

SYNTHESE

DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE
DE **L'ASSURANCE MALADIE**

POUR **2022**

SOMMAIRE

1.	LA STRATEGIE LCF	4
1.1	L'évaluation des risques de fraude	4
1.2	Des priorités d'action marquées par la crise sanitaire	5
1.3	L'accompagnement des équipes lutte contre la fraude du réseau	6
1.4	Des partenariats renforcés	7
2.	LES RESULTATS DES CONTROLES LCF	8
2.1	Synthèse des résultats LCF	8
2.2	L'obtention des droits	10
2.3	Les prestations en espèces.....	11
2.4	Les frais de santé.....	12
2.5	Les établissements	14
3.	LES ACTIONS CONTENTIEUSES	15
3.1	La procédure de pénalité financière	15
3.2	La voie pénale	16
4.3	La voie ordinale.....	17
4.4	La procédure conventionnelle.....	17
4.	LE RECOUVREMENT DES INDUS FRAUDULEUX ET DES PENALITES FINANCIERES	18

INTRODUCTION

Après un impact fort de la crise sanitaire en 2020 et 2021 sur les résultats de la lutte contre la fraude, l'activité lutte contre la fraude a fortement repris en 2022. Outre le déploiement des programmes nationaux LCF inscrits au plan biennuel 2021/2022, l'Assurance Maladie s'est fortement mobilisée pour faire face aux fraudes en lien avec les mesures dérogatoires mises en place pendant la crise sanitaire et aux nouveaux risques de fraudes (trafics de médicaments, fraudes via les réseaux sociaux, centres de santé).

La coordination des fraudes à enjeux a été une des priorités de l'année écoulée, notamment avec la mise en place de task-forces nationales pour coordonner l'action des CPAM en lien avec les services d'enquêtes et la justice. Parallèlement, le renforcement des partenariats dans le cadre de la Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraudes permet d'accroître l'efficacité des actions de l'Assurance Maladie.

En février 2022 a été mise en place une nouvelle direction au sein de la CNAM, la **Direction de l'Audit, des Finances et de la lutte contre la Fraude**, qui regroupe notamment le pilotage des activités de contrôles du Directeur comptable et financier et celles de lutte contre la fraude afin de renforcer leurs synergies dans le cadre du nouveau décret de contrôle interne publié à l'automne 2022.

Par ailleurs, dans le cadre de la préparation de la future COG 2023-2027, une **nouvelle stratégie de contrôle et de lutte contre la fraude** a été élaborée et présentée en septembre 2022. Elle s'articule autour de quatre grands axes :

- Évaluer : connaître précisément les risques pour mieux les maîtriser ;
- Prévenir : être moins vulnérables en sécurisant davantage les activités ;
- Détecter & contrôler : moderniser les outils de ciblage et de contrôle pour gagner en efficacité ;
- Sanctionner : réprimer de façon mieux adaptée et plus rapide.

En 2022, l'Assurance Maladie a ainsi détecté et stoppé un montant de fraudes jusqu'alors inégalé : **315,8 millions d'euros en 2022** soit +44% comparé à 2021 (219,3 M€) et + 10% par rapport à 2019, année qui affichait jusqu'ici le montant le plus élevé jamais enregistré (286,8 M€). Ainsi, si l'année 2020 avait été fortement impactée par la crise sanitaire Covid-19 avec 127,7 millions d'euros de préjudices détectés, les résultats ont repris leur trajectoire à la hausse dès 2021. Le nombre de suites contentieuses engagées est également en progression : 8 817 l'an dernier contre 7 857 l'année précédente, soit une augmentation de plus de 12%.

1. LA STRATEGIE LCF

1.1 L'évaluation des risques de fraude

La connaissance la plus précise des risques de fraudes auxquelles l'Assurance Maladie est confrontée s'appuie sur deux outils : des cartographies des risques et, depuis 2022, l'évaluation chiffrée de son montant.

Depuis 2018, neuf **cartographies des risques de fraude** ont été mises à disposition des organismes locaux : établissements T2A, PUMA, Complémentaire Santé Solidaire (C2S), infirmiers, transporteurs, indemnités journalières, masseurs-kinésithérapeutes, rentes invalidité/allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et rentes accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP).

En 2022, des travaux de cartographies ont été engagés sur la protection universelle maladie (Puma) et les Prestataires de Soins et de Dispositifs Médicaux (PSDM), pour une diffusion au réseau en 2023.

Ces cartographies sont ensuite utilisées dans l'élaboration des programmes de contrôles nationaux. Elles servent également aux travaux d'**évaluation chiffrée de la fraude**.

Après la réalisation d'un benchmark en 2020/2021 auprès des autres branches de la Sécurité Sociale et de partenaires européens relatif aux méthodologies déjà expérimentées, les premières estimations ont été réalisées fin 2021 sur les droits (Complémentaire Santé Solidaire - C2S) et les dépenses de santé (soins infirmiers) et présentées au printemps 2022.

Les travaux se sont poursuivis tout au long de l'année 2022 et ont permis d'aboutir à des premières évaluations sur les prestations liées aux acteurs suivants : médecins généralistes, transporteurs, masseurs-kinésithérapeutes et pharmacies.

Prestation/acteur ¹	Fourchette basse En montant	Fourchette haute En montant
C2S	25 M€	176,5 M€
Infirmiers	286 M€	393 M€
Médecins généralistes	185 M€	215 M€
Transporteurs sanitaires et taxis	145 M€	177 M€
Masseurs-kinésithérapeutes	91 M€	105 M€
Pharmacies	166 M€	234 M€

¹ Les évaluations ont été réalisées à partir des résultats des contrôles portant sur les activités 2018 et 2019 des professionnels de santé et ayant abouti à la détection de faute, fraude ou abus, ce qui a permis de définir une fourchette en fonction des années. Pour la C2S, la fourchette basse correspond au montant extrapolé de la fraude stricto sensu et la fourchette haute au montant extrapolé de la fraude et de la faute.

Ces travaux d'évaluation de la fraude se poursuivront en 2023 sur d'autres postes de dépenses et représentent ainsi un préalable essentiel pour renforcer et améliorer en continu les actions visant à éviter les risques d'erreurs, de fautes ou de fraudes.

1.2 Des priorités d'action marquées par la crise sanitaire

L'année 2022 a vu la poursuite du plan LCF biennuel 2021/2022 avec le lancement de nouvelles actions de contrôles sur les transporteurs ou les cardiologues par exemple. Mais la crise sanitaire a continué à fortement impacté les priorités de l'Assurance Maladie avec une mobilisation importante face aux différentes fraudes en lien avec les mesures mises en place : poursuite des actions de fraudes aux attestations de vaccination covid initiées au second semestre 2021, contrôles de plusieurs centaines de pharmacies sur les délivrances de test-antigéniques (voir partie 2 sur les résultats des contrôles). A l'inverse, le contrôle de la facturation à la T2A est resté suspendu en 2022 compte-tenu de la garantie de financement sur les recettes des établissements en 2021.

De nouveaux programmes de contrôles ont également été élaborés pour faire face aux nouvelles fraudes sur les réseaux sociaux (faux avis d'arrêts de travail par exemple) ou en bande organisée. Dans le cadre des trafics de médicaments, des bénéficiaires de l'AME ou de la C2S sont ainsi recrutés sur les réseaux sociaux afin de se porter candidat pour récupérer des médicaments onéreux à partir d'une fausse ordonnance en contrepartie d'une rétribution financière. Le futur programme LCF sur le trafic des médicaments, conçu et testé avec les organismes du réseau courant 2022 et déployé début 2023, prend en compte ces types de mode opératoire dans la détection des dossiers.

La détection de suspicion de fraudes de la part d'audioprothésistes et d'opticiens a également donné lieu à une mobilisation importante des équipes LCF, qui se poursuivra sur ces sujets en 2023.

Le recours au dispositif de task-force nationale a aussi été intensifié pour piloter la lutte contre les fraudes à enjeux, en particulier à l'encontre de réseaux de centres de santé dentaire et ophtalmologique. Les task-force regroupent les experts nationaux et les équipes locales de la lutte contre la fraude issus du terrain et ont pour objectifs de :

- centraliser les procédures et saisir un service d'investigation à compétence nationale permettant une coordination et une synchronisation des actions de l'ensemble des CPAM,
- coordonner les actions de contrôles pour réduire les délais de traitement interne,
- réduire les délais entre l'action par l'Assurance Maladie et l'action de la police ou de la justice permise par la collaboration étroite avec les services de police/gendarmerie et de justice.

Enfin, l'Assurance Maladie a pu s'appuyer sur les nouvelles dispositions issues de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 : la nouvelle réglementation applicable aux centres de santé permet de mieux armer l'Assurance maladie pour sanctionner les centres suspects de pratiques frauduleuses :

- Un conventionnement explicite à l'accord national des centres de santé est désormais exigé ;

- L'application des tarifs d'autorité aux centres de santé non adhérents à l'accord national ou déconventionnés à la suite d'une sanction (comme c'est déjà le cas chez les professionnels de santé libéraux).

1.3 L'accompagnement des équipes lutte contre la fraude du réseau

Afin de renforcer les compétences des équipes LCF des CPAM et du Service médical, la CNAM a poursuivi le déploiement de son dispositif national de formation et l'accompagnement des organismes.

Les formations sont un levier incontournable face à des mécanismes de fraudes en constante évolution. L'offre de formation est graduée en 3 niveaux depuis 2019 :

- une formation socle pour connaître les bases et la stratégie,
- des formations métiers pour se professionnaliser sur les activités principales,
- des formations avancées pour renforcer des compétences plus techniques.

26 thématiques de formation sont proposées pour développer et renforcer les compétences des collaborateurs LCF selon leur domaine d'activités : détection, investigation, contentieux, pilotage. Ces formations sont à destination aussi bien du personnel administratif que du personnel médical. La mixité du public et des profils des formateurs (CNAM/réseau et administratif/médical) constitue l'un des atouts du dispositif de formations.

En 2022, 67 formations ont été dispensées soit une augmentation de 17 % par rapport à 2021. Le nombre de stagiaires formés est de 947 (contre 911 en 2021).

La CNAM poursuit également ses actions d'animation et de coordination pour accroître l'efficacité des organismes du réseau.

Le 3e cycle des séminaires régionaux, débuté en septembre 2021, s'est poursuivi en 2022 au rythme d'un déplacement par mois et se terminera en mars 2023. Ces séminaires en région sont l'occasion d'échanges entre les acteurs de terrain de chaque région et la CNAM sur la stratégie LCF, les résultats, les programmes de contrôle ou bien encore des sujets d'actualités tant nationales que régionales. En 2022, 12 séminaires ont été réalisés en région réunissant plus de 650 personnes.

À l'initiative de la CNAM ou à la demande du réseau, des accompagnements personnalisés sont par ailleurs proposés aux organismes par la CNAM. Lors de cet accompagnement, un diagnostic commun CNAM / organisme est réalisé en vue de définir une à deux thématiques de travail. En 2022, 4 organismes ont pu bénéficier de cet accompagnement ponctuel.

Lancés en juin 2021, les webinaires thématiques « Inform'flash LCF » sont des rendez-vous mensuels pour échanger en direct avec l'ensemble des collaborateurs du réseau sur des thématiques d'actualités, de nouveaux outils ou des notions nécessitant des compléments d'information. Ainsi, 9 Inform'Flash LCF ont été réalisés réunissant au total plus de 2 700 personnes.

1.4 Des partenariats renforcés

Dans une démarche de prévention de la fraude, le Plan d'actions interministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021-2022 a prévu de renforcer la démarche d'échanges de données entre organismes sociaux et avec d'autres partenaires (services fiscaux, Ministère de l'intérieur...), en particulier sur les processus suivants : immatriculation et identification, contrôle de l'existence et certifications des droits, contrôle de la condition de résidence, contrôle des conditions de ressources.

La CNAM est ainsi associée aux travaux des **Groupes Opérationnels Nationaux Anti-Fraude (GONAF)** rassemblant ministères et organismes de protection sociale, mis en place par la Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude (MICAF). En 2022, de nombreux groupes de travail ont eu lieu : fraude à la résidence, fraude à l'identité, trafics de médicaments onéreux, justice pénale et recouvrement des créances en matière de fraude aux finances publiques, adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique et centre de santé. Ces groupes de travail ont notamment permis :

- au titre de la « fraude à l'identité » : signature d'un protocole le 29 décembre 2021 visant à améliorer les échanges d'informations entre le Ministère de l'Intérieur et les organismes de protection sociale. Ainsi, tout au long de l'année, les services de police et de gendarmerie ont transmis les identités de personnes ayant utilisé de faux documents d'identité. Le traitement de ces fichiers permet aux organismes de protection sociale de vérifier que des prestations ne sont pas indument versées.
- sur l'« adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique », la CNAM a signé le 16 février 2022 une convention avec la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP), précisant les modalités d'utilisation et d'accès à la base Ficovie (Fichier des contrats d'Assurance Vie). Cet applicatif est alimenté en continu par les assureurs notamment sur toutes créations de contrat.
- le groupe de travail relatif aux « Fraudes à enjeux cyber » mis en place le 9 mai 2022 a permis l'échange de RIB frauduleux et de numéros de téléphone suspects entre organismes de protection sociale (OPS). La détection opérée par l'un des OPS « bénéficie » ainsi immédiatement aux autres.

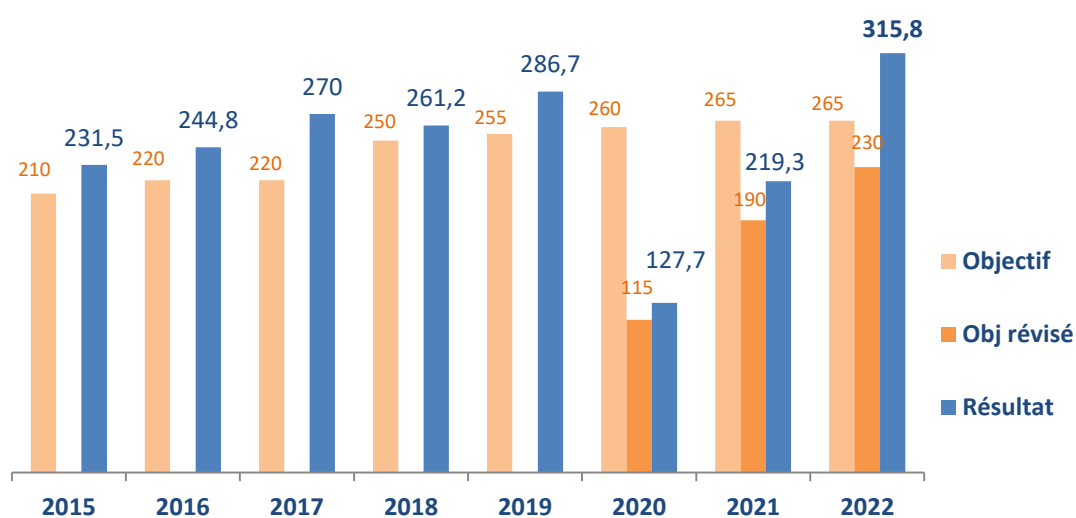
Le développement d'un partenariat de plus en plus efficace avec la police, notamment les offices centraux de police judiciaire et la justice, permet à l'Assurance Maladie d'agir avec réactivité et de voir sanctionner plus efficacement les auteurs de fraudes. Un partenariat étroit a été mis en place avec l'Office central de lutte contre le travail illégal dans les procédures visant les centres de santé. En 2022, les enquêteurs de cet office sont venus à plusieurs reprises à la CNAM pour rencontrer les équipes de la DDAFF afin de faire le point et se coordonner dans le traitement des dossiers

2. Les résultats des contrôles LCF

2.1 Synthèse des résultats LCF

L'Assurance maladie a détecté et stoppé des fraudes et activités fautives à hauteur de 315,8 millions d'euros (+ 30% par rapport à 2021) en 2022, soit le plus haut niveau jamais atteint par l'Assurance Maladie, dépassant les résultats de l'année 2019 qui s'élevaient à 286,7 millions d'euros.

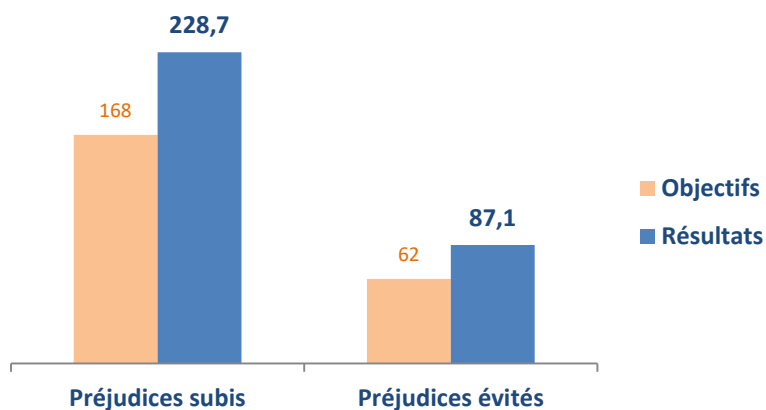
Evolution des objectifs COG et résultats LCF depuis 2015 (en millions d'euros)



L'objectif COG à 230 M€ a été dépassé, à plus de 50,8 M€. Cet objectif avait été révisé suite à la crise sanitaire et à ses impacts en matière de déploiement des contrôles pour les années 2020 à 2022, et notamment la poursuite de la suspension des contrôles T2A en 2022.

La hausse des résultats LCF se traduit autant sur les préjudices subis que sur les préjudices évités.

Répartition du préjudice subis et évité au regard de l'objectif COG 2022 en millions d'euros



Détail des résultats LCF par domaine de contrôle

	Montant du préjudice en 2021	Montant du préjudice en 2022	Evolution 2021/2022
Obtention des droits	15,2 M€	21,1 M€	38,50%
Prestations en espèces	37 M€	35,7 M€	-3,40%
Frais de santé	149,1 M€	226,2 M€	51,70%
Etablissements	18 M€	32,8 M€	82,30%
TOTAL	219,3 M€	315,8 M€	44,00%

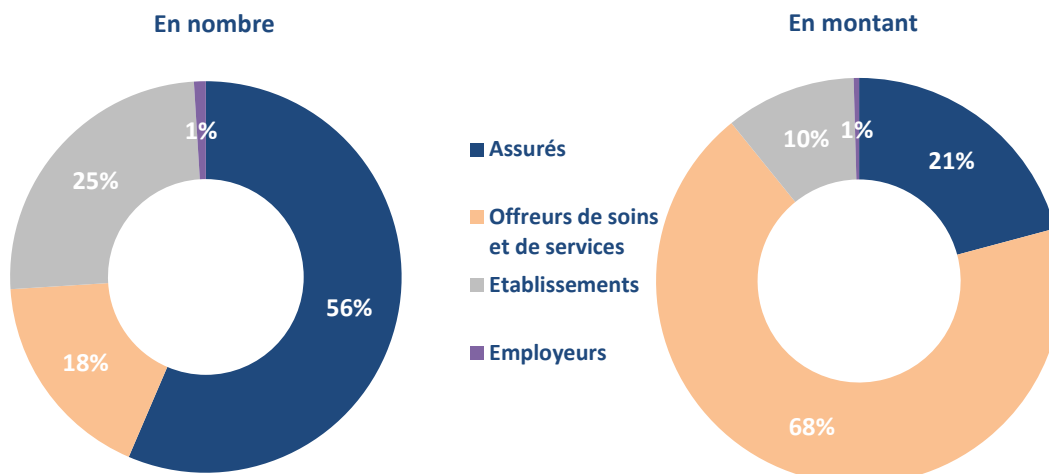
Comme les années précédentes, les frais de santé dégagent le préjudice financier le plus important avec un montant de 226,2 millions d'euros, en augmentation de plus de 51%.

Près des 2/3 de la fraude détectée en montant se concentrent chez les professionnels de santé. En 2022, ce sont les pharmacies qui sont à l'origine du plus gros poste de préjudices LCF du fait de fraudes de grande ampleur sur les tests antigéniques (TAG), notamment des pratiques frauduleuses de facturation de tests non délivrés.

Les fraudes des assurés se concentrent sur l'obtention des droits et les prestations en espèces. Une forte augmentation des préjudices en matière d'obtention des droits a été constatée en 2022, plus 38,5%, principalement due aux programmes de contrôle sur la Protection Universel Maladie (PUMA) ou la Complémentaire de Santé Solidaire (C2S). Les principaux motifs de fraude sont liés au non-respect de la condition de résidence pour la PUMA et à la dissimulation de ressources pour la C2S.

Le montant concerné par les contrôles établissement reste relativement bas au regard des années avant COVID-19 du fait de la suspension depuis des contrôles de la tarification à l'activité (T2A), mais en augmentation par rapport à 2020-2021 du fait de la reprise de nombreux contrôles administratifs.

Nombre et montant de fraudes et activités fautives détectées et stoppées par acteur en 2022



2.2 L'obtention des droits

Montants des fraudes et fautes concernant l'obtention des droits

Montants détectés et stoppés	2021	2022
Droits de base	10,4 M€	16,1M€
Dispositifs d'aides	4,8 M€	5,0 M€
TOTAL	15,2 M€	21,1M€

Les fraudes et fautes relatives aux droits ont augmenté de plus de 38% entre 2021 et 2022.

- **La PUMA**

Le programme national de contrôle LCF sur la PUMA (Protection Universelle Maladie) a été généralisé en 2019 après expérimentation en 2028, et affiné d'année en année. En 2022, de nouvelles requêtes de détection ont été diffusées au réseau améliorant ainsi les résultats. De même, les échanges avec les Consulats et l'exploitation des signalements d'absence de résidence ou de résidence à l'étranger émanant du Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) permettent de renforcer ces contrôles.

L'objectif en 2022 était de contrôler 6 000 dossiers PUMA (contre 4 750 dossiers en 2021). Ce programme a permis de détecter et stopper 11,8 millions d'euros (contre 6,05 M€ en 2021) pour un préjudice moyen par dossier de 7 603 euros en 2022.

- **La Complémentaire de Santé Solidaire (C2S)**

Les préjudices financiers relatifs à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) représentent un total de 4,5 millions d'euros en 2022 (contre 3,9 M€ en 2021). Cette augmentation de résultat s'explique par la hausse du nombre de dossiers à contrôler passant de 18 800 dossiers en 2021 à 25 000 dossiers en 2022. Le préjudice moyen par dossier continue de progresser : 1 305 euros en 2022 , contre 1 243 euros en 2021, ce qui s'explique par les mises à jours annuelles des requêtes de datamining permettant de mieux cibler les dossiers à contrôler. Le principal grief de fraude concerne la dissimulation de ressource lors de la demande de la C2S et vérifié par un droit de communication bancaire.

2.3 Les prestations en espèces

Montants des fraudes et fautes relatives aux prestations en espèces

Montants détectés et stoppés	2021	2022
Indemnités Journalières (IJ)	16,6 M€	12,8 M€
Pensions d'invalidité et rentes	20,4 M€	22,9 M€
Prestations en espèces IJ	37 M€	35,7 M€

- **Les indemnités journalières**

La fraude aux indemnités journalières représente 12,8 millions d'euros en 2022. Les fraudes les plus courantes sont l'usage de faux arrêt de travail, l'usage de faux documents et le cumul d'indemnités journalières avec une activité non autorisée rémunérée.

Les CPAM ont notamment mis en œuvre le programme national LCF sur le cumul IJ avec une activité rémunérée non autorisée. En 2022, un nouveau programme national relatif à la détection de faux avis d'arrêt de travail vendus sur les réseaux sociaux a été diffusé à l'ensemble des CPAM. Même si le montant moyen de ces fraudes est limité (environ 500 € par dossier), la mobilisation de l'Assurance maladie est importante compte-tenu de la visibilité médiatique de ces fraudes. Au total, 5M€ de fraudes sont dues à de faux arrêts, des arrêts falsifiés ou des fausses attestations employeurs, contre 3,5 M€ en 2021.

- **Pensions d'invalidité et rentes**

Près de 23 millions d'euros de préjudices ont été détectés et stoppés en 2022 en matière de prestations en espèces « hors indemnités journalière » contre 20,4 millions d'euros en 2021, intégrant les actions de contrôle sur les prestations suivantes : pensions d'invalidité et rentes accidents du travail.

Un nouveau programme national de lutte contre la fraude sur les rentes et des pensions d'invalidités des conjoints survivants a été déployé en 2022. Ce contrôle, à partir de requêtes de ciblage, a pour but d'identifier les bénéficiaires conjoints survivants qui ne remplissent plus les conditions de maintien de la prestation. Ce programme a permis de détecter 5,2 millions de préjudice et se poursuivra en 2023.

Comme chaque année, le programme national relatif aux rentes et pensions d'invalidité versées à l'étranger a permis de stopper 5,8 millions d'euros contre 5,4 millions d'euros en 2021 : il s'appuie sur des requêtes de ciblage pour détecter les fraudes à l'état civil ou la falsification de justificatifs.

Les fraudes à l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) représentent un préjudice de 1,7 millions d'euros contre 2,4 millions en 2021.

Les préjudices des programmes relevant d'initiatives locorégionales concernant les autres fraudes sur les pensions d'invalidité et rentes accident du travail s'élèvent à 10,2 millions d'euros contre 11,8 millions d'euros en 2021.

2.4 Les frais de santé

Montants des fraudes et fautes relatives aux frais de santé

	2021	2022
Offreurs de soins et de services	138,9 M€	214,3 M€
Assurés	10,2 M€	11,9 M€
Frais de santé	149,1 M€	226,2 M€

Les principaux risques de fraudes constatés chez les professionnels de santé sont de plusieurs ordres :

- La facturation de prestations (actes, séjours ou produits) fictives ou plus coûteuses que celles réellement délivrées,
- La facturation d'actes non médicalement justifiés ou ne respectant pas les conditions de prise en charge de l'Assurance maladie,
- L'usurpation d'identité d'un professionnel de santé pour détourner les remboursements.

L'Assurance maladie a concentré ses actions sur les fraudes à enjeu important (financier, image, santé publique), telles que les fraudes en lien avec les mesures relatives au COVID-19, les centres de santé, ou encore les trafics de médicament. Les résultats financiers sont à la hauteur des objectifs attendus :

- Près de 69 millions d'euros relatif aux fraudes sur le COVID principalement les tests antigéniques,
- Plus de 7 millions d'euros concernant les centres de santé ophtalmologique et dentaire grâce à la mise en place des task force nationales,
- Hausse importante des résultats sur le trafic de médicament 8,5 millions d'euros en 2021 (contre 3,5 M€ en 2021),

Une intensification des actions de contrôle à l'égard des officines

Compte-tenu de l'ampleur des fraudes constatées en 2021, l'Assurance maladie a intensifié ses actions de contrôles à l'égard des pharmacies dès janvier 2022. Ces fraudes portaient sur les tests antigéniques (TAG), recouvrant à la fois des cas de démarchage abusif pour la livraison de TAG aux professionnels de santé et des pratiques frauduleuses de facturation de tests non délivrés. Une coordination nationale des actions de contrôle a été mise en place par la CNAM, en lien avec la

Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude (MICAF) et les offices centraux de gendarmerie (OCLTI, OCLAESP).

Plus de 350 officines ont ainsi fait l'objet d'un contrôle en 2022 et les investigations menées ont permis de confirmer la fraude pour 65 d'entre elles, pour un préjudice financier de plus de 57 M€. Ces fraudes ont donné lieu à de nombreuses suites contentieuses, à savoir 30 actions sur le plan pénal, 10 procédures de pénalité financière, 2 procédures conventionnelles et 21 actions ordinaires.

La poursuite des actions graduées à l'encontre des centres de santé

L'Assurance maladie a poursuivi le déploiement d'actions graduées initiées depuis 2020 à l'encontre des **centres de santé ophtalmologiques**. Un programme d'accompagnement renforcé a été mis en place auprès de 70 centres de santé ayant des pratiques de facturations très atypiques. Des contrôles à visée contentieuse ont été lancés sur la base de ciblage nationaux ou suite à signalements reçus par les CPAM. Une task force, déployée dès la fin 2020, a poursuivi ses actions d'investigations, en lien avec l'OCLTI, sur un réseau de centres de santé : 26 plaintes pénales ont été déposées en 2021-2022 à l'encontre de 12 centres de santé ophtalmologique pour un préjudice de 7,7 millions d'euros.

Pour les **centres de santé dentaires**, plusieurs contrôles de groupements ont été coordonnés par le biais de task-forces nationales. En 2022, 51 contrôles ont été engagés pour des centres dentaires appartenant à 5 groupes différents pour un préjudice financier évalué à 8,5 millions fin 2022. Certains de ces contrôles ont été menés en coordination avec les Agences Régionales de Santé et la Direction Générale du Travail. Par ailleurs, 37 autres centres de santé ont été contrôlés dans le cadre de ciblage issus de Programmes nationaux, notamment des centres récemment ouverts.

Des préjudices liés aux trafics de médicaments en forte hausse

En 2022, l'Assurance maladie a détecté 8,5 millions d'euros de préjudices financiers liés aux trafics de médicaments. Ces trafics s'organisent notamment autour :

- de bandes organisées qui collectent des médicaments obtenus au moyen de fausses ordonnances, par nomadisme médical et pharmaceutique, afin de les revendre à l'étranger,
- du recours aux réseaux sociaux, ce qui permet aux trafiquants de recruter facilement des assurés collecteurs, disposant d'une carte Vitale ou d'une attestation de droit, qui iront chercher les médicaments contre rémunération, dans plusieurs régions du territoire.

L'évolution des modes opératoires des trafics de médicaments impose une réactivité et une adaptabilité des méthodes de détection et de contrôle de l'Assurance Maladie : c'est pourquoi des outils de « mapping » permettant de mettre en exergue les liens entre assurés, pharmaciens et médecins sont désormais utilisés par les Cnam.

2.5 Les établissements

Montants de fraudes et fautes relatives aux établissements

	2021	2022
Etablissements de soins, SSIAD, HAD et EPHAD	18 M€	32,8 M€

Comme en 2021, les contrôles de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé MCO et HAD ont continué d'être suspendus en 2022 compte-tenu de l'impact de la crise sanitaire sur l'activité des établissements en 2021 (année qui aurait été contrôlée en 2022) et de la garantie de financement.

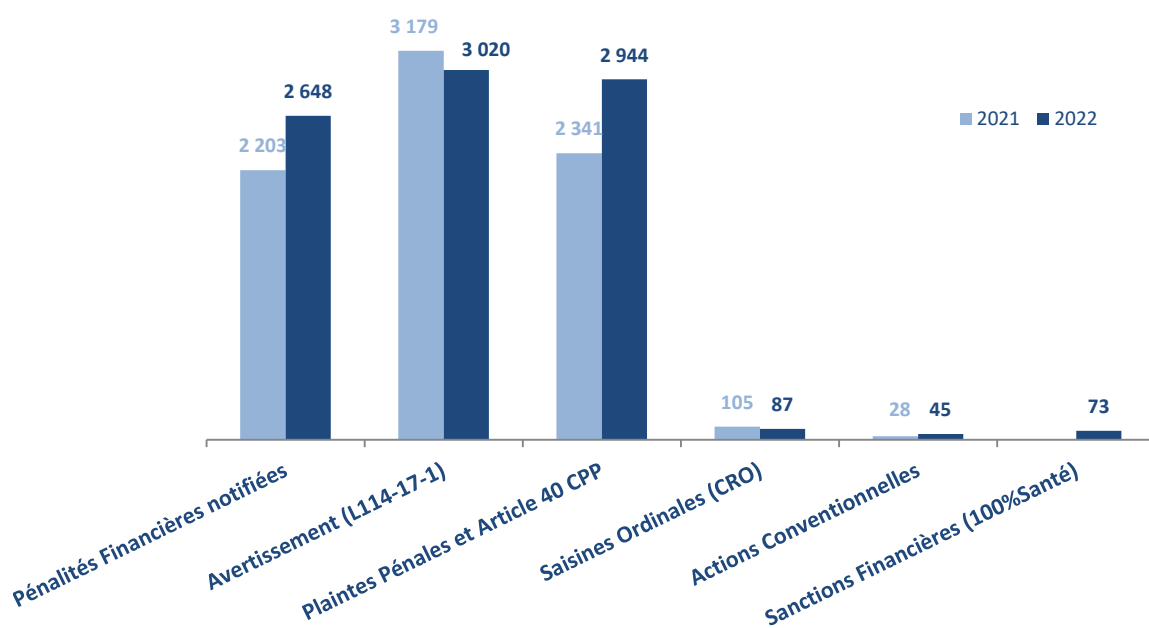
Par contre, les contrôles administratifs des HAD, EHPAD et SSIAD, portant sur la double facturation en soins de ville des prestations réglementairement déjà financées par les forfaits des établissements ont repris en 2022. Ces programmes nationaux ciblent tous les remboursements des prestations et prises en charge effectuées sur l'enveloppe des soins de ville en sus des forfaits, pour l'ensemble des établissements, quel que soit leur statut juridique public ou privé. Compte-tenu de l'impact de la crise sanitaire sur l'activité des structures, le périmètre des contrôles a été adapté aux mesures tarifaires dérogatoires mises en place notamment du 1er janvier au 1er juin 2021. Les actes en rapport avec la Covid-19 ont également été exclus du périmètre de contrôle.

A fin décembre 2022, 12,1 millions d'euros de préjudice financier ont été valorisés pour le contrôle des HAD, 8,6 M€ sur les EHPAD, et 5,1 M€ sur les SSIAD.

3. Les actions contentieuses

Pour sanctionner les auteurs de fraudes à la hauteur de la gravité des faits avérés, l'Assurance Maladie a continué à déployer en 2022 l'ensemble des actions contentieuses dont elle dispose juridiquement.

Dénombrement des suites contentieuses mises en œuvre par types d'actions entre 2021 et 2022



L'Assurance Maladie est amenée à choisir les suites contentieuses les plus appropriées en fonction, notamment, de la nature et de la gravité des griefs, du montant du préjudice subi et/ou évité et de l'impact recherché. A total, **8 817 actions contentieuses ont été engagées en 2022** (7 857 en 2021 soit une augmentation de 11%).

Les sanctions administratives, comprenant les avertissements et les pénalités financières, représentent 64% des actions contentieuses mises en œuvre par l'Assurance Maladie en 2022.

3.1 La procédure de pénalité financière

L'Assurance Maladie a continué à mettre en œuvre la procédure des pénalités financières, sanction la plus appropriée dans la majorité des cas d'activités fautives voire frauduleuses : **2 648 pénalités financières** (contre 2 203 en 2021) ont été prononcées par les Directeurs des organismes du réseau, ce qui montre une reprise significative de cette activité en 2022.

En prévention de la récidive, les Caisses ont adressé 3 020 avertissements relevant de l'article L.114-17-1 du CSS (contre 3 179 en 2021). Ces avertissements sont importants pour dissuader les acteurs

de réitérer des actions répréhensibles. En cas de récidive dans les 3 ans, ils permettent de prononcer une pénalité dont le montant maximum est doublé (Art. R-147-5 III du CSS).

Le montant cumulé des pénalités financières notifiées s'élève à 16 millions d'euros (8 M€ en 2021). Si en nombre plus des trois quarts des pénalités financières se rapportent à des assurés, en montant, plus des deux tiers sanctionnent des offreurs de soins et de services.

En 2022, la répartition des procédures de pénalités financières par qualification (fraude, faute, mixte) est similaire à celle de l'année 2021, avec une large majorité de procédure engagée pour prononcer des pénalités au titre de la fraude (70%).

Le montant moyen d'une pénalité financière notifiée à un assuré est de 1 433 euros et concerne principalement des dossiers de faux avis d'arrêt de travail, fausses ordonnances, et exercice d'une activité non autorisée et rémunérée pendant un arrêt de travail indemnisé.

Le montant moyen de la pénalité financière notifiée à un offreur de soins et service est de 38 632 euros avec une médiane à 5 000 euros, principalement suite à la réalisation d'un contrôle d'activité.

3.2 La voie pénale

Les actions pénales des caisses (plaintes pénales et signalements article 40 du Code de procédure pénale) représentent 33% du total des actions contentieuses.

- **Le dépôt de plaintes**

L'augmentation du nombre de dépôt de plaintes pénales (1 528 en 2022 contre 1 259 en 2021) ainsi que du nombre de signalements article 40 (plus de 1 400 en 2022 contre moins de 1 100 en 2021) est liée aux fraudes se rapportant au COVID 19 (fausses facturations de délivrance de TAG à des professionnels de santé par des pharmacies, attestations frauduleuses de vaccination) et aux fraudes émergentes via les réseaux sociaux (faux avis d'arrêts de travail, fausses ordonnances...). Le préjudice moyen réclamé par affaire pénale dans les plaintes est de 64 136 € en 2022 (46 879 € en 2021).

- **Les sanctions prononcées**

En 2022, les juridictions pénales ont prononcé 273 condamnations (contre 262 en 2021). Parmi ces condamnations, 165 comportent une peine de prison (180 en 2021). Le nombre total de jours de prison prononcés est de 74 076 jours, dont 28 332 jours de prison ferme et 45 744 jours de prison avec sursis.

4.3 La voie ordinale

- **Les saisines ordinales**

En 2022, le nombre de plaintes ordinales déposées, en 1^{ère} instance, par l'Assurance Maladie devant la Section des assurances sociales (SAS) d'un Conseil régional d'un Ordre (87) a légèrement diminué par rapport à 2021 (105).

- **Les décisions ordinales**

En 2022, les juridictions ordinales régionales ont rendu, en 1^{ère} instance, 101 décisions (102 en 2021). Il faut signaler que ces décisions ont donné lieu à la sanction du reversement du trop remboursé pour un montant de 1,9 millions d'euros en 2021 (1,1 millions d'euros en 2021). Les Conseils Nationaux des Ordres ont rendu quant à eux, le plus souvent en appel, 57 décisions (71 en 2021) avec la sanction du reversement du trop remboursé d'un montant de 0,5 millions d'euros en (1,9 million d'euros en 2021).

En 2022, 85% des décisions prononcées par les Ordres sont des Interdictions de Donner des Soins aux Assurés Sociaux (IDSAS) avec une durée d'interdiction qui est le plus souvent comprise entre un et six mois, généralement accompagnée d'un sursis partiel. Cette proportion est globalement stable par rapport à l'année 2021 (86%).

- **Les signalements aux ordres**

En 2022, l'Assurance Maladie a adressé aux Conseils de l'Ordre des professionnels de santé 315 signalements (138 en 2021) au titre de l'article L.162-1-19 du Code de la Sécurité sociale, concernant principalement des médecins (70%) et des infirmiers (15%).

La pratique dangereuse constitue le principal motif de signalements à l'Ordre concernant des faits susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé. Plusieurs signalements article L.162-1-19 du CSS ont concerné des pratiques médicales non conformes dans la prise en charge de malades souffrant d'autisme, de maladie de Lyme ou du COVID-19.

4.4 La procédure conventionnelle

En 2022, 45 actions conventionnelles ont été engagées par l'Assurance Maladie à l'encontre de professionnels de santé (28 en 2021). 33% des procédures concernent des taxis et 27% des infirmiers. Deux centres de santé dentaires ont fait l'objet d'une procédure de déconventionnement (déconventionnés début 2023).

72% des actions conventionnelles engagées se sont traduites par le prononcé d'une décision de déconventionnement.

4. Le recouvrement des indus frauduleux et des pénalités financières

L'indicateur du taux de recouvrement des indus frauduleux a pour objectif de mesurer le recouvrement effectif des indus fraudes et activités fautives (hors annulations) à N+4 de leur constat. Ainsi, l'exercice 2022 a permis le suivi des créances enregistrées par les CPAM et les CGSS sur l'exercice 2018.

Recouvrement des indus frauduleux (fautes et fraudes)

	2021	2022	Variation en %
Montant des créances émises	129 991 135,47 €	147 681 744,59 €	13,61%
Taux de recouvrement fautes/fraudes	52,24%	49,39%	

Les constats de créances frauduleuses augmentent d'un plus de 18 M€ en 2022. La répartition interne aux indus frauduleux reste stable entre 2021 et 2022 avec des augmentations observées sur les trois typologies de créances :

- T2A : plus de 3 M€ (+ 13 %),
- EHPAD : plus de 2 M€ (+ 33%),
- Fraude : plus de 13 M€ (+ 13 %).

Après une légère augmentation au 31/12/2021 (+ 1,8 point), le taux de recouvrement 2022 (sur les constats après 4 ans, soit 2018) a baissé de 2,85 points au 31/12/2022 (49,39 %).

Les recouvrements ne connaissent pas une dynamique similaire à celle observée sur les constats (+ 18 M€ de constats supplémentaires entre 2021 et 2022 contre 5 M€ seulement de recouvrements sur la même période), ce qui dégrade de fait le taux de recouvrement entre les deux exercices.

Le recouvrement sur ce type d'indus intervient principalement sur les 4^{ème}, 5^{ème} voire 6^{ème} années soit bien plus tardivement que ceux des indus sur prestations classiques. La suspension des audiences liées à la crise sanitaire a retardé les décisions prises sur de nombreux dossiers à fort enjeu financier et un report sur les exercices postérieurs à 2022 est donc inévitable en termes de recouvrement.

De même, le recouvrement des indus T2A, qui participe normalement, à la stabilité du taux du taux de recouvrement perd également 11 points entre les deux exercices compte tenu de dossiers contestés par les établissements et là aussi en cours de jugement.

Recouvrement des pénalités financières prononcées (hors T2A)

	2021	2022	Variation en %
Montant des créances émises	13 289 646,08 €	18 295 227,30 €	37,67%
Taux de recouvrement fautes/fraudes	71,33%	78,30%	

Les pénalités financières sont, elles, recouvrées plus rapidement que les dossiers ouverts pour fraudes ou fautes : les constats de créances réalisés sur l'année 2018 sont principalement recouverts sur les deux ou trois années qui suivent (soit 2019, 2020 et 2021).

Ainsi, le taux de recouvrement observé au 31/12/2022 a fortement augmenté entre les deux exercices pour atteindre 78,30 % contre 71,33 % l'année passée (+ 6,97 %) ; et cela malgré une nette augmentation du total de pénalités financières notifiées aux redevables fraudeurs (+ 5M€ entre 2021 et 2022).