



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Dossier de presse

5 octobre 2023

LUTTE CONTRE LES FRAUDES : bilan à mi-année et résultats de nouvelles évaluations

Contacts presse

Caisse nationale de l'Assurance Maladie

presse.cnam@assurance-maladie.fr

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37

Clara Goutaudier - 01 72 60 15 62

Léo Leroy – 01 72 60 19 86

Cécile Fize – 01 72 60 18 29

Agence Hopscotch

cnam-presse@hopscotch.fr

Sabine Doligé - 0679184279

Manon Cholat-Serpoud - 0670351983



[Suivez notre actualité sur Twitter !](#)

SOMMAIRE

Communiqué de synthèse	P.3
Partie 1 – Un montant de fraudes détectées et stoppées qui a plus que doublé sur la période 2012-2022	P.4
Partie 2 – Bilan du 1 ^{er} semestre 2023 : des résultats qui progressent encore en ligne avec l'objectif fixé pour 2023	P.6
Partie 3 – Des fraudes aux prestations de l'Assurance Maladie mieux évaluées et mesurées	P.10
Partie 4 – Etude de cas : la lutte contre les fraudes aux audioprothèses	P.13

#lutte contre les fraudes #préservation du système de santé

Résultats semestriels 2023 de la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie : près de 150 M€ de fraudes détectées et stoppées

L'Assurance Maladie présente des résultats probants en matière de lutte contre les fraudes pour le 1^{er} semestre 2023 et confirme son engagement à détecter et de stopper 380 millions d'euros de fraudes cette année, puis 500 M€ en 2024.

Grâce à une politique volontariste, elle a déjà atteint 150M€ de fraudes stoppées au 30 juin, soit +30 % comparé à l'an dernier sur la même période. La nouvelle stratégie anti-fraudes mise en place en 2022 et l'investissement des équipes de l'Assurance Maladie permettent de gagner en efficacité et de s'adapter aux nouvelles formes de fraudes.

Parmi les faits marquants de l'année 2023, on peut citer le renforcement des campagnes de contrôles précoces – et même systématiques pour certains acteurs identifiés comme à risque –, le durcissement des sanctions à l'encontre des fraudeurs avérés, les *task forces* nationales qui ont contribué au démantèlement d'un réseau de centres de santé frauduleux.

Une stratégie ambitieuse face aux fraudeurs, qui porte ses fruits

En 2022, l'Assurance Maladie a défini une nouvelle stratégie globale anti-fraudes, avec comme priorités : mieux évaluer les fraudes, détecter plus efficacement, renforcer les contrôles, sanctionner plus vite pour faire cesser les remboursements indus et innover face aux nouvelles pratiques.

Grâce à cette mobilisation, elle a déjà atteint 40% de son objectif à mi-parcours, **un taux conforme à la trajectoire définie, les résultats des programmes lancés et de nombreuses procédures se concrétisant habituellement au cours des quatre derniers mois de l'année.**

Ce bilan à la hausse consolide la dynamique amorcée depuis 10 ans, avec des résultats qui ont doublé depuis 2012 pour atteindre un montant historique de près de 316 millions d'euros de fraudes détectées et stoppées l'an dernier. Cette tendance illustre l'efficacité croissante des mesures prises au fil des années.

Des sanctions plus rapides et combinées pour recouvrer les indus et éviter les récidives

Sanctionner plus efficacement et plus fortement les fraudeurs est au cœur des priorités de l'Assurance Maladie qui a déployé début 2023 une nouvelle stratégie contentieuse. Elle s'appuie, par exemple, sur des procédures de déconventionnement immédiat des centres de santé frauduleux, combinées simultanément à plusieurs d'actions contentieuses dans de nombreux dossiers. Ainsi, un professionnel de santé libéral fraudeur peut se voir opposer une procédure de déconventionnement, combinée à une plainte ordinaire et une plainte pénale.

Cette approche novatrice démontre son efficacité au 1^{er} semestre 2023, avec une augmentation de 15% des suites contentieuses engagées par l'Assurance Maladie comparé à la même période en 2022. Au cours des 6 premiers mois de l'année, plus de 3 700 suites contentieuses ont été enclenchées, dont plus de 1 600 procédures pénales.

Une démarche de progrès continu pour s'adapter aux nouveaux risques de fraudes

Cette année, l'Assurance Maladie a poursuivi ses programmes de contrôle, ciblant particulièrement les acteurs aux dépenses de soins ou aux prescriptions hors normes ainsi que les centres de santé. De façon inédite, l'ensemble d'un réseau de centres de santé a été déconventionné à compter de fin août 2023, pour une durée de 5 ans, soit 13 centres situés dans dix départements.

Autre point de vigilance : **la fraude aux audioprothèses**. Celle-ci représenterait un préjudice estimé à plusieurs dizaines de millions d'euros. C'est pourquoi **l'Assurance Maladie renforce ses actions au niveau national dans ce secteur, en complément des initiatives menées localement**. Un contrôle approfondi des dossiers en cas de délivrance d'audioprothèses aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (qui bénéficient d'une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie) ou aux jeunes adultes est en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire.

PARTIE 1

Un montant de fraudes détectées et stoppées qui a plus que doublé sur la période 2012-2022

I. Des résultats en forte hausse en 2022, un bilan qui renoue avec la dynamique d'avant crise Covid-19

En 2022, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant de fraudes jusqu'alors inégalé : **315,9 millions d'euros**. Ce montant n'intègre en outre pas de résultats issus des contrôles sur la tarification à l'activité des établissements, ceux-ci ayant été suspendus depuis 2020, compte-tenu de la crise sanitaire et la mise en place d'une garantie de financement au profit des établissements de santé.

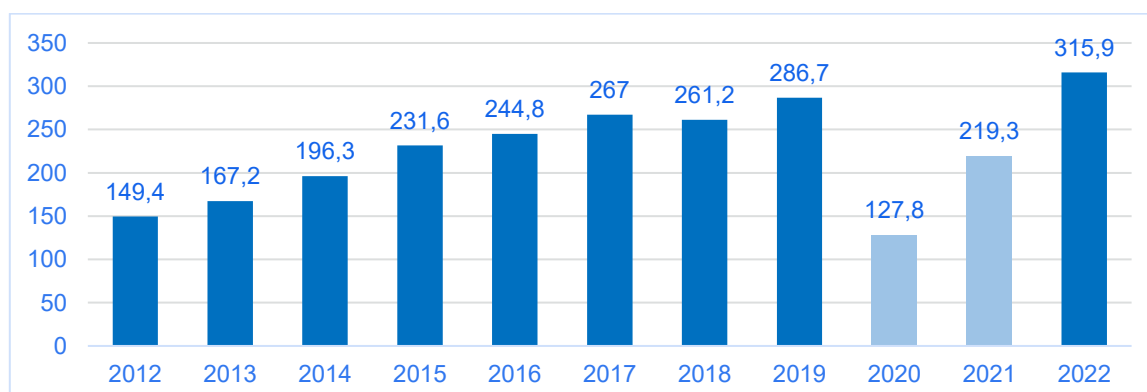
Traduction de sa mobilisation dans la détection, le contrôle et les sanctions, **ce chiffre est en augmentation de +44% comparé à 2021 (219,3 millions d'euros) et de +10% par rapport à 2019**, année qui affichait jusqu'ici le montant le plus élevé jamais enregistré (286,7 millions d'euros).

L'année 2020 avait été marquée par la crise sanitaire avec 127,8 millions d'euros de préjudices détectés, un chiffre en baisse à la suite de la réduction circonstancielle des contrôles. Les résultats ont repris leur trajectoire à la hausse dès 2021. L'année 2022 a permis de déployer la nouvelle stratégie de lutte contre les fraudes, articulée autour de 4 piliers majeurs :

- Une meilleure prévention de la fraude
- Une détection plus efficiente
- Un accroissement du nombre de contrôles
- Des sanctions renforcées

L'ensemble des programmes et actions engagées par l'Assurance Maladie se concrétise ainsi opérationnellement au travers de cette amélioration continue des montants de fraudes détectées et stoppées, confirmée en 2022 mais aussi au 1^{er} semestre 2023. Cette trajectoire est enfin en ligne avec l'objectif ambitieux fixé pour 2024 (500 M€ de fraudes détectées et stoppées).

Evolution du montant du préjudice financier détecté et stoppé depuis 2012 (en millions d'euros) :

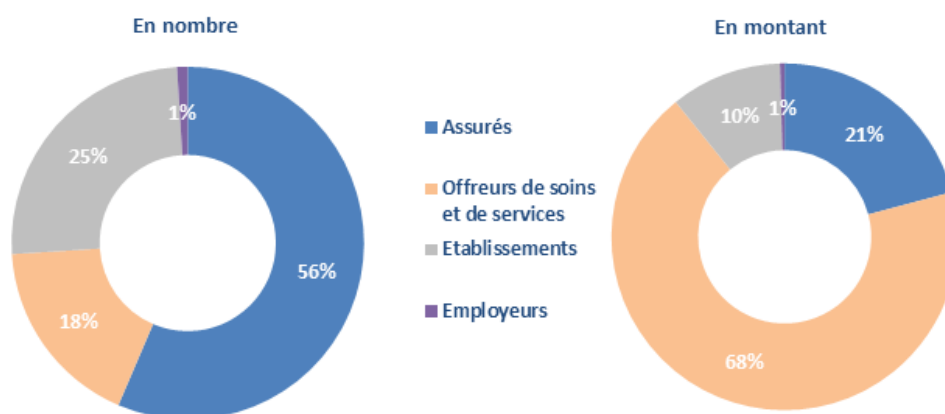


II. Des fraudes aux formes multiples et d'origines diverses

Caractérisées par leur grande diversité, les fraudes à l'Assurance Maladie ont pris, en 2022, des formes multiples, allant de la facturation de soins fictifs aux trafics de médicaments en passant par les déclarations frauduleuses de ressources ou la falsification d'arrêts de travail. L'émergence de nouveaux schémas de fraudes impose une veille constante et une adaptation rapide des outils d'analyse et de détection.

Elles sont également le fait de différents acteurs : en 2022, 56% du volume de fraudes détectées et 21% du préjudice financier émanaient d'assurés tandis que 18% des fraudes identifiées et 68% des montants afférents relevaient de professionnels de santé. Les contrôles portant sur l'ensemble de l'activité prise en charge par l'Assurance Maladie, les montants en jeu sont de fait plus importants pour les professionnels de santé que pour les assurés.

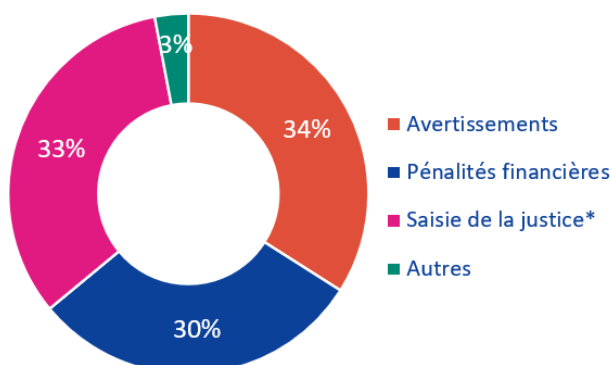
Répartition des fraudes détectées en 2022 par types d'acteurs :



Le nombre de suites contentieuses est en progression de 11% sur l'année avec **8 817 suites engagées en 2022**. Ces dernières concernent majoritairement des pénalités financières (2 648), des plaintes pénales et signalements articles 40 (2 944) et des avertissements (3 020).

En 2022, les pénalités financières ont doublé avec 16 millions d'euros de pénalités prononcées, contre 8 millions d'euros en 2021 (et 9,9 M€ en 2019).

Répartition des actions contentieuses engagées en 2022



PARTIE 2

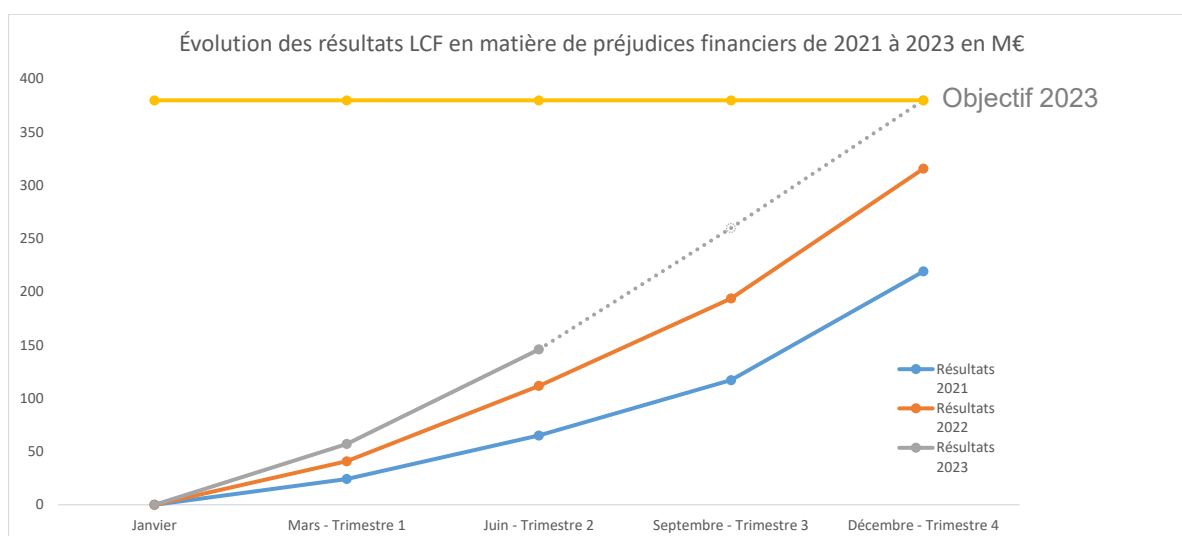
Des résultats qui progressent encore au 1^{er} semestre 2023, en ligne avec l'objectif fixé pour 2023

I. Des résultats en hausse de 30% au 1^{er} semestre 2023 par rapport au 1^{er} semestre 2022

Nouvelle traduction de la mobilisation des équipes de l'Assurance Maladie dans la prévention, la détection, le contrôle et les sanctions, les résultats en matière de lutte contre les fraudes ne cessent de progresser : **le montant de fraudes détectées et stoppées atteint 146,6 millions d'euros au premier semestre, soit une augmentation de 30% par rapport au 1^{er} semestre 2022.**

Avec un objectif de 380 millions d'euros de fraudes stoppées en 2023 et de 500 millions d'euros pour 2024, l'Assurance Maladie s'est fixé une dynamique très ambitieuse. Elle atteint ainsi 40% de son objectif à mi-parcours, un taux conforme à la trajectoire définie, les résultats des programmes lancés et de nombreuses procédures se concrétisant généralement au cours des quatre derniers mois de l'année.

Evolution des résultats des préjudices financiers



II. Frais de santé de ville facturés à tort : le préjudice financier le plus important

Sur les 146,6 millions d'euros de préjudices stoppés au cours du 1^{er} semestre 2023, **plus des deux tiers portent sur des frais de santé réalisés en ville (consultations, actes, remboursements de soins et de médicaments, etc.), facturés à tort.** Cela prend essentiellement la forme d'actes fictifs ou de sur-facturations par des professionnels de santé.

Evolution du montant du préjudice financier par catégorie d'acteurs (en millions d'euros)

	Montant du préjudice S1 2022	Montant du préjudice S1 2023	Evolution 2022/2023
Assurés	27,1 M€	39,2 M€	+ 45%
Professionnels de santé	86,1 M€	102,4 M€	+19%
Etablissements	5,8 M€	13,9 M€	+138%
TOTAL	111,7 M€	146,6 M€	+31%

III. Les campagnes prioritaires de contrôle et d'enquête

D'importantes campagnes de contrôles et d'enquêtes ont été déployées en 2023, avec une mobilisation qui s'accroît sur les nouveaux risques de fraudes.

Il s'agit d'une part de programmes récurrents ciblant des acteurs aux dépenses de soins ou aux prescriptions hors normes. Des programmes de contrôles sont ainsi menés à destination des assurés dits « sur-consommateurs » et des professionnels de santé faisant l'objet de remboursements potentiellement anormaux, affichant des atypies de facturation ou des prescriptions nettement plus élevées que leurs confrères¹.

D'autre part, des actions pour contrer les nouvelles formes de fraudes et de pratiques abusives (fraudes au 100% santé, trafics d'arrêts de travail ou de fausses ordonnances via les réseaux sociaux, mésusages de médicaments notamment certains antidiabétiques...) sont également entreprises.

Face aux fraudes et trafics sur internet, l'Assurance Maladie concentre ses contrôles sur trois priorités : la vente de faux arrêts de travail, les trafics de médicaments par la revente de fausses ordonnances ou encore les fraudes aux RIB. Des requêtes sur les bases de données nationales sont lancées pour détecter les arrêts de travail atypiques et caractéristiques de ceux revendus sur les réseaux sociaux, en particulier Snapchat.

Enfin, les campagnes de contrôles sur les centres de santé se poursuivent. Au niveau national, les réseaux de centres, notamment ceux avec des activités dentaires et/ou ophtalmologiques, font l'objet d'une vigilance particulière. Grâce aux *task-forces* nationales, le suivi des groupements de centres problématiques déjà identifiés progresse : pour la première fois, un réseau entier de centres de santé a été déconventionné à compter de fin août 2023, pour une durée de 5 ans, soit 13 centres situés dans dix départements. Les requêtes en référé-suspension déposées par l'ensemble des centres déconventionnés ont été toutes rejetées par les juridictions compétentes. Tous les centres ont fermé leurs portes suite à ces déconventionnements.

¹ après ajustement de différents paramètres permettant d'assurer une comparaison normée

Au niveau local, les centres récemment ouverts sont particulièrement surveillés. Des requêtes – développées par les *task-forces* – permettent de cibler les atypies les plus suspectes.

Les centres dont les coûts facturés par patient excèdent largement ceux des cabinets de professionnels de santé libéraux, pour un même type de suivi, sont sous surveillance étroite : ils font l'objet d'un entretien d'alerte, puis, si aucun changement n'est observé dans leurs pratiques, les CPAM enclenchent alors un contrôle approfondi de leur activité.

FOCUS - DES AGENTS CYBER-ENQUÊTEURS, GRACE A LA LFSS 2023

Face à la montée en puissance des fraudes liées aux usages du numérique et grâce à la LFSS 2023, certains agents des équipes de lutte contre les fraudes de l'Assurance Maladie auront prochainement la possibilité de disposer de prérogatives de cyber-enquêtes, dans le cadre des enquêtes et contrôles menés. Ce sont ainsi 60 agents cyber-enquêteurs qui seront opérationnels à la fin du 1^{er} semestre 2024. Les opérations de recrutement et de formation sont déployées progressivement, au niveau national et dans le réseau, tandis que des échanges et un travail conjoint sont menés avec l'Etat et les autres branches de Sécurité sociale pour déployer un dispositif de formation commun entre les organismes.

Ces moyens d'investigation supplémentaires adaptés à l'environnement numérique permettront de lutter plus efficacement contre les fraudeurs qui opèrent via les réseaux sociaux.

L'Assurance Maladie disposera ainsi de pouvoirs d'investigation étendus pour mener des enquêtes dans ce domaine au sein d'un cadre juridique sécurisé.

IV. Une efficacité contentieuse en ligne avec la stratégie engagée

Sanctionner plus rapidement et plus efficacement les fraudeurs fait partie des grandes priorités de l'Assurance Maladie qui déploie depuis début 2023 une nouvelle stratégie contentieuse afin d'amplifier les suites données aux contrôles. En engageant simultanément plusieurs d'actions contentieuses² dans un certain nombre de dossiers, l'objectif est triple :

- faire cesser les pratiques frauduleuses au plus vite ;
- mettre en œuvre les procédures permettant de recouvrer le préjudice subi ;
- prévenir les fraudes en dissuadant toute récidive.

Par exemple, un professionnel de santé libéral (médecin, chirurgien-dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute...) pour lequel des actes fictifs ont été mis en évidence pour un montant significatif pourra ainsi faire l'objet à la fois d'une procédure de déconventionnement, d'une plainte ordinaire et d'une plainte pénale.

Cette nouvelle approche porte ses fruits : au premier semestre 2023, l'Assurance Maladie enregistre une augmentation de 15% des suites contentieuses engagées comparé à la même période en 2022.

Ce sont ainsi plus de 3 700 suites contentieuses qui ont été déclenchées, dont plus de 1 600 procédures pénales (signalements au procureur, plaintes pénales), 25 procédures ordinaires et 26 procédures conventionnelles. Plus de 1 000 pénalités financières pour un montant de près de 6 millions d'euros ont par ailleurs été prononcées pour sanctionner des actes fautifs ou frauduleux.

Face à l'augmentation forte des cas de fraudes de centres de santé, l'Assurance Maladie s'appuie désormais sur un dispositif conventionnel à la fois rapide et efficace, permettant de faire cesser la fraude en déconventionnant le centre de santé incriminé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a ainsi permis qu'en cas de déconventionnement d'un centre de santé, l'Assurance Maladie ne prenne en charge les soins pratiqués qu'au tarif dit « d'autorité », soit par exemple pour une consultation d'ophtalmologie à 30 € un remboursement de 1,22 €. Puis l'avenant n°4

² Sauf disposition légale contraire, il est juridiquement possible d'engager simultanément plusieurs suites contentieuses. Le Conseil Constitutionnel a déjà jugé que le cumul de poursuites n'est pas inconstitutionnel s'il répond à au moins une des trois conditions suivantes : les poursuites portent sur des faits qualifiés de manière non identique, conduisent au prononcé de sanctions de nature différente ou visent à protéger des intérêts sociaux distincts.

de la convention des centres de santé, publié le 5 octobre 2022, a autorisé l'Assurance Maladie à engager une procédure simplifiée de déconventionnement en cas de découverte d'actes fictifs. Cette nouvelle sanction a été utilisée pour la première fois en janvier 2023 pour deux centres en Seine-Saint-Denis et dans les Yvelines. Au total, près d'une vingtaine de centres de santé (ont été déconventionnés depuis le début d'année. D'autres procédures de ce type devraient intervenir dans les prochains mois.

Par ailleurs, la loi de financement de la Sécurité sociale 2023 a apporté des avancées significatives en matière de sanction des fraudes et de dissuasion, avec notamment :

- **La hausse du montant maximum de la pénalité financière** à 300% du préjudice subi, et à huit fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)³ en l'absence de préjudice déterminable (par exemple en cas de fraude à l'ouverture des droits). Pour les fraudes en bande organisée, le plafond est porté à 400% et jusqu'à 16 PMSS⁴.
- **La majoration de 10% du montant indument versé pour frais de gestion** : cette mesure permet de facturer des frais de dossiers aux fraudeurs, en plus des indus notifiés, et ainsi ne pas en faire supporter les coûts à la collectivité). Depuis avril 2023, ce dispositif a permis de notifier près d'1,5 M€ en sus.

Enfin, la signature d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2023-2027 entre l'Etat et la Cnam, en juillet 2023, permettra de renforcer les moyens pour atteindre ses objectifs. Concrètement, 300 agents⁵ viendront renforcer les équipes en charge de la lutte contre les fraudes de l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie travaille également à la mise en œuvre des mesures de lutte contre la fraude sociale, annoncées par le Ministre des Comptes publics, en mai 2023. De nouveaux outils informatiques sont, à ce titre, en cours de développement, notamment la fonction de signalements réalisés par les assurés via leur compte ameli : courant 2024, le compte offrira désormais la possibilité de signaler les actes fictifs ou les surfacturations de soins. Ces signalements orienteront de manière plus précise les contrôles vers les prescripteurs aux pratiques non conformes.

Fraudes des professionnels de santé : quels types de sanction par type de fraude?



Pénalités financières

En cas de surfacturation ou non-respect des règles de codification



Voie conventionnelle

En cas de non-respect des engagements, avec possibilité de dé-conventionnement en urgence en cas de faits graves



Voie pénale

En cas de facturation d'actes fictifs ou de participation à un trafic de médicaments en bande organisée



Voie ordinaire

En cas de pratiques dangereuses ou non-déontologiques

³ Soit 29 328 €.

⁴ 58 856 €.

⁵ Equivalents temps plein

PARTIE 3

Des fraudes aux prestations de l'Assurance Maladie mieux évaluées et mesurées

I. Evaluer les fraudes pour mieux cibler les actions de contrôle et de lutte

A la suite des rapports parlementaires et de la Cour des comptes sur la lutte contre les fraudes sociales, l'Assurance Maladie a engagé des travaux statistiques dès l'automne 2020 pour mieux évaluer le préjudice financier lié à la fraude et objectiver la réalité.

L'évaluation du montant des préjudices financiers par acteur permet de **connaître plus finement les risques de fraudes auxquels le système de santé est confronté**. Cette compréhension approfondie de l'ampleur et de la nature des fraudes **permet ainsi d'affiner la stratégie de lutte, de prioriser les actions de contrôle pour mieux les détecter, tout en renforçant les dispositifs de prévention visant à empêcher l'occurrence de fraude**.

Ces travaux d'évaluation chiffrés sur les principaux postes de dépenses s'appuient sur les résultats de contrôle pour chaque catégorie de professionnels de santé. Ils font appel à des méthodes statistiques d'extrapolation permettant de minimiser les distorsions - découlant des méthodes de ciblage - afin de parvenir à un montant plus précis.

Cette année, les évaluations conduites ont concerné les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes. Les travaux se poursuivent actuellement dans les domaines suivants : fournisseurs de produits et dispositifs médicaux⁶, laboratoires, rentes accidents du travail - maladies professionnelles, pensions d'invalidité, établissements. Ces nouveaux travaux d'évaluation seront finalisés d'ici la fin de l'année 2023.

En 2022, les évaluations des fraudes relatives à la Complémentaire santé solidaire et à l'activité des infirmiers libéraux, des médecins généralistes, des transporteurs ont été publiées.

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 ni réaliste. L'évaluation de la fraude à l'Assurance Maladie constitue en effet un exercice particulièrement complexe, compte-tenu de la diversité :

- de ses champs d'intervention et de ses prestations (remboursement de frais de santé ou versement de prestations en espèces) ;
- des acteurs concernés (assurés, professionnels de santé libéraux et établissements soit plusieurs centaines de milliers d'acteurs de la santé, entreprises) ;
- des règles de facturation applicables, propres à chaque catégorie de professionnels de santé (plus de 6 000 actes sont recensés à la nomenclature générale des actes professionnels par exemple).

Une autre initiative en la matière, annoncée en mai 2023 par le Ministre des Comptes publics, consiste en la mise en place d'un Conseil de l'évaluation des fraudes. Sous la présidence du ministre des Comptes publics, ce conseil réunira les administrations compétentes, des personnalités qualifiées, des experts indépendants et des parlementaires dans le but de garantir la fiabilité des estimations produites, notamment dans le domaine de la fraude sociale.

⁶ Distributeurs de matériel médical, par exemple pansements, prothèses, lits médicalisés, etc.

II. Résultats des nouvelles évaluations

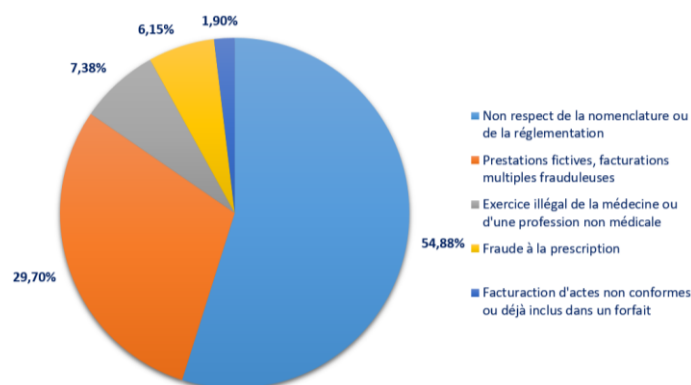
Les nouvelles évaluations⁷ confirment que les fraudes demeurent des pratiques très marginales, concentrées sur certains acteurs du système. Bien que les taux de fraudes soient faibles en proportion, ils constituent des montants élevés en valeur absolue, en lien avec les remboursements pris en charge par l'Assurance Maladie chaque année (plus de 200 milliards d'euros).

Malgré leur caractère minoritaire, ces pratiques impactent négativement la solvabilité du système de santé en détournant des montants destinés aux remboursements des soins et des patients.

Concernant les masseurs kinésithérapeutes, **les travaux font apparaître un taux de préjudice financier (couvrant les pratiques abusives, fautives et frauduleuses) estimé entre 5,2% et 6,8%. Cela représente une fourchette d'évaluation du préjudice financier entre 166 et 234 millions d'euros**, à mettre au regard des 4,34 mds € remboursés sur ce poste de dépenses en 2019 par l'Assurance Maladie. La majorité du préjudice financier est constitué par le non-respect de la nomenclature ou de la réglementation (surfacturation d'un acte en ayant recours à une cotation plus élevée, non-respect de la durée d'une séance, facturation d'actes non remboursables...). Les prestations fictives, facturations fictives et frauduleuses représentent le 2^{ème} poste de fraudes, avec près de 30% d'entre elles.

Afin d'accompagner les professionnels à mieux maîtriser les règles de facturation et de codification des actes, l'Assurance Maladie étendra, au second semestre 2024, aux masseurs-kinésithérapeutes, le dispositif déployé auprès des infirmiers libéraux qui s'installent en libéral pour la première fois : un accompagnement particulier est proposé lors de l'installation. Il est suivi de vérifications de la facturation au cours des 1ers mois d'activité. Un retour pédagogique est ensuite fourni au professionnel, mettant en lumière les éventuelles erreurs constatées, afin de favoriser l'adoption rapide de bonnes pratiques de facturation.

Répartition du préjudice financier par nature de grief : masseurs kinésithérapeutes

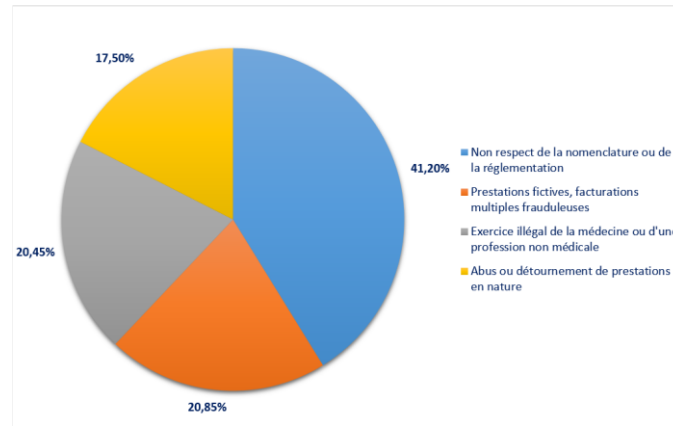


Concernant les chirurgiens-dentistes, **les estimations mettent en évidence un taux de préjudice compris entre 2,4% et 4%** soit un montant compris **entre 60 et 96 millions d'euros** (montant de dépenses total de 3,46 mds € remboursés sur les honoraires des chirurgiens-dentistes libéraux en 2019). La majorité du préjudice financier est là encore constitué par le non-respect de la nomenclature ou de la réglementation et les prestations fictives. Les abus ou détournement de prestations en nature constituent le 3^{ème} poste de fraudes, avec par exemple des actes non médicalement justifiés ou l'exécution d'actes ou une conduite thérapeutique non conformes aux données acquises de la science.

Si les centres de santé avec une activité dentaire et suspectés de pratiques abusives voire frauduleuses sont surveillés avec attention, il en est de même des chirurgiens-dentistes libéraux : l'Assurance Maladie contrôle de manière équitable l'ensemble des professionnels de santé. Ainsi, un nouveau plan de contrôle des chirurgiens-dentistes libéraux présentant de fortes atypies de facturation sera lancé d'ici la fin de l'année 2023.

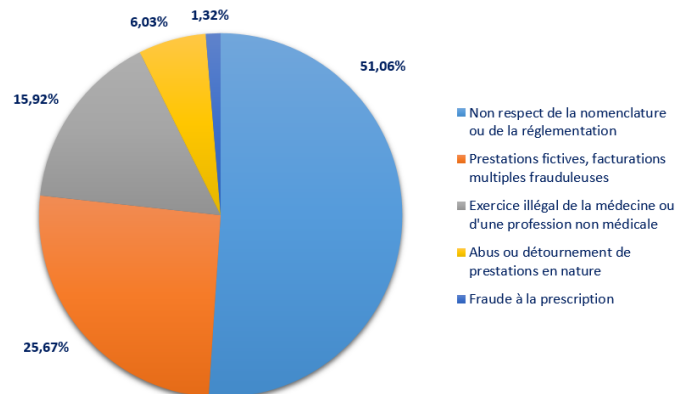
⁷ Réalisées à partir des résultats des actions de contrôle et de lutte contre la fraude portant sur l'activité des professionnels de santé sur les années 2018 et 2019. Ces données sont ensuite redressées par une méthode statistique (le matching) qui vise à réduire les biais de sélection des contrôles. Les estimations ne se basent pas sur l'année 2020, celle-ci ayant été atypique en raison de la crise sanitaire, ni sur l'année 2021 car des dépenses non présentées au remboursement peuvent subsister (ex. prescriptions biennales).

Répartition du préjudice financier par nature de grief : chirurgiens-dentistes



Enfin, concernant les médecins spécialistes⁸, les évaluations révèlent un taux de préjudice financier **entre 2,6 et 4%**, un résultat homogène avec l'estimation menée pour les médecins généralistes (entre 3,1 et 3,5%). Le montant estimé de fraudes par les médecins spécialistes libéraux représente ainsi une fourchette comprise **entre 140 et 230 millions d'euros**. Ici encore, le non-respect de la nomenclature ou de la réglementation et les prestations fictives constituent les principales fraudes. Nous pouvons également noter que l'exercice illégal de la médecine est le troisième poste de fraude parmi les médecins spécialistes, avec par exemple des situations de non-respect d'une interdiction d'exercice prononcée par le Conseil de l'Ordre, l'exercice d'une activité par une personne ayant présenté un faux diplôme ou la facturation d'actes par un tiers non autorisé.

Répartition du préjudice financier par nature de grief : médecins spécialistes



⁸ Sont concernés les rhumatologues, chirurgiens orthopédiques, anesthésistes, ophtalmologues, gynécologues, radiologues et psychiatres.

PARTIE 4

La lutte contre les fraudes aux audioprothèses

I. Un programme d'accompagnement et de contrôle déployé au niveau national, en lien avec le déploiement de la réforme du 100% Santé

Il y a quelques années, la pénurie d'audioprothésistes et le coût prohibitif des appareils auditifs pour une partie de la population constituaient des sources importantes d'inégalités d'accès aux soins.

La réforme du 100% santé, mise en œuvre à compter de 2021, a permis d'améliorer considérablement l'accès à des équipements auditifs de qualité, sans conditions de ressources. Ainsi, en quelques années, cette réforme a engendré une nette augmentation du nombre de patients bénéficiant d'une aide auditive : +77% entre 2019 et 2022 (+73% entre 2019 et 2021). Au total, ce sont 790 000 personnes qui sont appareillées en 2022 (contre 447 000 en 2019).

Cette réforme a simultanément généré de nouvelles pratiques frauduleuses de la part de certaines sociétés d'audioprothèses, souhaitant exploiter, à leur profit, cette prise en charge à 100% élargie : exercice illégal de la profession d'audioprothésiste, exercice interdit d'une activité itinérante, absence de suivi obligatoire du bénéficiaire appareillé facturation de matériel différent de celui délivré, ordonnances de complaisance ou établissement de fausses ordonnances.

Au-delà du risque de fraudes, il existe parallèlement un enjeu fort en matière de qualité des soins : cet appareillage nécessite en effet un suivi et des réglages réguliers pour être efficace. Le suivi par l'audioprothésiste durant toute la durée du port de l'équipement est ainsi primordial et garantit une bonne adaptation et un réglage adapté de l'appareil dans l'environnement naturel des bénéficiaires.

Une action d'accompagnement concernant le suivi des patients équipés d'une aide auditive a été réalisée par l'Assurance Maladie, entre décembre 2022 et avril 2023, avec des résultats probants à la clé.

Elle visait non seulement à inciter l'ensemble des audioprothésistes et des assurés appareillés à la bonne réalisation de la prestation de suivi, mais aussi à rappeler aux audioprothésistes la nécessité de télétransmettre un flux informant l'Assurance Maladie de la réalisation de ce suivi.

Cette action s'est traduite par :

- **L'envoi d'un message dédié par e-mail à plus de 772 000 assurés appareillés en 2021** afin de les sensibiliser à la nécessité d'un suivi par l'audioprothésiste, qui garantit la bonne adaptation dans le temps de l'appareil à leurs besoins de correction auditive,
- Une incitation des audioprothésistes à réaliser le suivi et à en informer l'Assurance Maladie par **l'envoi d'un courrier dédié à 4 550 professionnels** puis la réalisation de **visites des Délégués de l'Assurance Maladie auprès de plus de 4 000 audioprothésistes.**

Au cours du 1^{er} semestre 2023, 1 102 000 suivis ont été télétransmis par les audioprothésistes contre 462 000 au 1^{er} semestre 2022, soit plus du double. Cette action d'accompagnement semble avoir fortement contribué à l'augmentation des suivis réalisés et du nombre de télétransmissions liées.

Sur le volet Fraudes, **sur la base des résultats des contrôles réalisés ou en cours, la fraude aux audioprothèses représenterait un préjudice estimé à plusieurs dizaines de millions d'euros.**

Dans ce cadre, et comme indiqué dans son rapport Charges et Produits pour 2024, l'Assurance Maladie renforce ses actions au niveau national dans ce secteur, en complément des actions menées localement :

- **Déploiement sur l'ensemble du territoire – avec un focus en Ile de France en particulier – d'un contrôle approfondi des dossiers** en cas de délivrance d'audioprothèses aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (qui bénéficient d'une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie) ou aux jeunes adultes,
- **Action ciblée vis-à-vis de 130 centres d'audioprothèses** : dans les semaines à venir, une 1^{ère} vague de centres, identifiés au niveau national via de fortes atypies de facturations, va faire l'objet de contrôles approfondis. A titre d'exemples, parmi les indicateurs d'alerte, figure une proportion élevée de bénéficiaires sans réalisation d'un acte médical alors que l'audioprothésiste ne peut intervenir qu'à la suite d'une prescription d'un médecin. L'objectif de ces contrôles de centres sera ainsi d'identifier des situations frauduleuses tels que de faux diplômes d'audioprothésistes, des fausses facturations ou encore l'usage de fausses ordonnances.

II. L'exemple de la mobilisation de la CPAM de la Seine-Saint-Denis

En 2022, l'Assurance Maladie détecte une anomalie grâce à des signalements d'assurés ayant constaté des facturations d'appareils auditifs à leur insu, en examinant leurs relevés de remboursements. A la suite de ces constats, la CPAM 93 a lancé rapidement des investigations approfondies et identifié qu'elles provenaient de deux entreprises dirigées par unique un gérant.

Les contrôles réalisés mettent également en lumière plusieurs signaux d'alerte, notamment des niveaux de facturation très importants sur une courte période ou une moyenne d'âge des patients appareillés atypiques.

Des vérifications auprès des assurés, menées directement par téléphone, ont permis de confirmer les facturations fictives, réalisées à leur insu.

Deux plaintes au pénal ont été déposées par la CPAM, pour un préjudice estimé à près de 2,3 M€ et l'enquête policière est actuellement en cours. Les deux sociétés ont arrêté leurs activités et sont actuellement en redressement judiciaire. La CPAM a assigné les deux entreprises en liquidation judiciaire pour obtenir une interdiction de gestion auprès du gérant.

Par ailleurs, alors qu'une des entreprises tentait de transférer ses fonds à l'étranger, la caisse a réagi très rapidement en lançant une procédure visant à s'opposer à la transmission universelle du patrimoine, bloquant ainsi le transfert des fonds.

Plus globalement, la CPAM de Seine-St-Denis, a mené, à son niveau, face à l'émergence de ces nouvelles fraudes, des actions complémentaires vis-à-vis des audioprothésistes du département avec notamment :

- **la mise en place d'examens préalables approfondis** sur l'ensemble des factures présentées en 2023 pour des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, avec à la clé **3,7 M€ de remboursements frauduleux ou injustifiés évités.**
- **Douze plaintes pénales** déposées à l'encontre de sociétés d'audioprothèses (dans et hors 93),
- **Des indus à hauteur de 2,3 M€** notifiés pour des entreprises du secteur, en lien avec des facturations non conformes au titre de l'année 2022.

Le préjudice total de ces fraudes aux audioprothèses atteint un montant particulièrement élevé de 8,3 M€.

Tous acteurs de la lutte contre les fraudes

Parce que la lutte contre les fraudes concerne chacun d'entre nous, voici 5 points de vigilance à mémoriser en tant qu'assuré.

1. Ne jamais communiquer son numéro de Sécurité sociale, ni ses coordonnées bancaires en réponse à une demande (mail, sms), prétendument de la part d'un agent de l'Assurance Maladie. Il s'agit très probablement d'une tentative d'hameçonnage.
2. Ne pas confier sa carte Vitale pour une facturation ultérieure des soins, celle-ci doit être restituée à l'assuré à la fin de sa consultation ou de ses soins.
3. Consulter ses relevés de remboursements sur papier ou sur son compte ameli, pour s'assurer qu'ils soient bien conformes à la réalité des soins effectués.
4. En cas de doutes sur des soins non effectués ou des surfacturations, il est important de les signaler à sa caisse d'assurance maladie ou sa complémentaire santé, qui engageront les vérifications nécessaires.
5. Ne pas acheter de faux certificats ou de fausses ordonnances sur Internet : ils exposent à des poursuites (amendes, suspensions des prestations, voire peines de prison).