



## EDITO

Pour que notre système de santé demeure toujours aussi protecteur, l'Assurance maladie veille à ce que les dépenses prises en charge correspondent à une double exigence de pertinence et de conformité. Cela passe par un effort de responsabilisation de chacun et une lutte contre les abus et les fraudes. Notre plan annuel de contrôle, de répression des fraudes et des activités fautives et abusives s'inscrit ainsi dans notre stratégie globale de gestion des risques.

En 2017, cette stratégie s'est notamment traduite par l'instauration de plans régionaux de lutte contre la fraude pour renforcer notre efficacité collective et notre efficience. Nationalement, nos actions ont continué à se renforcer en s'adaptant aux évolutions législatives et réglementaires ainsi qu'à l'apparition de nouveaux risques de fraudes.

Nos programmes de lutte contre la fraude des professionnels et établissements de santé, des fournisseurs, prestataires de santé et employeurs ont été poursuivis. Il en a été de même des programmes de contrôle des assurés dont ceux sur les nouvelles conditions d'ouverture de droits instituées par la protection universelle maladie (PUMa) ou sur le respect des conditions de ressource pour l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) .

C'est ainsi qu'avec les organismes du réseau, nous avons largement conforté nos résultats en maintenant nos actions de contrôle sur l'ensemble de notre périmètre : assurés, employeurs, professionnels et établissements de santé ainsi que fournisseurs et prestataires de santé.

Nos progrès en matière de pertinence et d'efficacité de nos programmes se sont traduits par une nouvelle augmentation forte des préjudices détectés et stoppés en 2017, 10 % de plus que l'année précédente soit 270 millions d'euros en 2017, et 2,1 milliards d'euros au cours de ces 12 dernières années.

Nous attribuons ce bilan positif aux améliorations régulièrement apportées depuis la structuration de cette fonction de détection et de répression des fraudes au cours des douze dernières années. Depuis lors, nos actions se renforcent chaque année, nous détectons mieux, nous investiguons plus largement et nos stratégies contentieuses sont plus efficaces.

Notre mobilisation a été confortée encore dans le cadre de la Convention d'Objectifs et de Gestion « 2018-2022 » (COG) signée cette année avec l'Etat.

Désormais inscrite, dans le plan ONDAM II - Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) - au sein de la Gestion du Risque, la lutte contre la fraude constitue un levier déterminant pour garantir durablement la soutenabilité et la légitimité des dépenses engagées, et préserver le haut niveau de notre protection sociale.

Nicolas REVEL

Directeur général de la CNAM

## L'AGENDA

Publication courant juillet 2018 du bilan des formations transverses de l'année 2017.

## SOMMAIRE

### FOCUS

Présentation du bilan 2017 des actions de lutte contre la fraude de la CNAM.

La CNAF présente son bilan lutte contre la fraude pour 2017.

### LA PAROLE AUX CODAF

Le pôle de lutte contre l'habitat indigne et le CODAF 91.

### LE POINT SUR

La réunion des secrétaires des CODAF du 25 juin 2018.

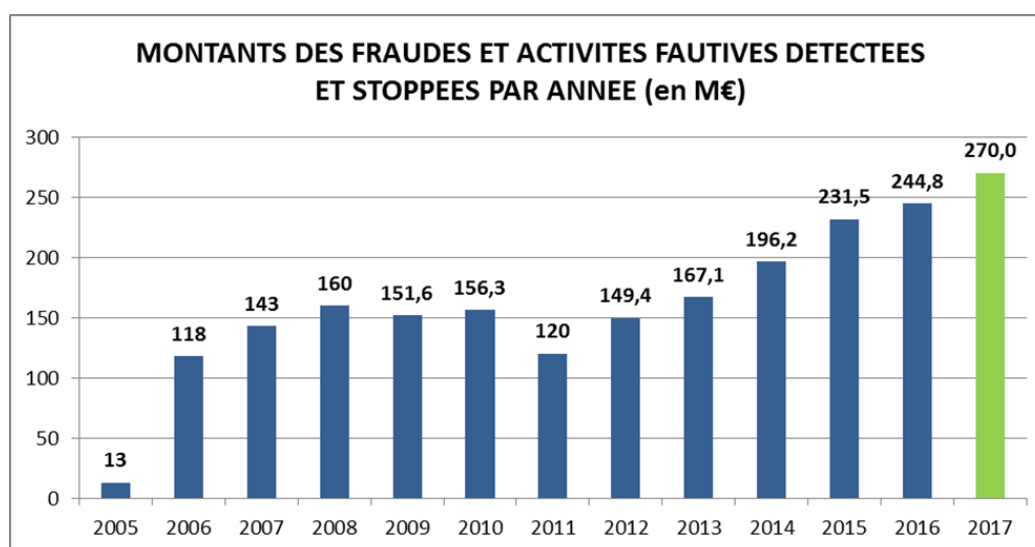
### PRESENTATION DU BILAN 2017 DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

La Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) présente son bilan 2017<sup>1</sup> d'actions en termes de lutte contre les fraudes, les activités fautives et les pratiques abusives, témoignant de sa mobilisation continue dans ce domaine depuis 2005.

#### Des résultats toujours en progression

Conformément à son engagement de garantir un système de santé solidaire, l'Assurance Maladie poursuit ses efforts pour lutter efficacement contre la fraude, avec des résultats en progression chaque année : ce sont en effet **270 millions d'euros de fraudes et d'activités fautives détectées et stoppées l'an dernier, un résultat en hausse de 10,2% par rapport à 2016 (244,8 M€)**. Cette évolution positive illustre le fort investissement de l'Assurance Maladie dans la lutte contre la fraude.

Au total, depuis 12 ans, ce sont **plus de 2,12 milliards d'euros** de préjudices cumulés, détectés et stoppés.



#### Chiffres-clés 2017

**Résultats : 270 M€ (+10,2%)** dont 52% provenant des actions conduites par les organismes en région et **2,12 milliards d'euros détectés et stoppés** depuis 2005.

**26 thèmes de contrôles nationaux et 7 765 dossiers traités au local**

**Plus de 8 077 actions contentieuses** (dont 6 887 pénalités financières, 911 plaintes pénales, 196 plaintes ordinaires), en hausse de 8% par rapport à 2016.

<sup>1</sup>Comme chaque année et conformément à ses obligations réglementaires / Bilan réalisé chaque année en application de l'article L 114-9 du code de la Sécurité sociale

## Les points clés à retenir

### Répartition par grandes catégories de fraudes et activités fautives détectées

Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées	2017	2016	Evolution 2016 - 2017
Droits sociaux (usurpation des droits et faux justificatifs CMU/CMU-C, transfrontaliers...)	10,9 M€	9,1 M€	+19,6 %
<i>dont : CMU-C</i>	8,2 M€	5,3 M€	+54,9%
Rentes d'accidents du travail, pensions d'invalidités, indemnités journalières	31,3 M€	30,9 M€	+1,2 %
<i>Dont indemnités journalières (IJ)</i>	13,0 M€	10,7 M€	+21,7%
Remboursements de soins de ville (y compris médicaments)	136,3 M€	107,7 M€	+26,6 %
Etablissements (total)	91,5 M€	82,4 M€	+11,0 %
<i>dont : T2A</i>	58,2 M€	51,7 M€	+12,6 %
<i>dont : Hors T2A</i>	33,3 M€	30,7 M€	+8,5%
Autres fraudes <sup>2</sup>	-	14,7 M€	-
<b>TOTAL</b>	<b>270 M€</b>	<b>244,8 M€</b>	<b>+10,2 %</b>

Concernant ces résultats, il convient de souligner la progression observée sur les montants de préjudices stoppés en matière de contrôles relatifs aux **prestations en nature (+26,6%)**, aux **indemnités journalières (+21,7%)**, à la **gestion des droits (+19,6%)** et aux **établissements (+11%)**.

Toutefois, il est difficile de comparer les progressions poste par poste d'une année sur l'autre, et ce, pour deux raisons : d'une part, l'Assurance Maladie s'attache à diversifier les champs d'investigation de campagnes de contrôle d'une année sur l'autre ; d'autre part, les actions de lutte contre la fraude requièrent des procédures rigoureuses d'investigations et des actions contentieuses parfois longues, pouvant expliquer un décalage dans le temps entre le moment où les contrôles sont lancés et le moment où les résultats obtenus en termes financiers sont comptabilisés.

#### Rappel méthodologique

Les organismes de l'Assurance Maladie et le Service du contrôle médical engagent des contrôles d'activité de professionnels appartenant à toutes les catégories.

Ces contrôles s'effectuent à partir de l'exploitation des bases de données de l'Assurance Maladie ou d'indices repérés au quotidien par ses agents. Il peut s'agir également d'échanges d'informations provenant de partenaires ou de témoignages signalant des comportements suspects. Des investigations sont toujours menées par la suite permettant d'avérer ou non les manquements et les griefs. Par ailleurs l'Assurance Maladie applique la Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé, sauf en cas de suspicion de fraude.

<sup>2</sup> En 2017, le poste « Autres fraudes » a été segmenté et réparti plus finement sur les autres postes de fraudes (obtention des droits, prestations en espèces, prestations en nature, établissements).

- **Typologie des fraudes**

Sur le seul volet fraude, le bilan révèle des pratiques diverses, comme, par exemple, des attestations et des bulletins de salaires fictifs, la non déclaration volontaire de revenus liés à la perception de loyers pour bénéficier de prestations soumises à des conditions de revenus (CMU-C), des actes fictifs, c'est-à-dire des actes facturés alors qu'ils n'ont pas été faits, des vols d'ordonnances pour se faire délivrer des produits destinés à la revente ainsi que des facturations multiples pour un même acte de soins ou des facturations de transports non réalisés, etc.

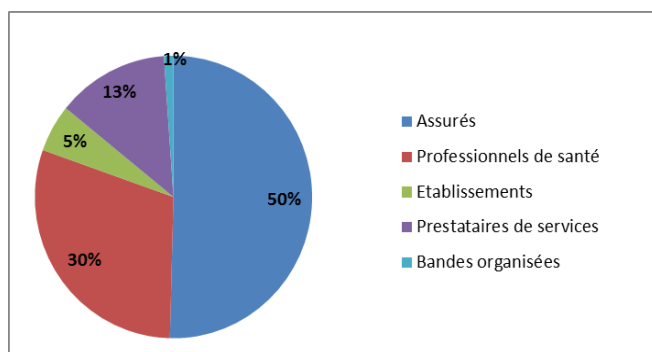
- **Typologie des activités fautives**

Là aussi, celles-ci sont diverses : par exemple, elles peuvent porter sur le non-respect de règles de facturation par des professionnels de santé ou par des établissements de soins (dépassements du nombre d'actes facturables par jour, cotations erronées, majorations non prévues par la nomenclature, ...). Côté assurés, elles peuvent concerner par exemple une absence d'information d'un changement de situation familiale impactant les droits.

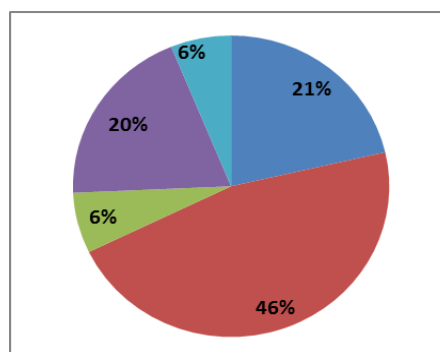
- **Répartition par catégories d'acteurs**

Si les **assurés** représentent la moitié des cas de fraudes et de fautes détectées et stoppées, le préjudice financier causé par ceux-ci concerne **21% des sommes en jeu**.

**Répartition en nombre de cas**



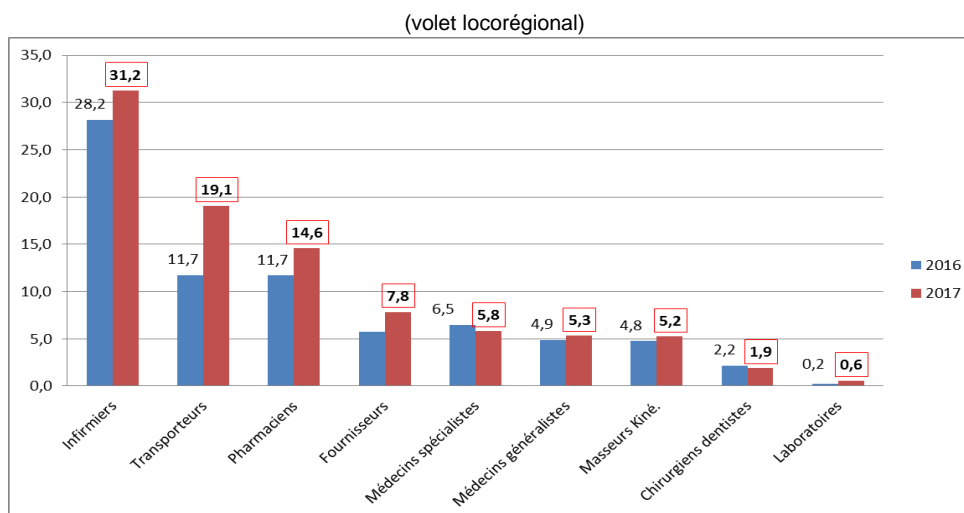
**Répartition en montant**



Concernant les **offreurs de soins**, les organismes et les services médicaux engagent des contrôles d'activités de professionnels de santé, de prestataires de services ou de fournisseurs dont les fraudes et les activités fautives représentent un montant total de **132,4 millions d'euros**.

**Les montants les plus importants de préjudices stoppés au niveau locorégional ont concerné des infirmiers et des transporteurs (en montants financiers).**

## Montant des fraudes détectées et stoppées par profession en 2016 et 2017, en M€



La progression de ces résultats s'explique par plusieurs facteurs.

Au premier chef, elle résulte de la **diversification des champs d'investigation**, à la fois en termes de prestations comme d'acteurs.

C'est le cas notamment des résultats en hausse (+13%) sur le contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A), dans quelques 158 établissements aussi bien publics que privés suite à la mise en œuvre de nouvelles méthodes depuis 2014.

C'est le cas du maintien des contrôles menés dans les Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad) sur lequel l'effort a été poursuivi encore en 2017 et concernant les soins infirmiers à domicile.

Par ailleurs, les progrès enregistrés découlent d'une **professionnalisation croissante des experts** (statisticiens, juristes, investigateurs), via des formations renforcées (en 2017, près de 1 010 personnes ont été formées) et l'amélioration des techniques comme le datamining ou un travail renforcé avec la Délégation nationale de la lutte contre la fraude (DNLF).

Enfin, les **actions partenariales** sont menées avec un nombre croissant d'acteurs, dont les autres branches comme la famille et la vieillesse. En 2017, les relations inter-partenaires ont donné lieu à 5 496 fiches de signalement reçues et traitées avec un résultat d'un montant de 9,4 millions d'euros dont 32% concernaient des motifs de signalement sur les conditions de ressources des assurés. Ainsi, les échanges de données avec les caisses d'allocations familiales ont été particulièrement importants l'an dernier représentant 48% des signalements inter-partenaires traités par l'Assurance Maladie.

### Traitement des fraudes complexes

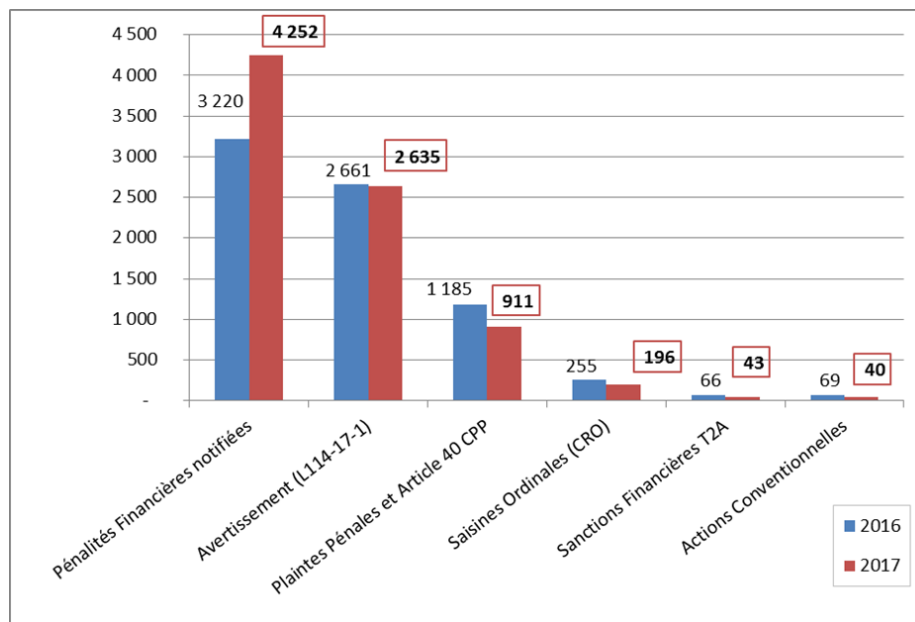
L'Assurance Maladie a mené en 2017 une large réflexion pour améliorer l'efficacité de la lutte contre les fraudes complexes, comme celles avec trafic ou en bande organisée. Cette démarche prépare l'engagement COG 2018-2022 d'optimiser les voies d'actions contentieuses en accompagnant les organismes dans leur stratégie. Elle vise à réduire les situations d'échec et la durée des procédures pénales.

Un groupe de travail constitué de représentants de la caisse nationale et du réseau a formulé des recommandations d'actions qui ont pour objectif de mieux préparer les dossiers collectivement et d'améliorer leur traitement, pour faire aboutir davantage d'affaires engagées en procédure pénale dans des délais plus rapides (de l'ordre de cinq ans en moyenne actuellement).

## Une politique répressive à la hauteur des enjeux

Une fois les fraudes, fautes et abus détectés et identifiés, l'Assurance Maladie dispose d'un éventail de sanctions et de mesures afin de réprimer les fraudeurs et fauteurs actuels mais aussi pour dissuader d'éventuels fraudeurs à l'avenir. Cette politique répond au besoin d'exemplarité et de bonne gestion des ressources financières gérées par l'Assurance Maladie et, à ce titre, **près de 8 077 actions contentieuses** ont été engagées en 2017 (en hausse de 8%).

Nombre de suites contentieuses engagées par l'Assurance Maladie en 2016 et 2017



La palette disponible permet de graduer les sanctions au regard de la gravité des faits et de l'importance du préjudice financier subi, depuis le simple avertissement jusqu'aux peines de prison, en passant par les pénalités financières.

Le recours à cette dernière modalité, qui permet à l'Assurance Maladie de fixer des amendes administratives, a poursuivi son développement sur 2017 avec **4 252 pénalités financières**. Il s'agit d'un **mode de sanction en progression** dont 44% concernent des professionnels de santé et 46% des assurés<sup>3</sup> en termes de montants.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a déposé **664 plaintes pénales** pour un **montant global de 43,8 M€ demandés en réparation**. Face aux procédures engagées par l'Assurance Maladie, 96 951 jours de prison ferme ou bien avec sursis ont été prononcés en 2017, pour réprimer les pratiques les plus délictueuses observées.

Ce volet répressif s'impose tant pour des raisons d'exemplarité que de recherche d'effets de dissuasion.

<sup>3</sup> Sur la base du montant total du prononcé des sanctions

## LA CNAF PRESENTE SON BILAN LUTTE CONTRE LA FRAUDE POUR 2017

### Une évolution dans la politique de la branche et des résultats qui demeurent très bons.

En 2017, la prévention de la fraude a été un tournant important pris par la Branche. En effet, la prévention concoure tout autant que la détection des fraudes à la réduction de l'écart entre fraude estimée et fraude détectée.

La prévention des fraudes s'est notamment matérialisée en 2017 par :

- la campagne de communication sur la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Elle est reconduite en 2018.
- l'envoi de plus de 40 000 lettres de mises en garde. L'efficacité de ces lettres de mise en garde sur la récidive a conduit à la création d'un objectif de prévention de la fraude dans le plan de contrôle interne 2018. Au-delà de l'aspect prévention, les résultats de la lutte contre la fraude sont en constante progression.

### L'investissement des Caf s'est poursuivi en matière de qualification des fraudes.

La Branche a qualifié **45 100 fraudes en 2017** (42 959 fraudes en 2016), pour un montant de **291 millions d'euros** (275 millions en 2016). Ces résultats démontrent l'investissement, sur la durée, de tout le réseau des Caf puisque le nombre de fraudes qualifiées continue d'augmenter.

L'évolution, depuis 2012, est la suivante :

#### Nombre de fraudes qualifiées sur la période 2012- 2017

Année	Nombre de cas	% d'augmentation
2012	17 974	19,73%
2013	20 937	16,48 %
2014	32 828	56,51 %
2015	39 934	21,66 %
2016	42 959	7,57%
2017	45 100	4,98 %

#### Montant des fraudes qualifiées sur la période 2012-2017

Année	Préjudice en millions €	% d'augmentation
2012	119,1	17,77%
2013	141,4	18,74 %
2014	209,6	48,21 %
2015	247,8	18,22 %
2016	275,4	11,14%
2017	291,1	5,71 %



- **Les sources principales de suspicion de fraude sont :**
  - le ciblage datamining : 16 459 dossiers (36%) ;
  - les contrôles de ressources/situations professionnelles- Rac : 8 527 dossiers (19%) ;
  - les demandes de contrôles émanant des gestionnaires conseils : 6 729 dossiers (15%) ;
  - les signalements partenaires : 6 221 dossiers (14%).
  
- **La typologie des mécanismes de fraude est la suivante :**
  - omission et fausse déclaration : 73 % des cas de fraudes
  - fraude à l'isolement : 18 %
  - faux et usage de faux, escroqueries et autres : 9 %

**La répartition des fraudes par catégorie de prestation est la suivante :**

Prestations	Part du total de la fraude en nombre	Part du total de la fraude en masse financière
Minima sociaux	71,8%	73%
Dont RSA	54,3%	61,5%
Dont Prime d'activité	11,5%	4,3%
Dont AAH	1,5%	3,4%
Aides au logement	19,8%	21,1%
Prestations familiales et primes diverses	8,4%	5,9%
Action sociale	0,01% contre 0,02 % en 2016	Non significatif

**La branche Famille met en œuvre une politique volontariste de détection de la fraude.**

En effet, les informations transmises par les allocataires et prises en compte pour ouvrir et gérer leurs droits, sont pour l'essentiel déclaratives. Or, ces données entrantes sont susceptibles d'erreurs, que celles-ci soient volontaires ou involontaires. C'est ce qu'on nomme le « risque déclaratif ».

L'enjeu de crédibilité de ce système déclaratif est de vérifier la situation des allocataires pour garantir les versements à juste droit. C'est ce que permet le **dispositif de sécurisation des données entrantes**, matérialisé par le plan de contrôle interne annuel. Il reprend tous les moyens de maîtrise, mis en œuvre pour sécuriser le versement des prestations.

Le dispositif de contrôle des données entrantes est construit autour de 3 axes stratégiques :

- sécuriser les données entrantes tout au long du process de production
- cibler les sécurisations sur les dossiers et les informations les plus à risques
- prévenir le risque d'erreurs.

Ce système repose sur un enchaînement d'actions de sécurisation complémentaires qui permet de suivre la vie des dossiers allocataires depuis leur ouverture.

En 2017, **sur 12,5 millions d'allocataires, 7,7 millions ont été contrôlés sur au moins 1 élément de leur dossier**, soit plus d'1 allocataire sur 2. Les Caf ont vérifié 35,4 millions de points de contrôle.

Les risques majeurs d'erreur ou de fraudes portent sur les ressources et les situations professionnelles. Ces erreurs sont volontaires ou non.

Ils tiennent aux omissions ou fausses déclarations concernant les ressources et les situations professionnelles. Ils sont couverts d'abord par des échanges automatisés principalement avec Pôle emploi et la DGFIP (30,8 millions de contrôles).

Par ailleurs, depuis plusieurs années, le ciblage des dossiers le plus à risque se font à partir du **datamining**. Il a permis de détecter **284,5 millions d'euros d'indus ou de rappels en 2017**, contre 282,1 millions d'euros en 2016, soit une évolution de 1 %.

**Le rendement des 112 083 contrôles sur place initiés par datamining est passé de 84 % à 96 %**. De même, le rendement des **292 160 contrôles sur pièce** (services ordonnateur et Agence comptable confondus), déclenchés dans les mêmes conditions, a lui aussi augmenté, passant de **29% en 2016 à 36 % en 2017**.

Origine contrôle	Contrôles	Indus			Rappels			Taux d'impact financier (IF)	Dossier avec IF
		Nombre contrôles	Nombre	Taux	Montant (millions €)	Nombre	Taux	Montant (millions €)	Taux
Sur place	112 083	60 712	54 %	137 394 176	47 216	42 %	42 559 127	96 %	62 %
Sur pièce	292 160	55 672	19 %	65 152 565	48 166	16 %	39 407 073	36 %	26 %
<b>Total</b>	<b>404 243</b>	<b>116 384</b>	<b>29 %</b>	<b>202 546 741</b>	<b>95 382</b>	<b>24 %</b>	<b>81 966 199</b>	<b>52 %</b>	<b>36 %</b>

Une importance constante dans la politique de contrôle tient aux contrôles sur place. Ils portent sur l'ensemble de la situation de l'allocataire. Ils sont réservés aux situations les plus à risque :

- sélectionnés principalement par le datamining (scores de risque les plus élevés),
- sélectionnés par les Gca lors du traitement des dossiers (signalements internes),
- issus de signalements externes (partenaires),
- réalisés sur la base d'un protocole de contrôle, qui associe des vérifications de pièces justificatives, de co-production auprès de partenaires-tiers et de consultations de portails.

En 2017, l'impact financier moyen d'un contrôle sur place est de 1983 euros, pour un coût de 493 euros par contrôle : les contrôles sur place sont donc très rentables. 171 000 contrôles sur place ont été effectués en 2017. A ceci s'ajoutent les quelques 4,4 millions de contrôles sur pièces ciblés ou non par datamining.

## En plus de ces contrôles qu'on pourrait qualifier de traditionnels, des actions de contrôle thématiques ont été menées en 2017.

Outre des actions de contrôle spécifiques sur le risque de fraude à la résidence et sur le risque de sous-déclaration de ressources pour certaines catégories de travailleurs indépendants, la branche a conduit une **action de contrôle orientée sur les bailleurs bénéficiant de Rsa**. En effet, ces allocataires présentent un risque de non déclaration des loyers. Cette action a été très efficace : 4,5 millions d'euros redressés pour 1308 contrôles.

## La politique de sanction de la Branche famille.

La Branche attache du prix à ce que la fraude soit sanctionnée. Afin de garantir l'équité des sanctions sur l'ensemble du territoire national, la Branche a mis en place un **barème opposable des sanctions**. Il tient compte de la gravité des faits, du montant du préjudice causé par la fraude, de la présence d'une récidive et de la situation sociale de l'allocataire. D'un point de vu global, les sanctions se répartissent comme suit :

Nombre de cas de fraudes	Nombre de poursuites pénales décidées	Nombre de pénalités	Montant des pénalités	Nombre d'avertissements	Total*
45 100	1 917 (4,77 % du total des sanctions)	27 463 (68,35 % du total des sanctions)	16,84 millions d'€	10 799 (26,87 % du total des sanctions)	40 179

\* La différence entre le nombre de fraudes qualifiées et le nombre de fraudes sanctionnées correspond aux cas de fraudes au Rsa dont la sanction est de la compétence du Conseil départemental et pour lesquelles la Caf n'a pas connaissance de la nature de la sanction décidée.

## En perspective

Il est prévu de continuer à investir la prévention des erreurs de déclarations, notamment dans le cadre du programme de prévention des indus. La mise en place de la procédure contradictoire en matière de contrôle sur pièce va également permettre de renforcer la qualité des qualifications de fraude, en écho au texte portant le droit à l'erreur.

Enfin, la Branche va expérimenter la modélisation d'un datamining Accès aux droits, en corolaire de la démarche du juste droit portée par la lutte contre la fraude.

Stéphane PACAUD  
Chargé de mission CNAF  
Lutte contre la fraude

## **LA PAROLE AUX CODAF**

### **LE POLE DE LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE ET LE CODAF 91**

Alerté par la mairie de Grigny (91), le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne de l'Essonne avec le CODAF au sein duquel de nombreuses informations ont pu être échangées, ont mis fin aux pratiques frauduleuses d'un bailleur qui hébergeait dans des conditions indignes, contre paiement, des familles, en escroquant la Caisse des allocations familiales et la collectivité départementale pour obtenir indument des aides personnalisées au logement (APL).

Après plusieurs contrôles infructueux, la Direction départementale protection des populations est désignée pilote des investigations, cette Direction étant compétente essentiellement sur les contrats de location, les facturations liées aux travaux dans les logements, en partenariat avec les membres du CODAF, entre autres la CAF et les services fiscaux.

#### **D'excellents échanges au sein du CODAF**

Ces échanges, notamment avec la BCR, pour la situation foncière et juridique du bailleur mais aussi avec la CAF qui accède aux données relatives aux déclarants et bénéficiaires de l'APL, permettent d'établir que :

- Le bailleur est une SCI basée dans un autre département et gérée par un couple. Elle possède au sein d'une même copropriété 40 logements de toutes tailles (1 à 6 pièces) rachetés à vil prix (6 pièces : 50.000 €) à la barre suite à des saisies judiciaires ;
- Cette SCI perçoit directement les APL.

#### **Des investigations portées à la connaissance de la Justice et des services fiscaux au sein du CODAF**

Recherchant l'efficacité, les appartements de 5 ou 6 pièces sont priorisés. Les investigations, notamment auprès de la CAF, démontrent que pour ces logements, la SCI établit un contrat de bail de location meublée à un seul individu et remet aux autres locataires d'un même logement, des contrats de colocation, non pour occuper une des pièces mais la totalité de la surface du logement. Alors qu'en réalité, tant le locataire dit principal que les colocataires, généralement des familles monoparentales, occupent chacune une pièce de 9 à 10 m<sup>2</sup> et partagent avec les autres la cuisine, la salle de bains et les toilettes.

Non seulement les prestations APL versées directement à la SCI pour un même logement par famille sont calculées sur la base de la surface totale du logement et non sur une base de 9 à 10 m<sup>2</sup>, mais en outre la CAF, organisme prestataire, n'est en aucun cas alertée quant aux conditions de logement de ces familles monoparentales.

L'ensemble de ces éléments sont portés à la connaissance du Parquet près le TGI d'EVRY en application de l'article 40 du code de procédure pénale.

Parallèlement, la vérification des factures de mobiliers et de travaux réalisés par la SCI conduisent à la rédaction d'un procès-verbal pour absence de demande de délivrance de facture.

En effet, le responsable de cette SCI avait présenté de fausses factures établies par une entreprise sans existence réelle pour des travaux de peinture jamais réalisés, ou des factures demandées très tardivement par la SCI, pour justifier d'achats auprès de magasins de bricolage, de commerces généralistes.

Cependant, ces documents n'apparaissant ni dans la comptabilité de cette SCI ni dans celle des vendeurs, la Brigade de Contrôle et de Recherche des Impôts de Corbeil-Essonnes en a été informée.

## **Des informations portées aussi à la connaissance de la Commission nationale des sanctions et de TRACFIN**

L'ensemble des agences immobilières agissant près de cette copropriété est contrôlé tant dans le cadre des obligations de publicité des prix, que des contrats et du blanchiment de capitaux.

Outre la fermeture d'un établissement dès le début de cet axe de travail, un rapport est ensuite transmis à la Commission Nationale des Sanctions (CNS) qui prononce des sanctions (amendes ou suspension d'activités) à l'encontre de trois agences immobilières.

Par ailleurs, TRACFIN est alerté relativement à l'achat d'un appartement (100.000€) par une personne bénéficiant du RSA pour le compte d'un individu placé sous écrou.

## **Empêcher l'achat des appartements par le gel des dossiers de surendettement et éviter leur acquisition par de nouveaux marchands de sommeil ou trafiquants de drogue**

Nombre de propriétaires ne réglant pas leurs charges de copropriété, celle-ci supporte un déficit grandissant qui, pour être comblé, nécessite une répartition des charges non payées sur l'ensemble des copropriétaires. Beaucoup voient ainsi leurs charges augmenter sans être capables d'y faire face entièrement.

En outre, le déficit financier de la copropriété entraîne une réduction de la valeur mobilière à hauteur de la moitié environ de chacun des appartements par rapport au prix initial d'achat. La vente d'un appartement par un particulier, désireux de régler ses dettes, est ainsi insuffisante pour y parvenir.

En effet, cette vente ne couvre pas les frais de remboursements du prêt financier et des charges de copropriété. Beaucoup de particuliers déposent donc un dossier de surendettement. En outre les acheteurs potentiels, toujours à vils prix, sont soit des marchands de sommeil, soit des personnes soupçonnées de trafic de drogue.

Ainsi, à la demande de la Préfecture, en vue de rétablir financièrement cette copropriété, d'éviter les pratiques de bailleurs indécents, éviter aussi le blanchiment de capitaux, l'Etablissement Public Foncier (EPF) d'IDF rachète les logements à des prix prenant en compte les difficultés des particuliers. Pour ce faire, après concertation entre la Préfecture, la Banque de France et la DDPP, représentante du Préfet à la commission de surendettement, les dossiers de surendettement nécessitant une vente de logement sont gelés afin de permettre à l'EPF de les acheter.

Philippe MARTINEAU

Direction départementale de  
la protection des personnes  
(91)

## LE POINT SUR

### LA REUNION DES SECRETAIRES DES CODAF DU 25 JUIN 2018

Le 25 juin 2018, la DNLF a réuni les secrétaires permanents des CODAF, au centre Pierre Mendès-France à Bercy.

En introduction, Jeanne-Marie Prost, déléguée nationale à la lutte contre la fraude a rappelé l'importance de l'implication des CODAF en termes de contrôles conjoints et d'échanges de renseignements.

Le bilan des actions des CODAF en 2016 traduit particulièrement leur engagement :

- **8279 opérations concertées** menées par les CODAF ;
- **13443 transmissions d'informations** entre partenaires.

**In fine, les fraudes détectées grâce à l'action des CODAF ont permis des redressements à hauteur de 301 millions d'euros en 2016.**

Jeanne-Marie Prost remercie donc les secrétaires permanents des CODAF ainsi que leurs partenaires pour cet important investissement.

La déléguée a ensuite évoqué les grands axes d'actions posés comme priorités pour les CODAF en insistant sur les thématiques hors travail illégal qui doivent également être investies.

La réunion des secrétaires CODAF a été l'occasion pour la DNLF de présenter le bilan 2017 relatif aux sanctions administratives pour travail illégal prévues par le code du travail et de rappeler l'importance de la formation interinstitutionnelle.

Cette réunion a également favorisé les échanges à l'occasion de deux interventions consacrées à des thématiques sociales à forts enjeux en termes de préjudice pour les finances publiques :

- la lutte contre le logement indigne et les fraudes sociale souvent connexes ;
- la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie.

- **La présentation du bilan 2017 relatif aux sanctions administratives pour travail illégal prévues par le code du travail.**

Après cette introduction, la réunion des secrétaires de CODAF s'est poursuivie par une présentation par la DNLF du bilan de l'année 2017 des sanctions administratives pour travail illégal prévues par le code du travail.

**Le premier constat est une augmentation constante du nombre de décisions notifiées au titre de la fermeture temporaire d'établissement.**

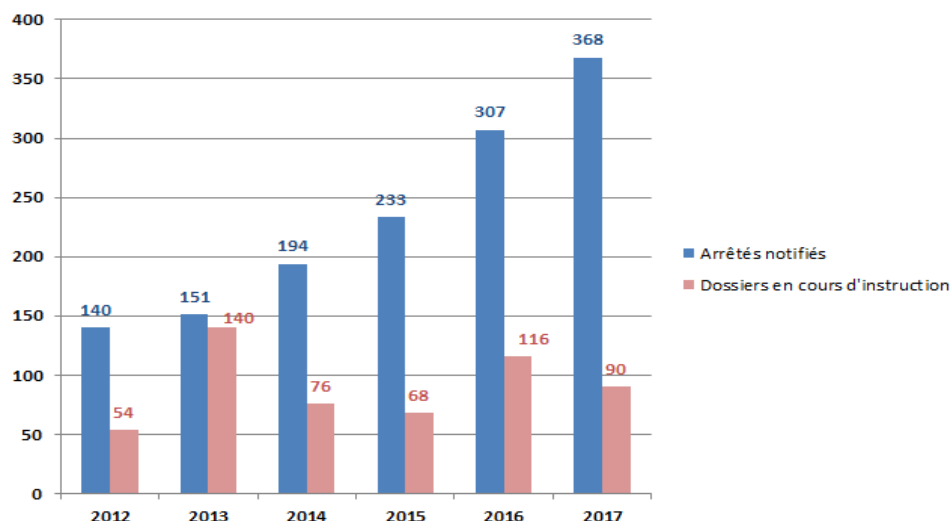
En 2017, au titre de la sanction « fermeture administrative d'établissement »<sup>4</sup> :

- **368 arrêtés** ont en effet été notifiés (contre 307 en 2016)
- **90 dossiers en cours d'instruction** au 31 décembre 2017 (contre 116 dossiers en 2016).

---

<sup>4</sup> Article L. 8272-2 du code du travail

## Nombre d'arrêts de fermeture administrative d'établissement et de dossiers en cours d'instruction au 31 décembre



Comme chaque année, la DNLF a collecté, par questionnaire les données auprès des secrétaires CODAF, en charge de la lutte contre le travail illégal, et selon les informations recueillies auprès des services compétents (service du préfet de département, verbalisateurs).

### Le second constat est que le déploiement territorial du dispositif se confirme en 2017.

Pour apprécier ce déploiement, sont comptabilisés les départements ayant notifié au moins un arrêté et/ou ceux dans lesquels un ou plusieurs dossiers sont en cours d'instruction au 31 décembre.

Dans ce cadre, **44** départements ont mis en œuvre le dispositif de fermeture (contre 47 en 2016), 40 départements ont procédé à une ou plusieurs décisions de fermeture, 23 départements sont en cours d'instruction de dossiers.

Treize nouveaux départements ont mis en œuvre la fermeture administrative d'établissement (contre 10 en 2016).

Sur une période de trois ans, **65 % des départements ont mis en œuvre le dispositif.**

- **Le focus sur les formations transverses dédiées à la lutte contre la fraude<sup>5</sup>**

Après avoir rappelé les principes directeurs des formations transverses proposées au catalogue (caractère interinstitutionnel des formations tant dans les organismes de formation que dans la mixité des stagiaires, etc.), la DNLF a présenté les réflexions en cours pour l'élaboration du catalogue 2019 :

- poursuivre la promotion de l'e-formation
- insérer de nouveaux modules : sensibilisation à la lutte contre la traite des êtres humains dans le cadre de l'exploitation par le travail, règles de l'audition libre, maîtrise des risques et lutte contre la fraude, articulation des sanctions administratives et pénales en matière de LCTI.

---

<sup>5</sup> Pour plus d'information sur la formation : <https://www.economie.gouv.fr/dnlf/formations>

Sur la formation « articulation des sanctions administratives et pénales en matière de LCTI » la DNLF fait un appel aux CODAF pour lui faire remonter des actions de formation engagées en local / contact : [christine.rigodanzo@finances.gouv.fr](mailto:christine.rigodanzo@finances.gouv.fr)

- refonte du module « logiciels de statistiques et data mining » et de l'offre de formation des Douanes

La DNLF verra dans quelle mesure une réponse pourra être apportée aux besoins de formation exprimés par certains CODAF suite à l'enquête nationale d'avril 2018.

Le retour de cette enquête sera valorisé dans le bilan 2017 des formations lutte contre la fraude qui paraîtra en juillet 2018.

Enfin, la réunion des secrétaires des CODAF a été l'occasion pour la DNLF de rappeler le rôle de relais du secrétaire CODAF, en matière de formation, dans la diffusion de l'information auprès des membres du comité.

- **La table ronde sur la lutte contre le logement indigne et les fraudes sociales connexes.**

Lors de cette table ronde Monsieur François Perain, Procureur de la république à Nancy et Madame Mariannig Imbert, substitut du procureur à Bobigny ont pu mettre en perspective les différentes coordinations et stratégies d'enquête susceptibles d'être utiles pour lutter efficacement contre le logement indigne. Il a été rappelé à cette occasion que le PNLF 2016 - 2018 fait de la lutte contre les marchands de sommeil et les fraudes sociales connexes une priorité d'action des CODAF.

Qu'elles reposent ou non sur une connivence entre les propriétaires bailleurs et les occupants, ces fraudes ont en effet des implications financières importantes et multiples pour les finances publiques.

Elles concernent en général les allocations logement versées par les CAF ou la MSA, mais aussi des subventions versées par l'agence nationale de l'habitat (ANAH) qui accorde des aides financières pour travaux sous conditions à des propriétaires occupants, bailleurs et copropriétés en difficulté.

Il peut également s'agir de fraudes à la domiciliation pour des allocataires qui prétendent être isolés ou qui ont besoin d'une adresse en France pour percevoir l'ASPA, d'une fraude fiscale (non-paiement de la taxe d'habitation) ou d'une fraude aux fonds de solidarité pour le logement (FSL) qui accorde des aides financières aux personnes qui rencontrent des difficultés pour assurer les dépenses de leur logement (factures, loyers...).

Présentant les fraudes sociales connexes à celles commises en matière de logement indigne identifiées sur son précédent poste à Valenciennes mais également constatées à Nancy, Monsieur Perain a mis en évidence les coopérations possibles au travers du CODAF entre parquet et préfecture, municipalités, organismes de protection sociale et ARS.

Madame Imbert a quant à elle insisté sur les dispositifs spécifiques mis en place au niveau d'un parquet de grande taille comme celui de Bobigny pour lutter contre l'habitat indigne. Elle a également insisté sur la particulière utilité d'une bonne articulation entre sanctions administratives et judiciaires.

La DNLF a pour sa part produit deux fiches de sensibilisation en vue de donner aux secrétaires permanents des CODAF une grille de lecture relative aux problématiques du logement indigne et de certaines fraudes sociales susceptibles d'être identifiées de manière connexe.

- **L'intervention de la CNAM sur sa politique de lutte contre la fraude.**

Après avoir présenté l'organisation de son réseau et les résultats chiffrés de sa politique de lutte contre la fraude (voir article de la CNAM pour plus de détails), Madame Araujo, Responsable du



Département Stratégie, Formation et Relations Réseau au sein de la CNAM, a exposé la stratégie globale de contrôle impulsée pour 2018 - 2022 :

- mieux identifier les risques potentiels de fraude,
- se concentrer sur les actions à forts enjeux financiers,
- poursuivre l'amélioration de nos méthodes de détection,
- mettre en place des programmes nationaux à visée dissuasive sur les nouveaux droits ou nouvelles prestations,
- optimiser les voies d'actions contentieuses.

Le plan de contrôle 2018 présente des innovations notables avec une première appréciation des charges pour faciliter la planification des programmes nationaux en région et un renforcement de la construction des programmes nationaux avec le réseau.

La réunion des secrétaires des CODAF a été l'occasion pour Monsieur Ludwig, Adjoint « Partenaires extérieurs » à la Direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes de la CNAM, d'exposer une affaire pénale d'infirmières hyperactives actuellement en cours. Des échanges avec l'auditoire il ressort que l'évocation par les Cnam d'un tel dossier en CODAF à un stade relativement précoce présente un réel intérêt pour les autres membres du CODAF.

Selon l'expérience de certains secrétaires de CODAF, prévoir des réunions dédiées aux dossiers de la sphère sociale permet de mieux investir ce champ et de mener plus facilement des actions concertées.

Enfin **des secrétaires de CODAF ont fait part de leur souhait d'une plus forte implication des Cnam dans certains départements.** Cette attente trouve tout son sens sachant que l'Assurance maladie couvre plus de 90% de la population.

**Directrice de publication : Jeanne-Marie PROST**  
DNLf - 5 place des Vins de France 75573 PARIS CEDEX 12  
Tél : 01 53 44 27 27 – 01 53 44 28 28  
[www.economie.gouv.fr/dnlf](http://www.economie.gouv.fr/dnlf)