption posera des problèmes importants aux 2 % d'allocataires qui bénéficient de droits mais ne disposent pas de NIR. De plus, les gestionnaires conseil ont accès aux données sur les prestations chômage. Ces données sont utiles uniquement si Pôle emploi et la CAF n'ont pas de retard dans le traitement des données.

Aujourd'hui, le RSA ne peut plus être obtenu par un même individu dans plusieurs départements différents. Il est, de plus, impossible dans certains départements d'inventer des dossiers fictifs. La fraude aux quintuplés, qui a alimenté la chronique en 2007, n'est également plus possible. L'utilisation des NIR permet d'empêcher très vite toute tentative de constitution de faux dossiers et permet d'ailleurs de supprimer un certain nombre de contrôles rendus inutiles.

Par ailleurs, les **échanges entre les CAF et la DGFIP** (les services fiscaux) ne permettent qu'un contrôle a posteriori. Ce contrôle est, en effet, effectué deux ans seulement après les faits. Nous n'avons pu commencer à rectifier les fausses déclarations de l'année 2009 qu'en novembre et décembre 2010, tant en ce qui concerne la nature que le montant des ressources. Pour analyser la nature des ressources, nous comparons la situation professionnelle déclarée à la CAF en 2009 avec la nature des ressources réellement perçues lors de la même année. Pour analyser leur montant, nous comparons les Déclarations Trimestrielles de Ressources RSA adressées chaque trimestre en 2009 au montant annuel des ressources perçues lors de la même année. Ces échanges de données permettent également de constater a posteriori les liens maritaux ou les PACS enregistrés à la DGI et non à la CAF, tout comme les ressources perçues par les enfants. La postériorité de ce contrôle donne lieu le plus souvent à des trop-perçus élevés dus à une connaissance tardive des éléments de revenus d'activité professionnelle.

D'autres dispositions pour le traitement des données en matière de prestations familiales et sociales devraient permettre de développer la vérification des informations à la source. Je revendique pour ma part totalement la dématérialisation des données. Par exemple, la mise en œuvre de la procédure idéale, développée à la CAF d'Arras et avalisée par la CNAF, permet aux bailleurs sociaux d'intégrer directement dans le fichier des CAF les données relatives à l'attribution de logements et de demandes d'aide au logement de manière dématérialisée. Cette procédure sera expérimentée sous peu et généralisée de septembre à décembre 2011 à l'échelle départementale. Nous cherchons actuellement à mettre en place un système identique pour les bailleurs privés. Enfin, l'introduction du datamining, l'amélioration du ciblage de la pertinence des contrôles, la maîtrise des risques dans la gestion des prestations légales devraient améliorer considérablement la réussite de nos plans de lutte contre la fraude.

Certaines situations demeurent toutefois à contrôler et certains types de contrôles peuvent présenter des limites. Par exemple, les agents de contrôle ne sont plus à l'origine de la détection des fraudes et leurs relations avec les services des impôts sont désormais épisodiques. Ils n'effectuent plus que des enquêtes ciblées qui sont les plus difficiles à réaliser.

Les principales prestations concernées

Le **RSA** est la première prestation faisant l'objet de fraudes, suivi des aides au logement. S'il est certain que les CAF ont détecté plus de fraudes en 2010 qu'en 2009, l'explication de cette augmentation réside dans le développement de la finesse et de l'automatisme de la politique de maîtrise des risques et de la politique de contrôle. L'efficacité de l'utilisation des NIR est redoutable et l'étau se resserre sur les fraudeurs potentiels. Néanmoins, la fraude persiste et les indus augmentent, même si le taux de récupération s'élève grâce à la fongibilité des prestations. Il est, par exemple, aujourd'hui possible de récupérer du RSA sur les aides au logement.

Dans les Hauts-de-Seine, la grande précarité est contenue. Toutefois, les demandes de RSA auprès de la CAF sont en nette augmentation. Quand on est seul et qu'on n'a que 1 000 € de ressources par mois, on peut avoir la tentation de ne pas déclarer ses revenus après 4 refus de droit au RSA. N'oublions pas qu'un isolé avec 1 000 à 1 200 € de revenus mensuels ne peut prétendre ni au RSA, ni à une aide au logement, ni à certains droits comme la CMU, la prise en charge de la redevance téléphonique, des transports par le STIF (syndicat des transports d'Ile-de-France), etc. ...

Le problème de la fraude aujourd'hui, ce ne sont plus les très précaires, ce sont **les salariés pauvres, exclus du RSA et de l'aide au logement** et qui vivent leur situation comme particulièrement injuste. S'ils franchissent le seuil de l'illégalité, ils risquent avec les contrôles de devoir rembourser deux ans de perception de l'allocation logement et du RSA, soit plus de 10 000 euros.

3. Aminata DIOP, Responsable de la lutte contre la fraude, CPAM du Val d'Oise

Je suis arrivée dans l'équipe de répression des fraudes il y a deux ans. Cette équipe a pour but de réprimer les fraudes et de mettre en œuvre les actions contentieuses. Nous nous plaçons ainsi dans un processus qui débute par la détection des anomalies, se poursuit par les investigations et se termine par la répression et les actions contentieuses.

A chaque étape correspond un interlocuteur particulier et nous nous adaptons à chaque catégorie cible. En effet, les différentes catégories cibles ne partagent pas le même régime conventionnel. Cette adaptation aux différentes catégories complexifie les processus, en particulier en rendant difficile le rassemblement des pièces justificatives.

Les points d'entrée

Plusieurs points d'entrée dans la détection de la fraude sont possibles. Nous nous reposons tout d'abord sur **les signalements** provenant aussi bien des secteurs experts internes que des services et partenaires externes, tels que les CAF. Les dénonciations, en nette augmentation, constituent notre deuxième point d'entrée. La plupart étant anonymes, ces dénonciations soulèvent des questions d'éthique professionnelle. De plus, certaines dénonciations anonymes ne reposent sur aucun fait avéré et demandent un travail de vérification important. C'est pourquoi certaines caisses ont décidé de ne pas traiter les dénonciations anonymes. Nous recevons entre 450 et 800 signalements et dénonciations chaque année.

Les **programmes nationaux** constituent un autre point d'entrée dans la détection de la fraude. Un système très structuré a été mis en place par la CNAM en 2006, comprenant un programme national de contrôle contentieux, une lettre réseau fondatrice chaque année et une lettre réseau spécifique mentionnant les modalités de

Après-midi : quelle mise en œuvre locale pour ces politiques ?

contrôle et de ciblage. Ce programme connaît également des déclinaisons régionales, au travers des agents comptables, de requêtes de maîtrise des risques et d'actions de gestion du risque. Le service du contrôle médical y joue, d'ailleurs, un rôle majeur.

Nous ne sommes pas le seul secteur à travailler sur la lutte contre la fraude. Les professionnels de santé disposent ainsi d'une cellule avec laquelle nous nous répartissons le travail. Cette cellule se concentre plutôt sur les dossiers de type faute médicale. Les investigations peuvent être menées par tous les secteurs cités précédemment. Nous disposons d'un large panel de moyens à notre disposition, tels que des systèmes d'information. Ainsi, pour un processus donné notre technicien peut utiliser jusqu'à quatre logiciels applicatifs permettant de liquider le dossier. Nous procédons également à des enquêtes de terrain grâce à nos enquêteurs agréés et assermentés, habilités à se rendre au domicile des assurés et à aller voir les différents professionnels de santé.

Les actions contentieuses

Nous procédons également à la répression et à la mise en œuvre des actions contentieuses. Les différentes actions contentieuses sont adaptées aux différents types d'anomalies (fraude, pratique fautive, pratique abusive et argent versé à tort). Au cours des différentes procédures, les droits de la défense et la règle du contradictoire sont bien entendu respectés. La contribution du service médical est importante dans la mesure où elle permet de détecter les abus de prescriptions au travers des analyses d'activités. Les actions contentieuses que nous menons s'étendent de la plainte pénale, favorisée à une époque pour son exemplarité, à la lettre d'avertissement qui est aujourd'hui davantage utilisée. Nous effectuons également des notifications d'indus, généralement couplées à des pénalités financières. Enfin, nous utilisons les saisines ordinales pour les professionnels de santé ainsi que les procédures conventionnelles.

Diaporama de la présentation

4. Questions sur la mise en oeuvre

Revoir les pénalités à la baisse ?

De la salle

Est-il possible de revoir des pénalités à la baisse ?

Aminata DIOP

Dans l'assurance-maladie, le montant des pénalités s'inscrit dans une fourchette située entre un dixième du plafond de la Sécurité sociale et 50 % du montant de l'indu qui a fait l'objet d'une notification. Les montants sont ensuite modulés selon les observations présentées par la personne. Ces observations peuvent parfois mener à revoir le montant de la pénalité à la baisse tout comme à l'abandon de la pénalité. Nous ne sommes pas tenus par un cadre strict et contraignant.

Cathy LENOBLE

La CAF prend également en compte la situation financière des personnes pénalisées dans la modulation des montants.

De la salle

Cette modulation du montant peut-elle intervenir une fois la décision prise ?

Cathy LENOBLE

Non, ces modulations interviennent au cours de la prise de décisions. Pour modifier une pénalité qui a fait l'objet d'une décision, l'assuré doit effectuer un recours auprès du tribunal administratif.