

LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE MALADIE

*Évaluation, prévention, détection, contrôles, sanctions :
un continuum d'actions qui se renforcent*

Contact presse

Caisse nationale de l'Assurance Maladie

presse.cnam@assurance-maladie.fr

Perrine Carriau - 0172601764

Cécile Fize - 0172601829

Céline Robert-Tissot - 0172601337

Léo Leroy – 0172601986

Agence Hopscotch

cnam-presse@hopscotch.fr

Sabine Doligé - 0158650133

Lander Marchionni - 0677260169



[Suivez notre actualité sur Twitter !](#)

SOMMAIRE

Edito : 3 questions à Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie	P.3
Communiqué de synthèse	P.5
Partie 1 – Un plan de lutte contre la fraude rénové pour répondre aux nouveaux enjeux	P.6
Partie 2 - Une stratégie globale renforcée, de l'évaluation aux sanctions	P.10

3 questions à Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie :

« Nous sommes plus que jamais déterminés à renforcer nos actions de lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie. Notre système de santé est notre bien commun, le protéger est une priorité absolue. »



Quelle place l'Assurance Maladie donne-t-elle à la lutte contre la fraude ?

La lutte contre la fraude est une des missions essentielles de l'Assurance Maladie, au cœur de notre responsabilité de gestionnaire de fonds publics. Rappelons que les dépenses de santé gérées par l'Assurance Maladie représentaient plus de 230 milliards d'euros en France en 2021 : c'est un montant considérable qui est financé par la solidarité de nos concitoyens. Nous sommes garants de la bonne utilisation de ces deniers publics. Combattre la fraude et la sanctionner est donc une priorité au même titre que l'accès aux droits et aux soins, et la prévention. Face à cet enjeu, nous déployons une stratégie globale, ambitieuse, qui s'appuie sur un *continuum* d'actions à tous les niveaux. Plus de 1600 collaborateurs travaillent pour concevoir et déployer les leviers sur le terrain de la lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie.

De quelle fraude parle-t-on exactement ?

Il n'y a pas une fraude à l'Assurance Maladie mais des fraudes multiples et diverses : facturation de prestations fictives ou surfacturées, usurpation d'identité de professionnels de santé ou d'assurés pour détourner des remboursements, fausses déclarations sur les ressources (pour l'attribution de droits ou d'aides conditionnées par exemple), falsifications d'ordonnances...

Il y a plusieurs causes qui expliquent la fraude à l'Assurance Maladie. La première est que nous interagissons avec plus de 60 millions d'assurés, 3 millions d'employeurs et des centaines de milliers de professionnels de santé, pour le versement et la prise en charge de prestations, dans des volumes sans équivalent, ce qui rend matériellement impossible un contrôle exhaustif et approfondi de tous ces remboursements. La seconde est que l'Assurance Maladie a vocation, en tant que service public, à assurer une prise en charge la plus rapide possible pour ses assurés, soit un traitement prompt des demandes de remboursements, avec une recherche *a posteriori* des irrégularités. S'y ajoute une troisième cause qu'est l'évolution des pratiques et l'inventivité des fraudeurs qui nous conduisent à adapter continuellement nos outils.

Dès lors, on comprend aisément l'importance de connaître précisément le montant et la nature de la fraude à laquelle nous faisons face, afin de savoir où concentrer nos efforts. C'est pourquoi l'étape première de notre stratégie de lutte contre la fraude est l'évaluation : qui fraude ou abuse ? de quelle manière ? et quel en est le préjudice financier pour l'Assurance Maladie ? Ainsi nous disposons d'une connaissance plus fine de nos risques et pouvons mieux prioriser nos actions de contrôle.

Quelles sont vos priorités pour la suite ?

Notre priorité est d'abord de faire évoluer nos méthodes en permanence, pour gagner en efficacité. C'est ce que nous faisons en ayant par exemple recours à l'intelligence artificielle pour nous aider à détecter des irrégularités dans nos données. L'action préventive a également fait ses preuves et doit être renforcée, c'est aussi une priorité : accompagner les professionnels de santé, systématiser les vérifications des droits *a priori*, modifier les systèmes informatiques pour bloquer certaines saisies... Enfin, sanctionner plus vite, de manière adaptée est aussi un axe de travail prioritaire. Nous sommes engagés depuis 10 ans dans une démarche de progrès continu en matière de lutte contre la fraude, sur tous les plans : organisation, technologie, réglementation, partenariats... La priorité est de poursuivre cette dynamique, avec fermeté et résolution.

#lutte contre la fraude #préservation du système de santé #PLFSS2023

Lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie **Une stratégie renforcée pour évaluer, prévenir, détecter, contrôler et sanctionner les abus et fraudes**

L'Assurance Maladie a présenté ce jour une stratégie globale renouvelée de lutte contre la fraude, renforçant tout son *continuum* d'actions, depuis la vérification des 1,4 milliard de feuilles de soins de santé traitées par an, et les millions de contrôles effectués pour s'assurer de la bonne attribution des droits des assurés, jusqu'à la lutte contre la fraude à proprement parler.

Thomas Fatôme, directeur général de l'Assurance Maladie, a réaffirmé à cette occasion sa détermination à agir et le refus de toute impunité, concrétisés par des objectifs en hausse et de nouvelles mesures intégrées dans le [projet de loi de loi de financement de la sécurité sociale \(PLFSS\) pour 2023](#) porté par le Gouvernement.

La lutte contre la fraude est **un axe d'actions prioritaires** pour l'Assurance Maladie, au regard du poids des dépenses de santé financées par la solidarité nationale (près de 230 milliards d'euros par an). Afin de sécuriser le paiement à bon droit des prestations et lutter contre toute dépense induue ou frauduleuse, l'Assurance Maladie étaye son *continuum* d'actions :

- **L'évaluation du montant des préjudices financiers par acteur et prestation permet de connaître précisément les risques de fraude auxquels le système de santé est confronté** : après l'évaluation des infirmiers libéraux et la Complémentaire santé solidaire au premier semestre 2022, les travaux présentés ce jour font apparaître une estimation du préjudice financier sur 2018-2109 comprise entre 3,1 % et 3,5 % pour les médecins généralistes, et entre 3,9% et 4,9 % pour les transporteurs ;
- **La prévention vise à empêcher que la fraude ne se produise en verrouillant les processus, qui doivent assurer que la personne qui bénéficie d'une prise en charge en remplit les conditions et que le montant de celle-ci est exact** : la montée en puissance de ce volet intègre l'accompagnement des professionnels de santé à différents moments clés pour sécuriser la relation de facturation, la rénovation des systèmes d'informations pour limiter, par exemple, la falsification d'ordonnance (avec l'ordonnance numérique), pour embarquer de nouveaux contrôles en amont du paiement et pour fiabiliser les informations à la source (coordonnées bancaires, salaires, prescriptions, résidence...) ;
- **La détection et le contrôle ont gagné en efficience avec le travail sur les data et le développement d'outils prédictifs, le renforcement des échanges de données et des partenariats, et la mise en place de task force** : les capacités de détection et de contrôle s'étoffent dorénavant pour répondre aux nouveaux usages à risque de fraude (téléconsultation, médicaments onéreux, réseaux sociaux...) ;
- **La politique de sanction doit permettre de préserver plus rapidement les intérêts de l'Assurance Maladie en assurant une sanction adaptée en fonction de la nature des griefs et des montants de préjudice financier** : de nouvelles mesures permettront de durcir ces sanctions.

L'objectif de l'Assurance Maladie : aller plus vite et plus fort pour atteindre rapidement 500 millions d'euros de préjudices financiers détectés et stoppés.

Un plan de lutte contre la fraude rénové pour répondre aux nouveaux enjeux

I. Qu'est-ce que la lutte contre la fraude ?

La lutte contre la fraude (LCF) est un axe d'actions prioritaires pour l'Assurance Maladie, au regard du poids des dépenses de santé financées par la solidarité nationale (près de 230 milliards d'euros par an).

Le paiement à bon droit des prestations et la politique de lutte contre toute dépense induue ou frauduleuse constituent des enjeux essentiels en termes de vigilance et de mobilisation continue pour l'Assurance Maladie. Pour cela, **tout un continuum d'actions est à l'œuvre, depuis la vérification intégrale des 1,4 milliard de feuilles de soins de santé traitées par an, et les millions de contrôles effectués pour s'assurer de la bonne attribution des droits des assurés, jusqu'à la lutte contre la fraude** (qui n'est *in fine* que la partie émergée de l'iceberg) pour une minorité de professionnels de santé, d'assurés et d'autres acteurs du système de santé.

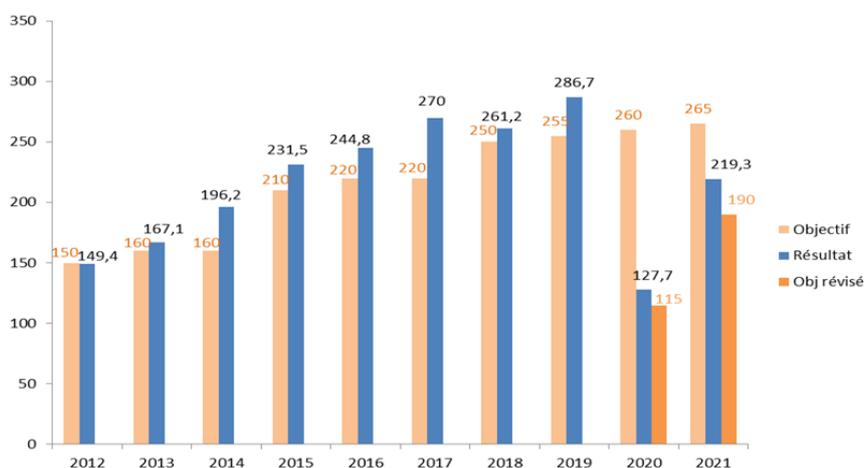
L'enjeu est de taille pour l'Assurance Maladie qui doit surveiller **une grande diversité d'acteurs** dans le système de santé (plus de 60 millions d'assurés, 3 millions d'employeurs, des centaines de milliers de professionnels de santé), **différentes prestations versées** (des frais de santé mais aussi des prestations en espèces) avec **des règles multiples selon les professionnels de santé** (6 000 actes différents sont référencés, par exemple, dans la Classification commune des actes médicaux, classification regroupant le codage des gestes pratiqués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes).

II. Les principaux enseignements du bilan 2021

- **Des résultats en constante progression**

Depuis 2012, le montant des préjudices financiers subis et évités n'a eu de cesse de progresser aussi bien en termes d'objectifs que de résultats obtenus. **Au global, ce sont 2,2 milliards d'euros de préjudices financiers qui ont été détectés et stoppés depuis 2012, dont 219,3 millions d'euros en 2021.**

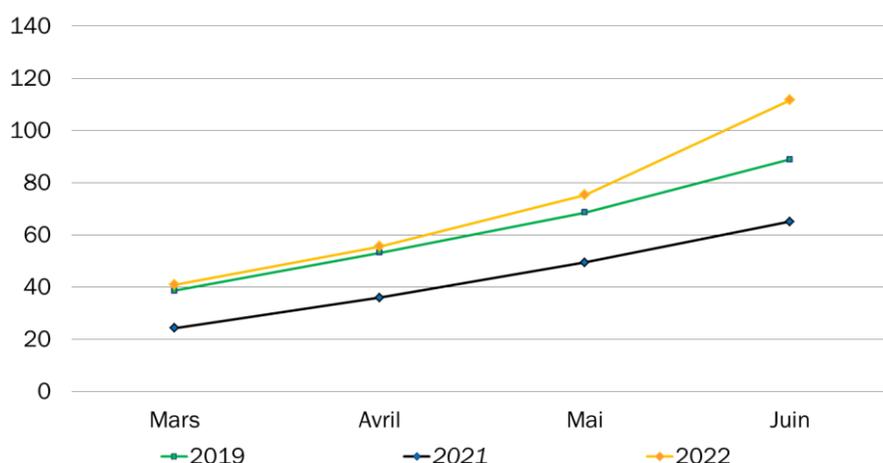
Evolution du montant des préjudices financiers détectés et stoppés (en m€) :



Il faut souligner que les résultats 2020-2021 ont été fortement impactés par la crise sanitaire en raison de la période juridiquement protégée de mars à juin 2020 qui a provoqué la suspension de toutes les actions contentieuses en cours, de l'impossibilité de convoquer les assurés et les professionnels de santé pendant les confinements, de la mobilisation de l'Assurance Maladie sur le contact tracing, ainsi que de l'annulation ou suspension de campagnes de contrôles (logiquement de la T2A à l'hôpital par exemple). Dans ce contexte, les objectifs 2020 et 2021 ont été révisés.

Le déploiement de la feuille de route et du plan d'action interministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021-2022 a participé conjointement avec l'Assurance Maladie à relancer **une dynamique de résultats en 2022 avec 111,7 millions d'euros de préjudices financiers à fin juin, soit 20% de plus que sur le premier semestre 2021.**

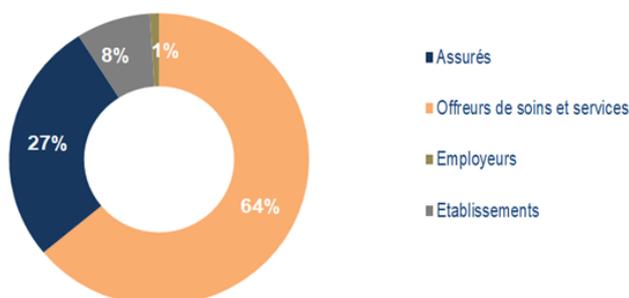
Résultats LCF sur 1er semestre (montant des préjudices financiers en M€) :



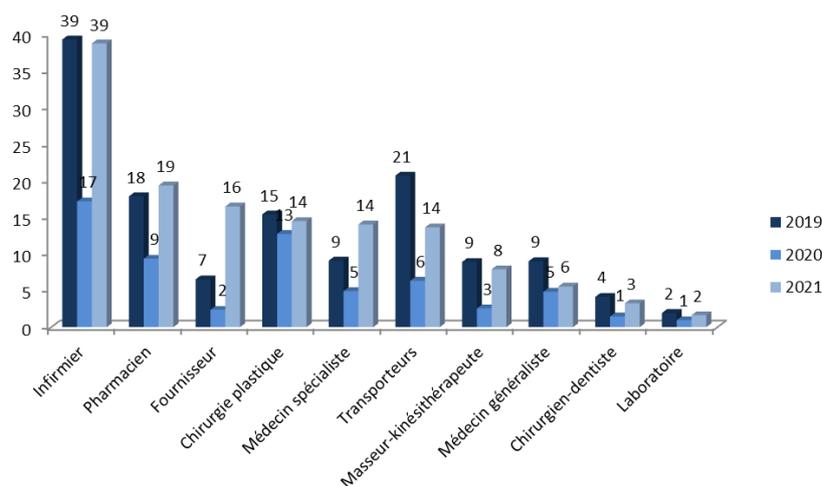
- **Un risque financier concentré chez les professionnels de santé**

Près des 2/3 des fraudes détectées par l'Assurance Maladie se concentrent chez les professionnels de santé. Les infirmiers, les pharmaciens, les fournisseurs de services et matériel médical et les transporteurs représentent une part significative des préjudices. Les principaux griefs concernent le non-respect de la réglementation ou de la nomenclature, des actes fictifs ou encore des fraudes à la prescription.

Répartition des montants de fraudes détectées par acteur en 2021 :



Montant des préjudices financiers par catégorie de professionnels de santé en 2021 (en m€) :



- **Une fraude aux droits et aux prestations en réalité limitée**

Concernant les assurés, si la fraude aux droits à l'Assurance Maladie mérite évidemment une attention forte, l'enjeu financier est *a priori* plus limité.

- Des contrôles en amont de l'obtention des droits de base :

- Depuis 2016 avec la mise en place de la **Protection Universelle Maladie (PUMa)**, toute personne qui travaille ou réside en France a droit à la prise en charge de ses frais de santé, charge à l'Assurance Maladie de déterminer la situation de ces assurés pour lesquels elle ne dispose pas – de façon automatique – d'éléments justificatifs sur l'activité ou sur la résidence. Dans ce cadre, **l'Assurance Maladie a impulsé depuis 2016 une forte intensification des contrôles avec près d'1,6 million de contrôles individuels menés par an**. Ces contrôles ont abouti, entre octobre 2021 et septembre 2022, à la fermeture de droits pour près de 300 000 assurés, soit 6 fois plus qu'en 2020. Sur ces 300 000 fermetures, environ 20 % des assurés concernés avaient consommé des soins pour des montants limités (<70 millions d'euros).
- Depuis fin 2018, le Régime général n'est plus excédentaire entre le nombre d'assurés gérés et le nombre de carte Vitale activées en circulation pour le régime général.

- Des contrôles de lutte contre la fraude sur les dispositifs d'aide :

- Pour la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) par exemple, les contrôles des dossiers ont été renforcés, un plan de contrôle annuel basé sur les technologies du datamining a été déployé.

- **Une politique graduée de sanctions**

L'Assurance Maladie recourt à l'ensemble des actions contentieuses dont elle dispose pour sanctionner les assurés et professionnels de santé concernés : des pénalités financières aux actions pénales, et, pour les professionnels de santé, des sanctions conventionnelles ou l'enclenchement de procédures ordinaires. La suite contentieuse la plus appropriée est décidée en fonction de la nature et de la gravité des griefs, du montant du préjudice subi et/ou évité et de l'impact recherché.

En 2021, **7 857 actions contentieuses ont été engagées** contre 4 771 en 2020 et 8 872 en 2019, l'année 2020 ayant été marquée par un fort ralentissement des actions contentieuses engagées compte-tenu des confinements et de la période juridique protégée de mars à juin 2020 qui a suspendu ou prorogé l'ensemble des délais des procédures en cours.

Le total des sanctions (pénalités financières, amendes, dommages et intérêts...) s'élève à 34,6 millions d'euros pour 2021 contre 20 millions d'euros en 2020 et 31,1 millions d'euros en 2019.

III. Les priorités 2022

Le plan d'action 2021-2022 de lutte contre la fraude, élaboré par l'Assurance Maladie, se décline à travers différents axes et s'inscrit et vise notamment à :

- **Poursuivre les programmes de contrôle de manière pérenne et périodique**, visant entre autres les professionnels de santé suspectés d'actes fictifs mais aussi de contrôles des droits affiliés PUMa ou à la Complémentaire santé solidaire.
 - Concernant précisément les points d'alerte et les priorités de contrôles touchant aux professionnels de santé en 2022, l'Assurance Maladie se concentre notamment sur les centres de santé ophtalmologiques et dentaires, les trafics de médicaments, les téléconsultations et sur les dispositifs d'optique et d'audioprothèse dans le cadre du 100 % santé.
 - Concernant les droits affiliés PUMa, des travaux d'automatisation et de fiabilisation des processus ont été amorcés début 2022 : ils permettront une prise en charge automatisée de l'ensemble du processus de contrôle et pour tous les organismes à horizon de la prochaine campagne de contrôle (2023).
 - Concernant la Complémentaire santé solidaire, l'objectif est de passer à 50 000 dossiers annuels contrôlés par les Cpm.
- **Elaborer et lancer de nouveaux programmes qui répondent aussi aux nouvelles formes de fraudes**, comme le trafic de médicaments ou la vente de faux arrêts de travail sur les réseaux sociaux.
- **Améliorer continuellement les techniques de détection** grâce à la modélisation de nouveaux modes opératoires de fraudes à fort enjeu financier, inspiré des fraudes démantelées en région. Il s'agit aussi de renforcer les actions de lutte contre les fraudes complexes notamment en bande organisée.

Toujours dans une logique de recherche de performance accrue, **le plan de lutte contre la fraude est le fruit d'une mobilisation continue de l'Assurance Maladie à chaque étape du continuum évaluation-prévention-détection-contrôles-sanctions**. La mise en place début 2022 de la Direction Déléguée de l'Audit, des Finances et de la lutte contre la Fraude (DDAFF), qui regroupe l'ex-Direction Déléguée des Finances et de la Comptabilité (DDFC) et l'ex-Direction de l'Audit, du Contrôle-Contentieux et de la Répression des Fraudes (DACCRF), a notamment pour objectif **de renforcer la coordination des actions de contrôle sur les paiements avec celles de lutte contre la fraude**.

Le plan de lutte contre la fraude vise en 2022 à identifier et renforcer tous les leviers d'actions à mobiliser pour accroître l'efficacité des actions, notamment grâce à :

- **La mobilisation d'outils innovants de datamining et de big data** afin de développer des outils permettant de repérer au plus tôt les atypies dans les bases de données de l'Assurance Maladie ;
- **Des actions de sensibilisation et d'accompagnement des acteurs ;**
- **Un renforcement des contrôles et sanctions** des fraudes avérées ;

- L'implication de l'Assurance Maladie dans les comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) et des groupes opérationnels nationaux anti-fraude, sous l'impulsion de la **Mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF)**.

Une stratégie globale renforcée, de l'évaluation aux sanctions

I. ÉVALUER : connaître précisément les risques de fraude auxquels le système de santé est confronté

L'objectif des travaux menés par l'Assurance Maladie est de mieux connaître les préjudices financiers, par type de risque, pour mieux les détecter et les sanctionner mais aussi pour renforcer l'ensemble des actions visant à les prévenir.

A la suite des rapports parlementaires et de la Cour des comptes sur la lutte contre les fraudes sociales en septembre 2020, l'Assurance Maladie a engagé des travaux dès l'automne 2020 pour mieux évaluer le préjudice financier lié à la fraude. Ces travaux exigeants et minutieux ont débuté par une analyse comparative des diverses méthodes d'évaluation de la fraude en France (auprès des autres caisses nationales de Sécurité sociale et autres organismes sociaux) et en Europe – notamment au Royaume-Uni et en Allemagne. **Ils se poursuivent désormais par des travaux d'évaluation chiffrés sur les principaux postes de dépenses, à l'aide de méthodes statistiques rigoureuses et éprouvées, afin d'avoir une connaissance plus fine des risques, pour chaque acteur ou chaque prestation analysée.**

Ces travaux ne visent pas à disposer d'un chiffre unique de taux de fraudes à l'Assurance Maladie – ce qui ne serait ni possible et ni réaliste, compte-tenu de la diversité de ses champs d'intervention et de ses prestations et de celle des acteurs concernés.

- **Une démarche d'évaluation engagée depuis 2021**

Pour ses travaux d'évaluation chiffrés de la fraude, l'Assurance Maladie a choisi de partir des résultats de préjudices financiers déjà connus des années précédentes, issus des contrôles de lutte contre la fraude et les activités fautives, en ayant ensuite recours à différentes méthodes statistiques d'extrapolation permettant de neutraliser les biais de sélection lié à tout ciblage.

Les premiers travaux sur l'évaluation des risques financiers liés à la fraude, qui ont porté sur les champs des infirmiers libéraux et la Complémentaire Santé Solidaire, ont été rendus publics en mai 2022. L'Assurance Maladie dévoile fin septembre 2022 les résultats portant sur deux autres volets : les médecins généralistes et les transporteurs.

Ces travaux vont se poursuivre afin de couvrir les principaux postes de dépenses de l'Assurance Maladie d'ici à la fin 2023. Ils porteront notamment sur les indemnités journalières, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les Ehpad, l'hospitalisation à domicile, les chirurgiens-dentistes, les médecins spécialistes, les laboratoires, les pensions d'invalidité, les rentes accident du travail – maladie professionnelle, la PUMa, la T2A, les services de soins infirmiers à domicile et les fournisseurs de produits et matériels de soins.

Ces travaux d'évaluation de la fraude ne sont qu'une première étape pour renforcer et améliorer en continu les actions visant à la fois à éviter les risques d'erreurs, de fautes ou fraudes comme à mieux traquer et sanctionner les actes fautifs ou frauduleux.

- **Estimation de la fraude des infirmiers libéraux et de la fraude à la Complémentaire santé solidaire**

Concernant les infirmiers libéraux (IDE), **les travaux¹ font apparaître un taux de préjudice financier (couvrant les pratiques abusives, fautives et frauduleuses) estimé entre 5 à 6,9 %**, donnant une fourchette d'évaluation du préjudice financier **entre 286 et 393 millions d'euros**, à mettre au regard des 7,5 milliards d'euros remboursés sur ce poste de dépenses en 2021 par l'Assurance Maladie (9,9 milliards d'euros tous régimes).

- Selon le principe-clé que la meilleure façon de lutter contre la fraude est de faire en sorte qu'elle ne puisse pas se produire, l'Assurance Maladie déploie depuis septembre 2021 un dispositif d'accompagnement des infirmiers nouvellement installés via des actions de pédagogie sur les règles de bonne facturation de leurs actes et des contrôles systématiques à 4 mois (« à blanc ») et à 12 mois.

Concernant les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) avec participation financière (ex-CMU-c), **les travaux² font apparaître une estimation de préjudices financiers comprise entre 1,22 % et 8,7 %** selon l'ampleur des ressources non déclarées, à mettre au regard des 2,47 milliards d'euros de dépenses sur ce poste en 2021 :

- **Un taux de « fraude »** (lorsque les ressources réelles sont supérieures à 3 fois le plafond de la C2S³) **de 1,22 %, soit une estimation de 25 millions d'euros ;**
- **Un taux de « préjudice financier »** (avec un périmètre plus large englobant l'ensemble des ressources dissimulées conduisant à des ressources réelles supérieures au plafond de la C2S avec participation financière) **de 8,7 %, soit une estimation de 176,5 millions d'euros.**

- Pour simplifier l'accès et le calcul des droits sociaux, sur le principe « *dites-le nous une fois* », un système mutualisé et automatisé des ressources perçues (le Dispositif de Ressources Mensuelles - DRM) a été développé avec les différents organismes de protections sociale. L'outil couvre ainsi le risque d'omission involontaire ou non de déclaration de certains revenus. Le DRM est dorénavant utilisé dans le téléservice de la Complémentaire santé solidaire et utilisé par toutes les CPAM pour l'instruction de l'ensemble des dossiers depuis juillet 2022.

- **Estimation de la fraude des médecins généralistes et transporteurs**

Concernant les médecins généralistes, **les travaux font apparaître une estimation de préjudice financier sur 2018-2019 comprise entre 3,1 % et 3,5 %** (soit entre 185 et 215 millions d'euros), à mettre au regard des 6 milliards d'euros remboursés sur ce poste de dépenses en 2018 par l'Assurance Maladie.

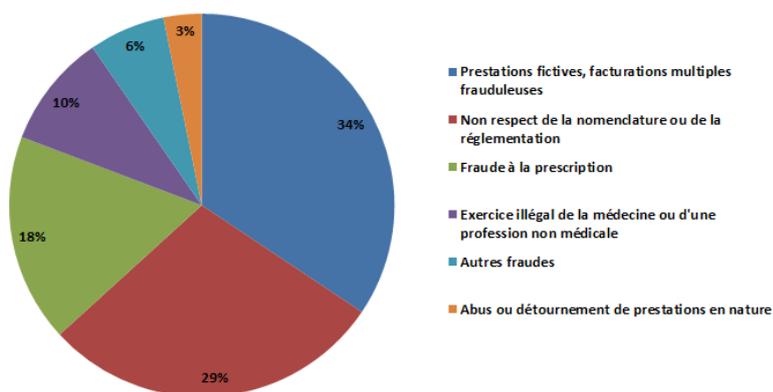
¹ Réalisés à partir des résultats des actions de contrôle et de lutte contre la fraude en 2018, redressés par deux types de méthodes statistiques qui visent à réduire les biais de sélection des contrôles : la méthode post-stratification et la méthode économétrique

² Réalisés à partir de 10 700 dossiers tirés aléatoirement

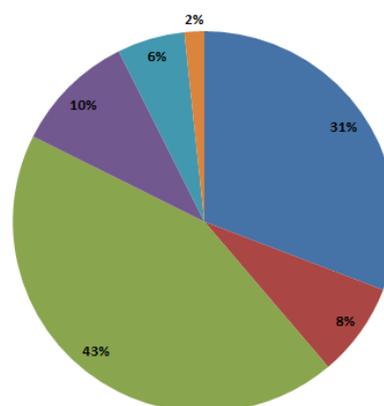
³ Plafonds de ressources annuelles pour bénéficier de la C2S sans participation financière : 9.203 € pour une personne seule ; 19.327 € pour un couple avec 2 enfants. Plafond de ressources annuelles pour la C2S avec participation financière : 12.424 € pour une personne seule, 26.091 € pour un couple avec 2 enfants. (Plafonds au 01/04/2022)

Répartition du préjudice financier détecté en 2021 par type de fraude pour les médecins généralistes

Nombre de dossiers par nature de grief



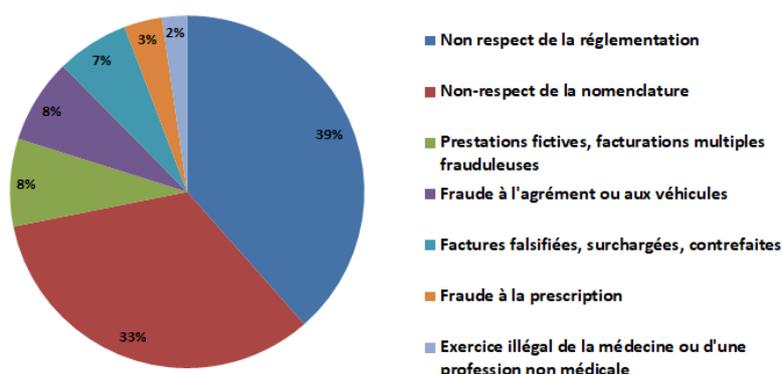
Préjudice financier par nature de grief



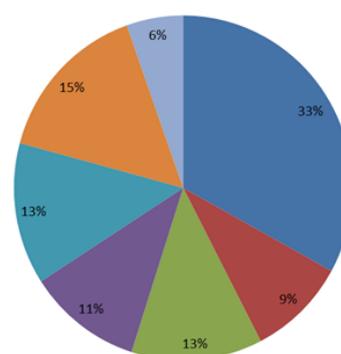
Concernant les transporteurs, les travaux font apparaître une estimation de préjudice financier sur 2018-2019 comprise entre 3,9 % et 4,9 % (soit entre 145 et 177 millions d'euros), à mettre au regard des 3,6 milliards d'euros remboursés sur ce poste de dépenses en 2018 par l'Assurance Maladie.

Répartition du préjudice financier détecté en 2021 par type de fraude pour les transporteurs

Nombre de dossiers transporteurs



Préjudice financier par nature de grief



II. PRÉVENIR : éviter que la fraude ne puisse se produire

- **Une démarche globale pour s'assurer du juste recours aux soins et au paiement à bon droit et au bon destinataire**

En amont des actions de lutte contre la fraude, l'Assurance Maladie met en œuvre un ensemble d'actions de contrôles préalables pour s'assurer de la bonne attribution des droits aux assurés ainsi que du juste versement des prestations, remboursements des soins et règlements des factures des professionnels de santé.

- Depuis début 2016, la mise en place de la réforme PUMa permet l'ouverture de droits à la protection maladie pour tout assuré dès lors qu'il peut attester des conditions de résidence stable (3 mois) et régulière sur le territoire. Cette réforme vise à éviter des

ruptures de droits et à simplifier les démarches des assurés. En contrepartie de cette simplification, l'Assurance Maladie effectue un ensemble de vérifications et de contrôles tant sur l'affiliation initiale de l'assuré au moment de l'ouverture des droits que sur les critères de maintien des droits. Par ailleurs, l'Assurance Maladie s'assure que les droits sont toujours ouverts à bon escient, grâce aux échanges informatisés de données entre les administrations et aux contrôles effectués par son réseau d'organismes.

- Les comptes et la qualité de la gestion des fonds publics de l'Assurance Maladie font l'objet d'une vigilance spécifique (certification des comptes, audit). Les demandes de prises en charge des frais de santé font l'objet de vérifications systématiques, développées pour filtrer les anomalies de facturation en fonction de leur niveau de risque et de la nécessité d'une intervention humaine.
 - Le premier barrage permettant de prévenir les risques d'erreurs, mais également les risques de fraude, est composé de contrôles largement automatisés au sein de systèmes d'informations qui traitent des flux de données colossaux.
 - Le second barrage porte sur des contrôles spécifiques, déclenchés à partir d'analyses des risques financiers. Ils complètent le dispositif en intégrant des paramètres permettant d'enrichir la pertinence du contrôle portant, par exemple, sur la cohérence de la domiciliation bancaire, de l'absence de double paiement.
- **Les leviers d'action pour renforcer la démarche :**
 - **Accompagner les professionnels de santé** à différents moments clés pour sécuriser la relation de facturation, comme cela est fait depuis septembre 2021 auprès des infirmiers nouvellement installés avec des actions de pédagogie et des contrôles systématiques sur les règles de facturation à 4 mois (« à blanc ») et à 12 mois. Près de 2000 infirmiers ont fait l'objet de ce dispositif d'accompagnement entre septembre 2021 et mars 2022.
 - **Fiabiliser les informations à la source :**
 - Développer les processus pour fiabiliser l'information à la source (salaires, prescriptions, résidence...);
 - Limiter les usurpations d'identités avec des dispositifs comme le recours au fichier des comptes bancaires (FICOBA) ou grâce à l'appli carte Vitale en cours d'expérimentation ;
 - **Accroître l'efficacité des contrôles embarqués dans nos systèmes d'information :**
 - Renforcer les vérifications systématiques pour rendre impossible les cotations non autorisées par la réglementation et/ou la nomenclature ;
 - Empêcher les falsifications d'ordonnances par la mise en place de l'ordonnance numérique en cours d'expérimentation (dont la généralisation est prévue pour fin 2024)

III. DÉTECTER et CONTRÔLER : des capacités de contrôles et de détection renforcées

Assécher à la source les possibilités de frauder doit aller de pair avec **le renforcement des compétences et des outils de contrôle**. En effet, ces derniers sont les seuls à même – à date – de permettre de déceler certaines fraudes qui nécessitent des capacités de détection et d'investigation poussées, en particulier les fraudes de types complexes et/ou mettant en œuvre des actions collectives. En ce sens, les avancées réglementaires sont aussi un

élément essentiel dans la lutte contre la fraude et les actions de contrôle, comme par exemple le droit de communication bancaire qui permet à l'Assurance Maladie de connaître de façon fiable les ressources d'un assuré.

Pour ce faire, l'Assurance Maladie y consacre des moyens importants. C'est ainsi que plus de 1 600 postes en équivalent temps plein (ETP) sont dédiés à ces actions regroupant des statisticiens, des requêteurs, des investigateurs, des juristes, des praticiens-conseils et des agents agréés et assermentés.

L'Assurance Maladie investit également en continu dans ses systèmes informatiques, et notamment dans des outils prédictifs (datamining, big data) qui permettent une plus grande efficacité dans la détection. L'Assurance Maladie a ainsi déployé cette année dans l'ensemble de son réseau un outil de détection des comportements atypiques des infirmiers libéraux, avec l'objectif d'étendre cet outil à d'autres professions de santé dès 2023. Autre exemple : un outil de mapping permettant de mettre en évidence les trafics de médicaments entre professionnels de santé (médecins et pharmaciens) et assurés sera diffusé au réseau de l'Assurance Maladie d'ici à la fin de l'année.

Un autre levier de la lutte contre la fraude est le renforcement des partenariats (avec les autres branches de la Sécurité sociale, les services de police et juridique, les Groupes Opérationnels Nationaux anti-Fraudes – GONAF - pilotés par la MICAF) **qui contribuent à une meilleure appréhension des phénomènes de fraude grâce aux échanges de données entre organismes et au partage de bonnes pratiques**. La Cnam a ainsi participé aux GONAF et groupes de travail de la MICAF en 2021 sur de multiples sujets (fraude à la résidence, fraude à l'identité, médicaments onéreux, adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique, transports sanitaires, centres de santé).

Autre moyen d'action : **le recours aux task-forces nationales** qui permet depuis 2018 à l'Assurance Maladie d'agir avec réactivité – et de sanctionner plus efficacement – en cas de suspicion de fraude majeure ou complexe (en raison de nature des acteurs ou dispersion sur le territoire). Une task force regroupant les experts nationaux et les équipes de terrain a, par exemple, été déployée dès l'automne 2020 pour pouvoir coordonner avec efficacité le contrôle de plusieurs centres de santé ophtalmologiques appartenant à un même réseau et implanté dans plusieurs départements : elle a ainsi permis de mieux cadrer et accélérer les contrôles menés, réduisant par deux le temps nécessaire de ceux-ci par rapport à la durée standard (9 mois vs 18 mois). En 2022, des task-forces ont été mises en place pour coordonner le contrôle de centres de santé dentaires appartenant à 5 réseaux différents.

- **Les actions prioritaires en matière de détection et contrôles :**

- **Une veille continue sur les nouveaux risques de fraudes notamment sur les réseaux sociaux ;**

Une mesure a été intégrée au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2023 ayant pour but d'attribuer des pouvoirs de cyber-enquête à des agents agréés assermentés désignés par le Directeur de caisse nationale. Ces agents pourront procéder à des actes sous pseudonyme, sans être pénalement responsables : participer à des échanges électroniques, y compris avec les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions ; extraire ou conserver par ce moyen les données sur les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions et tout élément de preuve etc.

- **Le renforcement des contrôles sur les sujets prioritaires, et en fonction des travaux sur l'évaluation de la fraude :**
 - Téléconsultations : surveiller les professionnels de santé qui sont largement au-dessus du seuil des 20% autorisés ;
 - Médicaments onéreux : nouvelle mesure de la convention pharmaceutique ;

- 100% santé : opticiens et audioprothésistes pour lesquels l'Assurance Maladie prend dorénavant en charge une dépense nettement plus importante qu'auparavant.
- **Le renforcement des contrôles des avis d'arrêt de travail par le service médical :**
 - A fin août 2022, déjà 465 000 actions ont été réalisées à destination des assurés en arrêts de travail (+50% par rapport à 2021)
 - De nouvelles actions vont être expérimentées d'ici fin 2022 avant une généralisation en 2023 :
 - Surveillance des arrêts itératifs de courte durée ;
 - Contrôles précoces d'arrêts de travail pour deux motifs fréquents : les dorso-lombalgies et les arrêts pour syndrome dépressifs et/ou anxiété ;
 - Renforcement du suivi et de l'accompagnement des assurés avec des arrêts de longue durée.

IV. SANCTIONNER : préserver le système de santé

L'Assurance Maladie recourt à un éventail de sanctions et de mesures (pénalités financières, saisines ordinales et conventionnelles, plaintes pénales) pour réprimer les fraudeurs et fauteurs actuels et dissuader d'éventuels fraudeurs à l'avenir. Ces actions s'inscrivent dans le temps long et font l'objet de constantes adaptations et améliorations pour renforcer leur efficacité.

C'est ainsi que près de 8 000 actions contentieuses ont été engagées en 2021, dont 2 300 actions pénales. Un chiffre en forte hausse du fait de nombreux signalements liés aux fraudes aux attestations covid et des cumuls des indemnités journalières (IJ) avec une activité rémunérée non autorisée.

Dans ce cadre, **8 millions d'euros de pénalités financières** ont été prononcées ainsi que **262 condamnations pénales** et **189 sanctions ordinales**. En 2022, de nombreuses actions concertées entre l'Assurance Maladie, les offices centraux de gendarmerie et le Parquet ont engendré des sanctions dans plusieurs affaires à très forts enjeux financiers, notamment liées aux fraudes aux tests antigéniques et aux trafics de médicaments.

Le recours aux task-forces nationales s'avère être également une force de frappe nouvelle pour permettre d'enclencher des procédures contentieuses : dans le cadre du contrôle du réseau de centres de santé ophtalmologiques implantés dans plusieurs départements, 26 plaintes pénales ont pu être déposées auprès du Parquet de Paris concernant 12 centres de santé pour un préjudice financier à l'Assurance Maladie estimé à date à plus de 7 millions d'euros.

Afin d'accroître l'efficacité de l'Assurance Maladie en la matière, les objectifs sont de :

- **Sanctionner systématiquement les fraudeurs en mobilisant le levier le plus adapté, et notamment :**
 - La voie pénale en cas de facturation d'actes fictifs ou trafics de médicaments par le biais de fausses prescriptions ;
 - Les pénalités financières en cas de surfacturation ou non-respect de la nomenclature ;
 - La procédure ordinaire en cas de pratiques dangereuses ou non déontologiques.
- **Recourir plus régulièrement au déconventionnement des professionnels de santé qui ne respectent pas leurs engagements :**

- Exemple des centres de santé : l'avenant 4 à la convention signé cet été permet d'accélérer la procédure de déconventionnement en cas d'actes fictifs

Une mesure a été intégrée au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2023 pour permettre l'extension de la procédure de déconventionnement en urgence aux pharmaciens, fournisseurs de matériels et transporteurs (procédure déjà en place pour les autres professionnels de santé libéraux)

➤ **Accroître le niveau des sanctions prononcées :**

Une mesure a été intégrée au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2023 pour permettre de majorer des pénalités financières (jusqu'à 300% du préjudice subi voire 400% en cas de fraude en bande organisée) en cas de pratiques frauduleuses