



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Dossier de presse

28 mars 2024

LUTTE CONTRE LES FRAUDES :

**Un montant record de fraudes détectées et stoppées en 2023,
grâce à une mobilisation soutenue.**

Des priorités réaffirmées pour 2024.

Contacts presse

Caisse nationale de l'Assurance Maladie

presse.cnam@assurance-maladie.fr

Clara Goutaudier - 01 72 60 15 62

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37

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 – Plus de 450 M€ de préjudice détecté et stoppé pour l’année 2023 : un montant record pour la lutte contre les fraudes à l’Assurance Maladie	P.5
Partie 2 – Priorités de la lutte contre les fraudes : focus sur les grandes campagnes de contrôle et d’enquête	P.10
Partie 3 – Des résultats en progression face aux tentatives de fraudes commises par des assurés	P.14
Partie 4 – Annexe	P.18

#lutte contre les fraudes #préservation du système de santé

Résultats records de la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie en 2023 : plus de 450 M€ de fraudes détectées et stoppées

L'Assurance Maladie présente les résultats des actions de lutte contre les fraudes menées en 2023. Grâce à une stratégie efficace, près de 466 M€ de fraudes ont été détectées et stoppées, un montant record qui dépasse l'objectif de 380 M€ fixé initialement. Ce bilan est le résultat d'une stratégie anti-fraudes qui fait ses preuves, avec une accélération des contrôles et un renforcement constant des moyens humains et techniques. L'Assurance Maladie redouble de fermeté vis-à-vis des fraudeurs – assurés, professionnels de santé et établissements – avec une hausse des poursuites engagées et des pénalités financières en particulier. L'année 2023 a été particulièrement marquée par les campagnes de contrôle et d'enquête ciblant les centres de santé, aboutissant à 21 déconventionnements. Autre fait marquant, le plan d'action national contre les pratiques frauduleuses des audioprothésistes a permis de détecter et de stopper 21,3 millions d'euros de fraudes.

Un résultat record pour la lutte contre les fraudes en 2023 avec 466 M€ de fraudes détectées et stoppées

Avec une hausse de près de 50% en un an, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant de fraudes record s'élevant à 466 millions d'euros en 2023. Ces résultats exceptionnels sont le fruit d'une stratégie optimisée et impactante, et dépassent largement l'objectif initial des 380 millions d'euros, pour atteindre quasiment celui fixé pour l'année 2024 (500 M€).

La politique de fermeté face aux fraudeurs porte également ses fruits avec un nombre record de poursuites : 10 500 suites contentieuses engagées en 2023, soit une augmentation de 20% en un an, près de 4 000 procédures pénales (+34% depuis 2022) et 3 400 pénalités financières (+28% depuis 2022). Les procédures conventionnelles ont quant à elles doublé avec 101 procédures en 2023 contre 45 en 2022.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a par ailleurs renforcé l'arsenal répressif, avec des pénalités financières pouvant atteindre jusqu'à trois fois le montant de la fraude.

Des progrès constants face à des fraudes qui évoluent et émergent

La lutte anti-fraudes à l'Assurance Maladie s'appuie sur une progression constante des moyens techniques mais aussi humains, avec plus de 1 500 agents dédiés à la lutte contre les fraudes cette année, et le recrutement de 300 nouveaux agents dévolus à cette mission pour la période 2023-2027.

Face à la complexité et l'évolution constante des formes de fraudes, l'Assurance Maladie place l'innovation au cœur de sa stratégie : faux arrêts de travail vendus via les réseaux sociaux, fraudes à l'identité, falsification de documents authentiques, trafic de médicaments, fraudes aux RIB... En 2024, 60 cyber-enquêteurs disposant de prérogatives de police judiciaire vont rejoindre l'Assurance Maladie pour des opérations d'infiltration et d'investigation dans le champ du numérique.

Des campagnes majeures ciblant les centres de santé et les audioprothésistes

L'année 2023 a été marquée par la poursuite des campagnes majeures ciblant les centres de santé et les audioprothésistes fraudeurs, auprès desquels l'Assurance Maladie a redoublé de fermeté.

200 centres de santé ont été contrôlés depuis 2021 (contrôle exhaustif de la facturation, contrôles *in situ* des centres...) et 21 centres ont été déconventionnés depuis 2023 : 12 centres avec une activité ophtalmologique, 2 centres avec une activité dentaire et 7 centres au titre des deux activités. Grâce à ces contrôles sur les centres de santé, l'Assurance Maladie a arrêté plus de 58 millions d'euros de fraudes sur l'année, soit plus de +1 000% par rapport à 2022.

Point de vigilance actuel, la fraude aux audioprothèses fait l'objet de contrôles approfondis par les CPAM, avec pour l'année 2023 un montant de 21,3 millions d'euros de fraudes évitées. Un ensemble d'actions ont ainsi été menées en 2023 et depuis début 2024 : analyse exhaustive de 16 000 factures ciblées et rejet de 9 000 d'entre elles, contrôles en cours de plus de 160 sociétés d'audioprothèses, radiation d'une dizaine d'entre elles depuis 2024, plus de 300 plaintes pénales déposées en 2023 à l'encontre d'audioprothésistes.

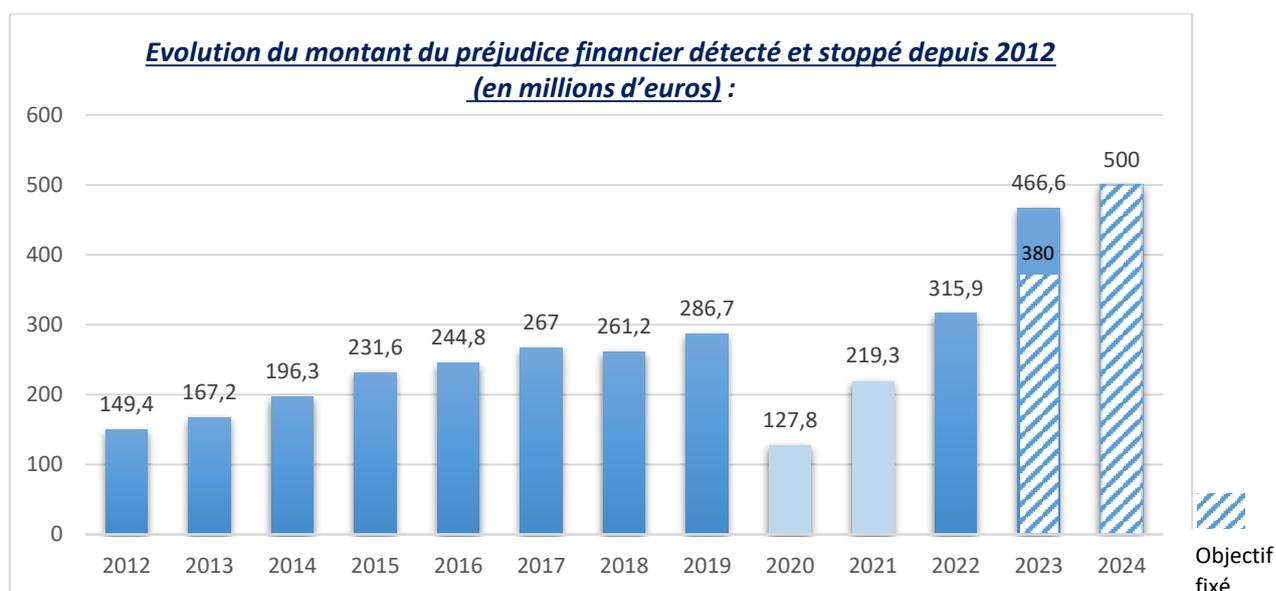
Partie 1 – Plus de 450 M€ de préjudice détecté et stoppé pour l'année 2023 : un montant record pour la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie

a) Des résultats 2023 qui dépassent largement la trajectoire fixée, des objectifs relevés pour la période 2024-2027

Les résultats 2023 de la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie enregistrent une hausse très significative, témoignant de la mobilisation des équipes et de l'efficacité des dispositifs mis en place. Cette dynamique partagée également par les autres branches de la sécurité sociale et des administrations engagées dans la lutte contre les fraudes démontre l'efficacité du plan déployé conjointement dans ce domaine.

Ainsi, en 2023, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant de fraudes de 466 millions d'euros, soit une hausse de près de 50% sur une année seulement et un doublement des montants depuis 2015.

Ces résultats sont le fruit du renforcement des actions menées : adoption d'un arsenal de mesures législatives, réglementaires, conventionnelles pour stopper et sanctionner les fraudeurs, développement de méthodes et outils performants, expertise anti-fraudes approfondie et effet d'expérience face à des fraudes plus sophistiquées et plurielles, coordination croissante et échanges entre les acteurs impliqués...

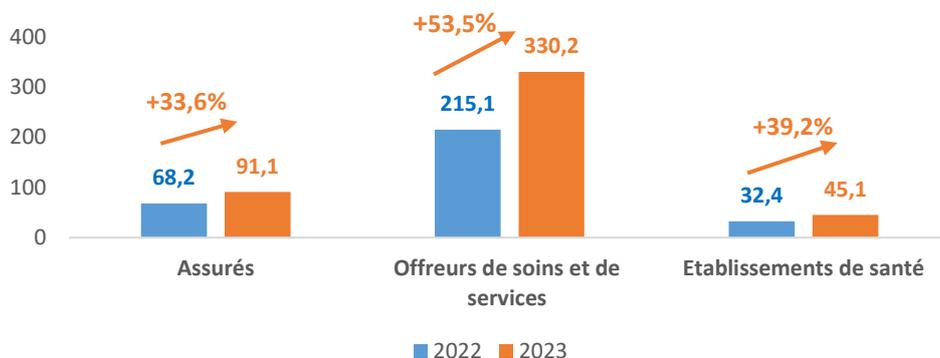


En atteignant 466 millions d'euros en 2023, l'Assurance Maladie a non seulement dépassé son objectif fixé à 380 millions d'euros, mais a également enregistré une augmentation de près de 50% par rapport aux 315,6 millions d'euros de 2022. Ce bond illustre l'efficacité croissante et l'engagement de l'Assurance Maladie dans la lutte contre les fraudes.

Grâce à ces résultats historiques, et afin de poursuivre la dynamique engagée avec le même volontarisme, le gouvernement de Gabriel Attal a défini des objectifs plus ambitieux encore pour la lutte contre la fraude sociale. Comme annoncé le 20 mars dernier lors du bilan annuel de la lutte contre les fraudes aux finances publiques, **sur la période 2024-2027, l'objectif pour l'Assurance Maladie est porté à 2,4 milliards d'euros de fraudes évitées et stoppées**, un montant 100 M€ supérieur aux objectifs initialement fixés.

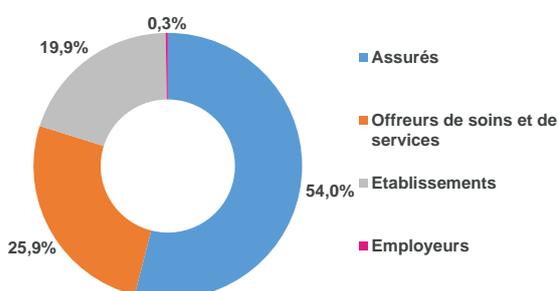
b) Résultats 2023 : répartition par catégories d'acteurs

Préjudice financier total par catégories d'acteurs (en millions d'euros)

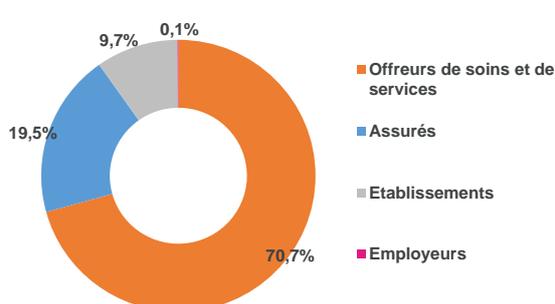


Répartition des fraudes détectées en 2023 par types d'acteurs

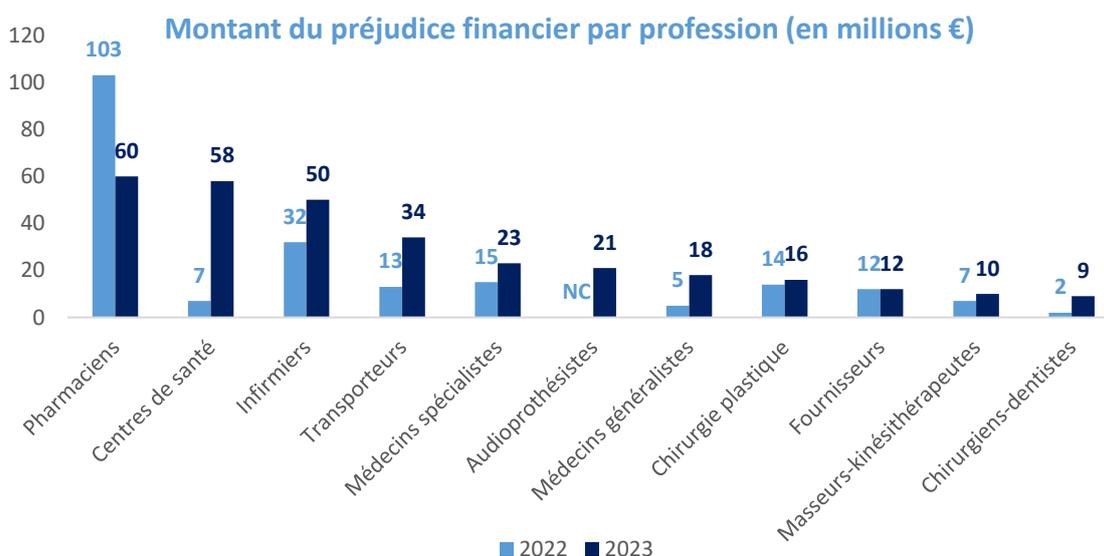
Répartition du nombre de fraudes et activités fautives détectées et stoppées en 2023



Répartition des montants de fraudes et activités fautives détectées et stoppées en 2023



En 2023, plus de la moitié des fraudes détectées étaient le fait d'assurés pour près de 20% des montants. Inversement, plus de 70% du préjudice financier émanait de fraudes commises par les professionnels de santé, moins nombreuses (près de 26%) mais plus coûteuses.



En 2023, les fraudes émanant des pharmaciens demeurent les plus importantes en montants, en régression cependant compte-tenu du reflux des affaires en lien avec le Covid (fraudes aux tests antigéniques notamment).

c) Des moyens humains renforcés, le recrutement et la formation de cyber-enquêteurs

La complexité des fraudes place l'expertise humaine au cœur de notre stratégie anti-fraudes. Elle allie une spécialisation pointue et soutenue par un programme de formation continue, une adaptabilité face aux tactiques en constante évolution des fraudeurs et aux nouvelles menaces, et un jugement critique indispensable à la prise de décision. Elle garantit en outre une coordination efficace entre les différents acteurs.

L'Assurance Maladie s'appuie actuellement sur l'engagement de plus de 1 500 agents dédiés à la lutte contre les fraudes. La nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2023-2027 entre l'Etat et l'Assurance Maladie prévoit l'affectation de 300 nouveaux agents à cette mission, témoignant ainsi de la priorité accordée à la lutte contre les fraudes.

Ce renforcement des moyens s'accompagne d'une diversification des profils d'agents (praticiens-conseils, statisticiens, juristes, chargés de mission...) mais est aussi caractérisé par le recrutement et la formation de 60 cyber-enquêteurs sur l'année 2024.

La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a attribué de nouvelles compétences en matière de police judiciaire aux différentes branches de la sécurité sociale et permet donc le recrutement de ces nouveaux enquêteurs afin de mener des cyber-enquêtes dans le champ du numérique, c'est-à-dire des opérations d'infiltration et d'investigation.

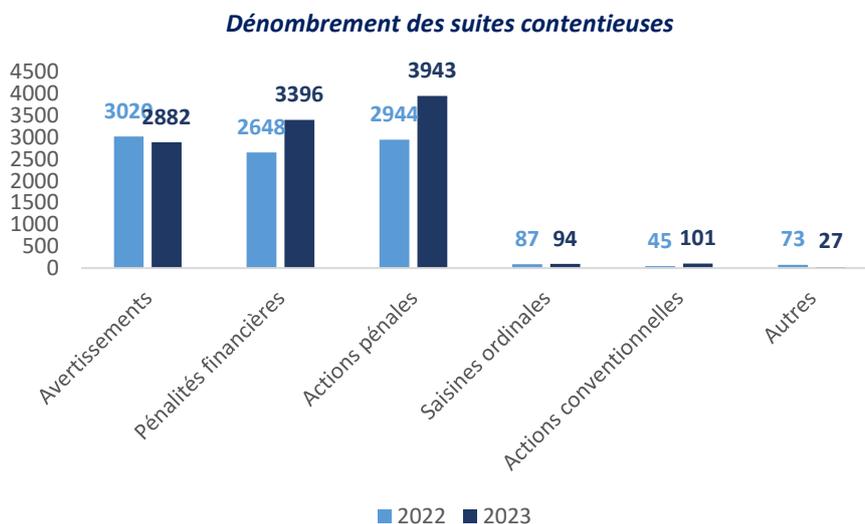
60 agents sont actuellement en cours de recrutement puis de formation, afin d'être opérationnels à compter du second semestre 2024, répartis au sein de 6 pôles inter-régionaux (Blois, Grenoble, La Rochelle, Lille, Marseille et Paris). Une équipe dédiée au sein de la CNAM (Unité de Coordination et d'Investigations des Fraudes Emergentes - UCIFE), sera chargée de coordonner et d'accompagner les activités de ces 6 pôles.

Les cyber-enquêteurs auront pour **objectif de lutter contre les fraudes émergentes sur les réseaux sociaux, le dark web et via les nouvelles technologies.** Le but est également de structurer une **organisation**

spécialisée dans la détection et la surveillance de nouvelles fraudes afin de développer des stratégies d'interventions efficaces.

Ces actions seront effectuées en étroite collaboration avec les forces de police et de gendarmerie, et la justice, ainsi que les enquêteurs judiciaires des autres administrations, notamment organismes de la Sécurité sociale (Cnaf, Cnav, etc.).

d) Des résultats appuyés par une stratégie contentieuse efficace



La mobilisation de l'Assurance Maladie dans la lutte contre les fraudes s'incarne également dans le déploiement d'une **stratégie contentieuse optimisée, redéfinie mi 2023, avec l'objectif de sanctionner plus rapidement.**

A la clé, plus de 10 500 suites contentieuses ont été engagées au cours de l'année 2023, soit une augmentation annuelle de près de 20% (8 800 en 2022).

Les procédures pénales arrivent en tête des suites contentieuses engagées avec **près de 4 000 procédures pénales en 2023, soit une forte progression de +34%** par rapport à 2022. Celle-ci est notamment liée à **l'augmentation de +60%, du nombre de signalements au titre de l'article 40.**

Le recours aux pénalités financières arrive en seconde position avec près de 3 400 pénalités prononcées (+28% par rapport à 2022), ce qui représente un résultat historique avec le plus fort montant global de pénalités jamais prononcé (**25 M€ contre 17 M€ en 2022**). Les montants moyens varient selon les catégories de fraudeurs concernés : en moyenne 3 500 € pour les assurés et près de 47 000€ pour les professionnels de santé libéraux. Toute personne qui fraude peut désormais être sanctionnée d'un montant de pénalité jusqu'à 3 fois le montant du préjudice financier subi par l'Assurance Maladie¹.

Les procédures conventionnelles ont, quant à elles, doublé avec 101 procédures en 2023 contre 45 en 2022. Si ces procédures peuvent concerner tous les professionnels de santé, cette hausse est surtout liée à une forte activité sur le champ des centres de santé (cf. Partie 3). Elles présentent l'intérêt de reposer sur une action à la main des CPAM, en lien avec les représentants des professionnels de santé (dans le cadre des avis

¹ Nouveau barème issu de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Pénalités possible jusqu'à 4 fois le préjudice à l'Assurance Maladie en cas de fraude en bande organisée.

des commissions paritaires locales), et de permettre en cas de déconventionnement l'arrêt immédiat de la prise en charge de l'activité des acteurs concernés².

Zoom : des sanctions et une stratégie contentieuse renforcées via les lois de financement de la sécurité sociale pour 2023 et 2024

La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a encore renforcé l'arsenal répressif sur le volet des pénalités financières :

- **Hausse du montant maximum de la pénalité financière à :**
 - **300% du préjudice subi**, et à 8 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en l'absence de préjudice déterminable (par exemple en cas de fraude à l'ouverture des droits)
 - **400% et jusqu'à 16 PMSS** en cas de fraude commise en bande organisée
- **Indemnité de 10% pour frais de gestion**, s'ajoutant au montant indument versé. En 2023, cette mesure a permis de notifier **plus de 3M€ en sus**.

Pour 2024, la Loi de financement de la sécurité sociale comprend des dispositions nouvelles:

- **Annulation de la prise en charge des cotisations sociales en cas de sanction pour fraude d'un professionnel de santé** (sur la part des revenus obtenus frauduleusement), en lien avec le Plan Attal 2023 de lutte contre la fraude
- **Création de délits à la fraude sociale :**
 - **Peine de trois ans d'emprisonnement et de 250 000 € d'amende encourue pour la fourniture de « kits »** ayant pour but d'obtenir un droit, une prestation ou un paiement indu (art. L.114-13 CSS)
 - **Peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende pour incitation à la fraude sociale** (inciter autrui à obtenir frauduleusement le versement de prestations, d'allocations ou d'avantages servis par un organisme de protection sociale) (art. L.114-18 CSS)

² La prise en charge par l'Assurance Maladie est alors réduite à son minimum, sur la base d'un tarif dit d'autorité. Ainsi, pour une consultation d'ophtalmologie à 31,50 €, le remboursement de l'Assurance Maladie sera limité à 1,22 €.

Partie 2 – Priorités de la lutte contre les fraudes : focus sur les grandes campagnes de contrôle et d'enquête

Face à l'émergence de nouvelles formes de fraudes, liées à l'irruption de nouveaux acteurs dans le domaine de la santé ou à des risques nouveaux, l'Assurance Maladie déploie d'importantes campagnes de contrôle et d'enquête ciblées notamment sur les fraudes dites à enjeux.

Celles-ci s'inscrivent en complément des programmes récurrents permettant de contrôler les prestations versées et les facturations émises par les offreurs de soins notamment.

a) Poursuivre la forte mobilisation sur les centres de santé

- **200 centres de santé contrôlés depuis 2021 et 21 centres déconventionnés depuis 2023**

Le nombre de centres de santé s'est fortement développé au cours de la dernière décennie, avec pour objectif initial le développement de l'offre de soins de 1^{er} recours sur le territoire : **on dénombre actuellement environ 2 500 centres de santé implantés en France.**

Cependant, cet essor s'est accompagné d'une hausse des dérives constatées par l'Assurance Maladie. Les fraudes ont été repérées par l'analyse des bases de données mais aussi suite aux signalements d'assurés, voire de salariés de ces centres. Les fraudes des centres de santé sont très diverses et recouvrent des griefs tels les facturations d'actes fictifs (c'est-à-dire facturés mais non effectués), des facturations multiples d'un même acte ou encore des soins injustifiés.

Pour répondre à des enjeux aussi bien financiers que de santé publique, l'Assurance Maladie s'est rapidement mobilisée en multipliant les actions de contrôle de ces structures. En 2023, les centres de santé ont ainsi fait à nouveau l'objet d'actions de contrôle et d'enquête prioritaire : un contrôle renforcé est mis en place sur les réseaux de centres de santé ainsi que sur les centres récemment ouverts, afin de détecter et mettre à jour d'éventuelles pratiques déclinées à grande échelle et intervenir au plus vite en cas de pratiques frauduleuses.

Depuis 2021, plus de 200 centres de santé font ou ont fait l'objet de contrôles par l'Assurance Maladie, dont certains appartenant à des réseaux d'ampleur. Les actions menées s'appuient notamment sur un **contrôle exhaustif de la facturation des centres, souvent en « chambre » à partir des données de remboursement et des éléments relatifs aux soins délivrés aux patients** (entretiens avec les assurés concernés) puis via les éléments recueillis sur le terrain suite à un **contrôle in situ des centres** (recueil et examen des dossiers médicaux des patients par les praticiens-conseils, des plannings mis en lien avec les dates de facturation, etc.).

En 2023, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant de 58,1 millions d'euros de fraudes réalisées par les centres de santé, contre près de 7 millions en 2022. L'augmentation enregistrée du préjudice stoppé et évité atteint plus de +1 000%, illustrant l'importante mobilisation de l'Assurance Maladie et sa vigilance particulière face au développement et aux activités des centres de santé.

Afin de sanctionner les centres de santé fraudeurs, l'Assurance Maladie peut désormais s'appuyer sur les nouvelles mesures législatives et conventionnelles mises en place depuis 2022. Celles-ci ont ainsi ouvert la possibilité de déconventionner un centre de santé, dans des délais réduits, en cas de constats d'activités frauduleuses.

L'Assurance Maladie s'est ainsi rapidement saisie de cette voie conventionnelle nouvelle et les 1ères décisions de déconventionnements ont été notifiées dès janvier 2023 (un centre à activité dentaire et un autre à activité ophtalmologique).

Au total, depuis janvier 2023, 21 centres de santé ont été déconventionnés par l'Assurance Maladie, suite aux constats d'activités frauduleuses graves au regard de la réglementation : 12 centres avec une activité ophtalmologique, 2 centres avec une activité dentaire et 7 centres au titre des deux activités.

▪ **2024 : une mobilisation qui se poursuit**

Depuis le début de l'année 2024, l'action des caisses d'assurance maladie ne faiblit pas avec de nouvelles investigations et procédures contentieuses en cours.

La surveillance renforcée des centres et l'exploitation des signalements ont ainsi permis d'initier des actions de contrôle sur les centres de santé, avec notamment :

- **la mise en place de nouvelles task-forces nationales en janvier 2024** afin de vérifier la facturation de 2 réseaux regroupant une vingtaine de centres,
- **des investigations de terrain**, via une opération menée simultanément par 9 Cnam sur 10 sites d'un même réseau en début d'année 2024.
- **des dépôts de plainte pénale** : 9 centres de santé ophtalmologiques d'un même réseau ont ainsi chacun fait l'objet d'une plainte pénale, entre mai 2023 et janvier 2024, pour des faits d'escroquerie, de faux et usage de faux et de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir d'un organisme de protection sociale un paiement indu.
- par ailleurs, l'Assurance Maladie poursuit ses actions pour faire sanctionner rapidement les centres de santé qui fraudent, avec **l'engagement de procédures conventionnelles actuellement en cours ou à venir à l'encontre de plus d'une dizaine de centres.**

Zoom sur les task-forces nationales

Les importantes fraudes constatées par certains réseaux de centres de santé, implantés sur tout le territoire national, nécessitent la coordination des actions de contrôle : c'est pour cette raison que l'Assurance Maladie met désormais en place des task-force nationales, outil d'investigation coordonnée et force de frappe contre les dérives.

Ainsi, depuis 2021, une dizaine de task-forces ont été mises en place, pour agir sur les dérives de réseaux de centres de santé.

La task-force nationale est déployée lorsqu'il y a suspicion de fraudes à enjeux, par exemple des fraudes réparties sur plusieurs régions ou des fraudes en bande organisée.

Les objectifs sont de :

- Coordonner les actions de contrôle
- Centraliser les investigations, permettant une vue d'ensemble des activités du réseau
- Impulser et harmoniser les actions contentieuses entreprises.

Les task-forces travaillent également de façon étroite avec les services d'enquête de gendarmerie et de police, et notamment l'OCLTI (Office central de lutte contre le travail illégal) et la Justice.

Chaque task-force est composée d'agents de la Caisse nationale, aux compétences variées (statisticien, juriste, praticien-conseil, chargé de mission), et les équipes spécialisées dans la lutte contre les fraudes des organismes locaux concernés.

b) Généraliser les contrôles sur l'activité des audioprothésistes

L'accès aux appareils auditifs et audioprothèses a été considérablement amélioré grâce à la réforme du 100% Santé mise en place depuis 2021 avec l'appareillage de près de 767 000 personnes pour l'année 2023.

Ainsi, en quelques années, cette réforme a engendré une nette augmentation du nombre de patients bénéficiant annuellement du remboursement d'une aide auditive : +72% entre 2019 et 2023.

Ce dispositif, qui a permis de remédier à des situations très fréquentes de non-recours à ces appareils, avec des impacts documentés sur la santé et la qualité de vie des personnes concernées, s'est accompagné dans le même temps d'une augmentation très forte des installations d'audioprothésistes sur l'ensemble du territoire et des pratiques frauduleuses observées.

Dans ce contexte, dès 2022, l'Assurance Maladie a déployé un plan d'actions structuré autour de deux volets complémentaires :

- L'information et l'accompagnement des assurés équipés et des professionnels de santé, audioprothésistes :

L'objectif a été ainsi, dès fin 2022, de sensibiliser les patients équipés à l'importance d'un suivi et d'un réglage adapté dans le temps de leurs appareils auditifs, pour que ceux-ci soient efficaces.

Parallèlement, l'Assurance Maladie a rappelé aux audioprothésistes via des courriers personnalisés et la visite de délégués de l'Assurance Maladie la nécessité de réaliser le suivi de leurs patients, conformément aux recommandations de bonnes pratiques, et d'informer l'Assurance Maladie de la bonne réalisation de ce suivi (télétransmission de l'acte de suivi effectué).

Au total, ces actions enregistrent des résultats très probants : en 2023, près de 2,2 millions de prestations de suivi ont été réalisées (deux fois plus qu'en 2022) et la quasi-totalité des audioprothésistes (97%) ont effectué au moins un suivi (contre les 3/4 en 2022).

- La lutte contre les pratiques frauduleuses :

Dans les suites des premières fraudes détectées depuis 2022 et conformément aux engagements pris à l'automne 2023, un plan national d'investigations et de contrôles approfondi a été déployé par l'Assurance Maladie auprès de l'ensemble des acteurs concernés avec en particulier : vérifications directes auprès des assurés appareillés, examens préalables de la facturation avant règlement, contrôle des centres d'audioprothèses et dépôt de plaintes pénales si besoin.

- **Un préjudice financier de plus de 21 millions d'euros pour 2023**

L'ensemble des actions de contrôles réalisées sur les facturations et les centres d'audioprothèses ont permis de détecter et stopper 21,3 millions d'euros de fraudes en 2023.

Sur le modèle de l'expérimentation réalisée par la Caisse de Seine-Saint-Denis, **plus de 16 000 factures ciblées ont fait l'objet de contrôles approfondis par les CPAM au cours des 3 derniers mois.**

Des appels téléphoniques ont également été réalisés auprès des bénéficiaires pour s'assurer de la réalité et des conditions de délivrance de l'appareillage auditif concerné. **Au total, ces contrôles ont abouti au rejet de plus de 9 000 factures** dont notamment plus d'un tiers pour absence d'examen ou d'acte préalable par un médecin comme requis, puis, pour plus de 20% d'une absence de délivrance réelle de l'appareillage et enfin pour 15% environ, de fausses prescriptions médicales...

Par ailleurs, plus de 160 sociétés d'audioprothèses sont actuellement en cours de contrôle pour des suspicions de fausses facturations ou facturations fictives.

Le bilan dressé à l'issue de cette campagne de contrôles menée France entière confirme les 1ers résultats enregistrés par la Cpm du 93 et la diffusion de pratiques frauduleuses équivalentes sur le territoire.

- **Réactivité et fermeté dans les suites contentieuses engagées, de nouvelles mesures pour enrayer ces pratiques frauduleuses**

A l'issue des différentes actions de contrôle, **plus de 300 plaintes pénales ont été déposées dans les cas les plus graves par les caisses primaires d'assurance maladie en 2023.**

Exemple de condamnation pénale : les gérants d'une société d'audioprothèse, se réclamant intervenir au nom de la CPAM, avaient déployé des dizaines d'agents commerciaux dans les Ehpad en France en les faisant passer pour des audioprothésistes afin de vendre des appareils à des personnes âgées.

Le Tribunal correctionnel a condamné les gérants à :

- Une peine de 6 mois à 3 ans d'emprisonnement avec sursis
- L'interdiction d'exercer une activité professionnelle médicale ou paramédicale pendant 5 ans, ainsi que l'interdiction de gérer pendant 15 ans, pour l'un des gérants
- L'interdiction d'exercer l'activité d'audioprothésiste pendant 3 ans pour les 3 autres gérants
- La confiscation des biens saisis
- Le dédommagement du préjudice subi par les Cpm

Enfin, quand les conditions élémentaires de l'activité d'audioprothésiste ne sont pas réunies (absence de local, utilisation de faux diplômes, etc.), l'Assurance Maladie peut directement mettre fin à la possibilité d'exercer par la société d'audioprothèses. Une dizaine de sociétés ont ainsi été « radiées » des fichiers de l'Assurance Maladie depuis le début de l'année 2024, les privant de possibilité de poursuivre leurs activités. Les faits font également l'objet d'une plainte pénale et/ou d'une procédure de pénalités financières.

Partie 3 – Des résultats en progression face aux tentatives de fraudes commises par des assurés

a) Les résultats de la lutte contre les fraudes commises par les assurés en forte progression

En 2023, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé 91 millions d'euros de fraudes commises par les assurés, soit une augmentation de 33% par rapport à 2022 (68 M€). La détection, le contrôle et la sanction des fraudes commises par les assurés sont au cœur des priorités de l'Assurance Maladie dans sa stratégie globale de lutte contre les fraudes. Représentant en montants 20% des fraudes détectées et stoppées en 2023, elles constituent plus de la moitié des dossiers en nombre en revanche.

Ce type de fraudes nécessite une vigilance soutenue, notamment par son caractère très mouvant et éparé : l'Assurance Maladie détecte fréquemment de nouvelles formes de fraudes et de pratiques abusives, requérant une adaptabilité des formes de contrôles et des campagnes ciblées.

L'Assurance Maladie distingue trois catégories de fraudes commises par les assurés :

- **Les fraudes aux droits à l'Assurance Maladie** qui, en 2023, ont constitué un préjudice à hauteur de 27,5 millions d'euros et presque 9 000 dossiers, contre 21,1 millions d'euros en 2022.
- **Les fraudes aux prestations en nature**, pour un peu moins de 2 000 dossiers en 2023, et un préjudice de 24,8 millions d'euros. Ce montant de fraudes détectées et stoppées a plus que doublé par rapport à 2022 (11,9 millions d'euros).
- **Les fraudes aux prestations en espèces (rentes, indemnités journalières, pensions d'invalidité...)** ont concerné presque 4 000 dossiers en 2023, représentant un préjudice global de 38,7 millions d'euros (+8% par rapport à 2022).

Un exemple de sanction face à une fraude à la Complémentaire santé solidaire :

Lors de sa demande de Complémentaire santé solidaire, un assuré a déclaré des ressources d'un montant de 6.500 € pour son foyer composé de deux personnes. Le plafond annuel applicable à sa demande était de 13 547 €.

Or, l'étude de son dossier a permis de détecter que l'assuré avait dissimulé ses revenus provenant de son activité d'entrepreneur, s'élevant à près de 140 000 € sur l'année de référence.

Une pénalité pour fraude de 5 500 € a été prononcée à son encontre.

b) Les fraudes aux arrêts de travail

Représentant en 2023 un montant de 17 millions d'euros de fraudes détectées et stoppées, les fraudes aux indemnités journalières sont un terrain de mobilisation prioritaire de l'Assurance Maladie. Cela recouvre plusieurs types de fraudes distinctes : faux avis d'arrêts de travail ou transmission de faux bulletins de salaires, falsification d'arrêts de travail prescrits, exercice d'une activité rémunérée non autorisée pendant l'arrêt...

1 200 pénalités financières ont été prononcées en 2023 pour des fraudes aux arrêts de travail, pour un montant global de 3,7 millions d'euros en très forte progression par rapport à 2022 (+90%), conformément au durcissement des sanctions initiées par l'Assurance Maladie dans sa nouvelle stratégie contentieuse.

D'un montant moyen de 3 100 €, ces pénalités financières peuvent atteindre des sommes très élevées, avec par exemple une pénalité de plus de 325.000 € prononcée en 2023 à l'encontre d'un assuré ayant bénéficié d'un arrêt de travail de longue durée suite à un accident du travail mais tout en poursuivant une activité sans discontinuité durant la période indemnisée. Le préjudice financier, d'un montant de 160 000 €, a été complété d'une pénalité du maximum possible alors (200%) soit au total plus de 320 000 € de sanction financière.

- **Actions mises en œuvre contre les faux arrêts de travail**

Face à l'essor des cas recensés de faux arrêts de travail, notamment ceux vendus via les réseaux sociaux, l'Assurance Maladie a développé dès 2022 des requêtes sur ses bases de données, afin de mieux repérer les faux arrêts et maximiser son efficacité sur la détection de ces nouvelles pratiques.

Ainsi, en 2023, les faux arrêts de travail ont représenté un préjudice financier de 7,7 millions d'euros, contre 5 M€ en 2022, avec 1 700 dossiers de fraudes (1 000 en 2022).

Cette forte hausse, du nombre de dossiers comme des montants détectés, s'accompagne de l'augmentation du préjudice moyen par dossier, passant de 3 900 € à 4 300 €. En effet, l'Assurance Maladie a constaté l'accroissement de fraudes avec des kits « clés en main » obtenus sur les réseaux sociaux (c'est-à-dire des faux arrêts, accompagnés de fausses attestations de salaires avec salaires élevés), ainsi qu'un allongement de la durée de ces faux arrêts.

En 2023, l'Assurance Maladie a engagé près de 1 150 suites contentieuses dans des dossiers de faux arrêts de travail, dont 830 pénalités financières, 114 plaintes pénales et 56 signalements au procureur.

Un exemple de sanction contre l'usage d'un faux arrêt de travail :

La Caisse primaire ayant reçu très tardivement l'arrêt de travail de longue durée d'un assuré, après la fin de la période d'arrêt, a lancé une enquête pour s'assurer de la réalité de l'arrêt. Le médecin prescripteur, contacté par la Caisse, a déclaré ne pas être l'auteur de l'arrêt en question. De plus, l'attestation de salaire communiquée mentionnait des salaires au-dessus du plafond d'indemnités journalières. La caisse a pu, grâce à un droit de communication bancaire, constater qu'aucun salaire n'avait été versé par l'employeur. Les investigations de la caisse ont ainsi identifié la fraude, et bloqué le versement des 7 500€ d'indemnités journalières. Une pénalité financière à hauteur de 100% du préjudice évité a été prononcée à l'égard de cet assuré, soit 7 500€.

- **Actions et perspectives à venir**

L'Assurance Maladie déploie et envisage diverses mesures proactives pour prévenir les fraudes aux arrêts de travail :

- Augmenter fortement et inciter à l'usage de l'arrêt de travail électronique, pour les professionnels exerçant en ville (proposition formulée dans le cadre des négociations en cours pour la convention médicale avec les médecins libéraux). Offrant davantage de sécurité que l'arrêt version papier, il est envoyé directement à la Caisse primaire de l'assuré par voie électronique par le prescripteur sans intermédiation.

- Renforcer la sécurisation des formulaires papier Cerfas, réduisant les risques de faux. Des nouveaux Cerfas seront diffusés d’ici la fin de l’année.
- Réguler les arrêts prescrits en téléconsultation : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit que les prescriptions d’arrêts de travail par téléconsultation ne pourront plus dépasser trois jours ou être renouvelés, sauf si elles sont réalisées par le médecin traitant.
- Faire de la lutte contre les trafics de faux arrêts de travail l’une des priorités des cyber-enquêteurs, dont le déploiement est en cours. Leurs prérogatives de cyber-enquêtes permettront ainsi d’infiltrer les réseaux, de veiller aux nouveaux types de fraudes et de mettre un terme à ces trafics.

c) **Autres fraudes commises par les assurés : autres prestations en espèces et fraudes à l’identité**

▪ **Les fraudes aux rentes et aux pensions d’invalidité**

L’Assurance Maladie porte une vigilance particulière sur la bonne attribution de ces prestations en espèces : pensions d’invalidité et rentes versées à la suite d’un accident de travail ou maladie professionnelle. En 2023, **l’Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant de 19,4 millions d’euros** sur ce champ de dépenses.

Un exemple de sanction pour une fraude aux pensions d’invalidité :

Un assuré titulaire d’une pension d’invalidité n’avait pas informé de sa reprise d’activité salariée, pour un montant supérieur à 60 000 €, dans les déclarations sur l’honneur adressés à sa caisse. Cela a entraîné le versement indu de plus de 30.000 € de pension.

Les actions de l’Assurance Maladie ont ainsi permis de stopper cette fraude, reconnue par l’assuré, et de prononcer une pénalité financière à hauteur de 15 000€ à l’encontre de l’assuré.

▪ **Les fraudes à l’identité**

En 2023, ce type de fraudes a fait l’objet d’une mobilisation particulière de l’Assurance Maladie, caractérisée par une très forte hausse – de 72% - du nombre de dossiers concernés, soit 1 400 sur l’année 2023.

Pour un montant global de 4,7 millions d’euros, ce type de fraudes concerne principalement des fraudes aux droits à l’Assurance Maladie, pour un préjudice de 3,9 millions d’euros en 2023, et plus rarement sur les soins de ville, à hauteur de 800 000€.

Les fraudes à l’identité peuvent prendre plusieurs formes : la falsification de documents authentiques ; la contrefaçon, reproduisant un document d’identité ; la création complète d’un nouveau document non référencé ; ou encore l’usurpation d’identité. Dans ce domaine, les réseaux peuvent constituer le lieu de revente de ce type de documents, d’où l’importance pour l’Assurance Maladie de s’adapter très rapidement à tout nouveau type de fraudes, de développer sa capacité d’action sur les espaces numériques, et de travailler en étroite collaboration avec les forces de l’ordre, les préfetures et tous ses autres partenaires.

Un exemple de fraude à l'identité :

Une fraude aux prestations d'étudiants internationaux a été détectée en 2023. Plusieurs caisses primaires ont reçu des demandes d'affiliation à partir de faux actes de naissance et de fausses cartes nationales d'identité française, qui ne correspondaient à aucune véritable identité. Ces dossiers étaient accompagnés d'un certificat de scolarité d'un établissement situé à Paris. Les investigations menées par l'Assurance Maladie ont démontré que l'établissement parisien n'existait pas à l'adresse indiquée, et que chaque carte d'identité avait la même adresse et la même signature.

Cette tentative de fraude a été détectée lors de l'affiliation de ces assurés. L'Assurance Maladie a évité un préjudice de plus de 110 000 €.

La mobilisation de l'Assurance Maladie se fait en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires compétents dans ce domaine. Pour les fraudes à l'identité, des échanges fréquents sont mis en place avec la police aux frontières notamment, qui transmet régulièrement à toutes les branches de la Sécurité sociale des listes actualisées de faux papiers saisis lors de leurs contrôles. Après investigations et vérifications, l'Assurance Maladie ferme ainsi les droits correspondants quand nécessaire, prononce des pénalités financières pour les personnes concernées, voire effectue un signalement au Parquet.

Fraudes des assurés : des pénalités financières allant jusqu'à trois fois le préjudice subi par l'Assurance maladie

L'Assurance Maladie peut prononcer, à l'encontre des assurés sociaux, des pénalités financières pouvant atteindre :

- **300% du montant des prestations sollicitées frauduleusement**
- **Ou jusqu'à 8 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale**, soit 30 912 € en 2024 en cas de fraude lors de la demande de Complémentaire santé solidaire ou à l'affiliation (cas de fraude à l'ouverture de droit, avec présentation d'un faux titre d'identité).

Par exemple, lorsqu'un assuré présente un faux avis d'arrêt de travail ou de fausses prescriptions médicales, lui permettant d'obtenir des prestations d'un montant de 5 000€, la pénalité peut s'élever jusqu'à 15 000 €.

Lors d'une demande de Complémentaire santé solidaire, si l'assuré dissimule ses ressources pour y avoir frauduleusement droit, la pénalité prononcée sera au minimum de 386 € et pourra atteindre plus de 30 000 € en fonction de sa situation.

Des sanctions pénales sont également encourues pour ces faits :

- **Pour le faux et usage de faux** : 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende (art. 441-1 Code Pénal)
- **Pour la fausse déclaration** : 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende pour la fausse déclaration (441-6 Code Pénal)

Focus - Mesures législatives et conventionnelles – Professionnels et centres de santé

Des évolutions législatives et conventionnelles récentes ont permis de renforcer les sanctions possibles vis à vis des professionnels et centres de santé, avec notamment :

1. **La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022** qui oblige les centres de santé à être conventionnés avec l'Assurance Maladie pour que leurs actes soient pris en charge. Ainsi cela permet qu'en cas de déconventionnement, l'Assurance Maladie ne prenne en charge les soins pratiqués qu'au « tarif d'autorité ».
2. **L'avenant n°4 de la convention des centres de santé, signé le 14 avril 2022**, prévoit qu'en cas de constats d'actes fictifs, c'est-à-dire d'actes facturés mais non réalisés, l'Assurance Maladie peut engager une procédure rapide et simplifiée de déconventionnement. Le directeur de la CPAM concernée prend la décision, après avis de la commission régionale (ou départementale pour l'Île-de-France) des centres de santé, composée pour moitié de représentants de l'Assurance Maladie et pour l'autre de représentants de la profession.

Face aux dérives constatées dans les pratiques de certains centres de santé, **la Loi du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé** (dite Loi Khattabi) complète la législation avec les dispositions-clés suivantes :

- **Le rétablissement de l'agrément des agences régionales de santé** pour l'ouverture des centres de santé dentaires, ophtalmologiques et orthoptiques. Cet agrément d'abord provisoire, devient temporaire après un an, suite à une éventuelle visite de conformité de l'ARS. Les centres existant ont aussi pour obligation d'obtenir leur agrément.
- **La création d'un registre national des suspensions et des fermetures** pour permettre aux ARS de vérifier les antécédents des gestionnaires. **L'ouverture d'un nouveau centre peut ainsi être interdite** à un gestionnaire d'un centre ayant déjà fait l'objet d'une suspension ou d'une fermeture.

Point sur le déconventionnement en urgence des professionnels de santé :

- Depuis fin 2020, l'Assurance Maladie a la possibilité de suspendre provisoirement le conventionnement d'un professionnel en cas de manquements graves aux engagements conventionnels lui ayant causé un préjudice important (préjudice > à 8 PMSS, environ 30 000 €).
- Cette mesure, qui ne concernait jusqu'alors que les professionnels de santé libéraux, a été étendue aux centres de santé, aux pharmaciens, aux fournisseurs, aux transporteurs sanitaires et aux taxis **courant 2023**.
- En 2023, 12 professionnels de santé ont ainsi été déconventionnés en urgence (9 infirmiers libéraux, 1 sage-femme, 1 orthophoniste et 1 masseur-kinésithérapeute).