

# Bilan 2021

---

## de la politique de lutte contre la fraude et les activités fautives

**ETABLI PAR  
L'ASSURANCE MALADIE**

**Conformément à l'article L.114-9  
du code de la Sécurité sociale**

## Sommaire

---

Chiffres clés	p. 3
Faits marquants	p. 4
Edito	p. 5
Introduction	p. 6
Partie 1 – La stratégie de lutte contre la fraude	p. 7
Partie 2 – Les résultats	p. 22
Annexes	p. 48

**12 977**

dossiers contrôlés  
qualifiés de fraudes ou  
activités fautives

**16 899**

euros  
montant moyen  
d'une fraude à  
l'Assurance Maladie

**219,3**

millions d'euros  
de préjudices détectés et stoppés

**7 857**

Actions contentieuses  
réalisées

**2 341**

Actions pénales  
engagées

**8 millions**

d'euros  
de pénalités prononcées

**911**

Stagiaires  
aux formations LCF

## Faits marquants 2021

---

### Février

**Participation au COPIL interministériel de lutte contre la fraude (LCF)** organisée par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

### Avril

**Rencontre avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)** sur la lutte contre la fraude

### Juin

**Dépôt des 1<sup>ères</sup> plaintes pénales contre les centres de santé ophtalmologiques d'un même groupe**

### Août

Mise en place d'une **cellule nationale de traitement des réquisitions aux fraudes aux passes sanitaires** et déploiement des contrôles par les organismes locaux

### Octobre

**1<sup>ers</sup> résultats des travaux sur évaluation de la fraude à la C2S et IDE**

### Mars

**6 webinaires LCF interrégionaux** relatifs aux impacts de la crise sanitaire sur les activités LCF

### Mai

**Echanges avec les organismes de sécurité sociale, Pole Emploi et l'Insee** sur les méthodologies d'évaluation de la fraude

### Juillet

**Rencontre entre la DGFIP et l'Assurance Maladie** concernant la mise en place du fichier des contrats d'assurance Vie (Ficovie)

### Septembre

**Lancement du 3<sup>ème</sup> cycle des séminaires régionaux LCF à Marseille**

### Décembre

**Signature du protocole d'échange** entre la Mission interministérielle de coordination anti-fraude, le ministère de l'intérieur, les organismes de protection sociale et la DSS.

**Détection et dépôt de plaintes pénales pour des fraudes massives de facturation de tests antigéniques** non délivrés aux professionnels de santé



En 2021, les équipes de l'Assurance Maladie ont poursuivi leur mobilisation dans la lutte contre les activités frauduleuses et abusives malgré le contexte sanitaire. L'objectif national de préjudice financier révisé, fixé à 190 millions d'euros, a pu être dépassé, avec 219,3 millions d'euro de préjudices détectés et stoppés.

Grâce à la mobilisation de nos collaborateurs, les résultats de la lutte contre la fraude retrouvent en 2021 un niveau équivalent d'avant crise COVID-19 (hors contrôles T2A et Ehpad qui ont été suspendus du fait de la crise sanitaire).

Suite à l'apparition de nouveaux risques de fraudes liés à la mise en place de mesures ou dispositifs spécifiques liés à la pandémie, l'Assurance Maladie a déployé de nouvelles actions de contrôle notamment sur les tests antigéniques et **les fraudes aux attestations de vaccination.**

En 2021, les caisses d'assurance maladie se sont également fortement mobilisées dans le contrôle des centres de santé ophtalmologiques et dentaires, avec la mise en place de task-forces nationales permettant d'être plus réactif et efficient dans la conduite de ces opérations.

Au-delà de la gestion de crise, la Cnam s'est fortement engagée dans les travaux d'évaluation chiffrée de la fraude, étapes structurantes pour déterminer les priorités de la stratégie de lutte contre la fraude et ainsi optimiser la détection et les actions futures: Ces travaux initiés sur la C2S et les Infirmiers libéraux se poursuivront tout au long de l'année 2022 pour couvrir les principaux champs de dépenses de l'Assurance Maladie.

La stratégie globale de contrôle et de lutte contre les fautes et abus s'est aussi pleinement inscrite comme un axe dédié du programme de rénovation de la gestion du risque « Rénov'GDR » pour déterminer les nouvelles orientations. La mise en place début 2022 de la Direction Déléguée de l'Audit, des Finances et de la lutte contre la Fraude (DDAFF), qui regroupe l'ex Direction Déléguée des Finances et de la Comptabilité (DDFC) et l'ex Direction de l'Audit, du Contrôle-Contentieux et de la Répression des Fraudes (DACCRF), aura notamment pour objectif de renforcer la coordination des actions de contrôle et de lutte contre la fraude.

L'année 2021 a aussi été l'occasion de renforcer les partenariats dans le domaine de la lutte contre la fraude, en participant pleinement aux groupes de travail pilotés par la Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraudes et en lançant des actions de contrôle en lien avec les offices centraux de police judiciaire et la justice.

Enfin, la professionnalisation de nos collaborateurs demeure une priorité : maîtriser l'ensemble des étapes du processus de contrôle et de lutte contre la fraude est un gage d'efficacité de nos actions et doit aussi permettre d'être réactif face aux nouveaux risques auxquels l'Assurance Maladie est confrontée.

**Thomas Fatôme**, directeur général  
de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie

A stylized blue ink signature, likely of Thomas Fatôme, consisting of a large 'T' and a horizontal line.

## Introduction

---

Le bilan 2021 de lutte contre la fraude et les activités fautives de l'Assurance Maladie est établi en application de l'article L.114-9 du Code de la Sécurité sociale et conformément à l'arrêté du 24 juillet 2019 fixant le contenu et le calendrier de la synthèse prévue à cet article.

La première partie présente tout d'abord la stratégie de lutte contre la fraude mise en œuvre tout au long de l'année 2021 qui a été fortement impactée par la prolongation des mesures sanitaires liées à l'épidémie de Covid-19 et ses impacts sur l'activité des organismes locaux.

Les différentes composantes de la stratégie de l'Assurance Maladie sont décrites dans cette première partie : priorisation des actions de lutte contre la fraude, techniques de détection, programmes nationaux, principaux travaux menés en matière d'évaluation chiffrée de la fraude.

Le pilotage de la lutte contre la fraude est également abordé au travers de la professionnalisation et l'animation du réseau ainsi que les partenariats externes.

La seconde partie de ce rapport présente les principaux résultats en matière de contrôles, d'actions contentieuses et de recouvrement des indus.

Les annexes reprennent l'ensemble des tableaux détaillés et les annexes obligatoires prévues par l'arrêté du 24 juillet 2019.

FOCUS	Les préjudices liés à la fraude
<b><u>Enjeux financiers</u></b> <p>Les résultats de la lutte contre la fraude sont mesurés chaque année par le montant des préjudices financiers liés aux fraudes et activités fautives détectées par l'Assurance Maladie. Cet indicateur comporte deux sous-ensembles : préjudice subi et préjudice évité.</p> <p>Le préjudice subi correspond aux sommes indues payées par l'Assurance Maladie et détectées au titre de la lutte contre la fraude.</p> <p>Le préjudice évité correspond aux montants remboursables dont l'action de l'organisme a permis d'empêcher le paiement indu et/ou de modifier un comportement déviant.</p> <p>Pour compléter ces indicateurs, l'Assurance Maladie a entamé en 2020 des travaux relatifs à l'évaluation chiffrée de la fraude qui prennent en compte l'étendue du domaine de contrôle concerné et la multiplicité des prestations servies.</p> <b><u>Enjeux d'image</u></b> <p>Dans certaines circonstances, le comportement frauduleux, l'activité fautive ou l'activité abusive peuvent porter atteinte à l'image de l'organisme ou de l'Assurance Maladie : il s'agit alors d'une forme de préjudice moral qui peut donner lieu à une réparation civile (devant les juridictions civiles ou répressives).</p>	

## Partie 1. La stratégie de la lutte contre la fraude

<b>1.1 Une priorisation des actions de lutte contre la fraude adaptée aux nouveaux risques identifiés</b>  1.1.1 La lutte contre la fraude intégrée dans une démarche globale de contrôle 1.1.2 La stratégie et la priorisation des actions LCF en 2021	<b>p.8</b>
<b>1.2 Une meilleure évaluation des risques de fraude</b>  1.2.1 La cartographie des risques 1.2.2 L'évaluation chiffrée de la fraude	<b>p.12</b>
<b>1.3 La professionnalisation et l'animation du réseau pour renforcer la performance collective</b>  1.3.1 Le dispositif de formation LCF 1.3.2 L'animation du réseau	<b>p.15</b>
<b>1.4 Les actions partenariales et les échanges de données, leviers incontournables de la LCF</b>  1.4.1 Les partenariats nationaux 1.4.2 Les partenariats internationaux	<b>p.17</b>
<b>1.5 Les dernières évolutions réglementaires et jurisprudentielles</b>  1.5.1 Les nouveautés de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2021 1.5.2 La jurisprudence significative en 2021	<b>p.19</b>

## 1.1 Une priorisation des actions de lutte contre la fraude adaptée aux nouveaux risques identifiés

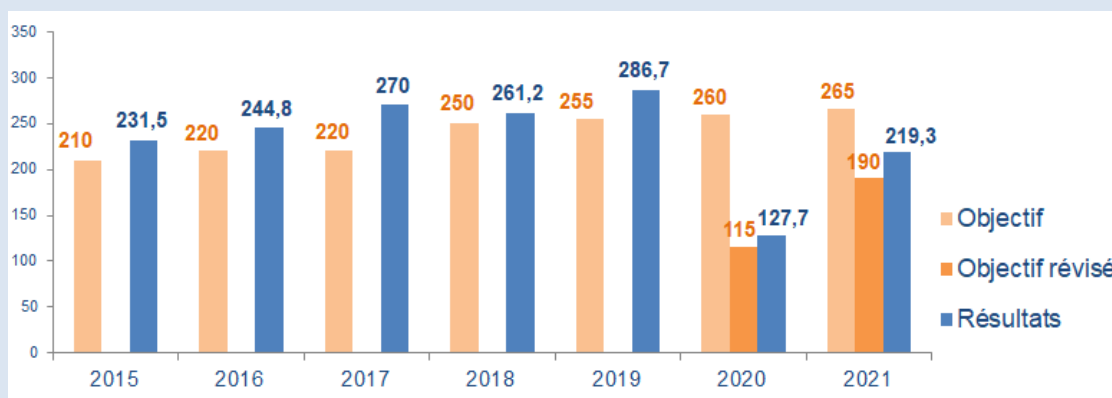
### FOCUS

### Les objectifs de la COG 2018-2022

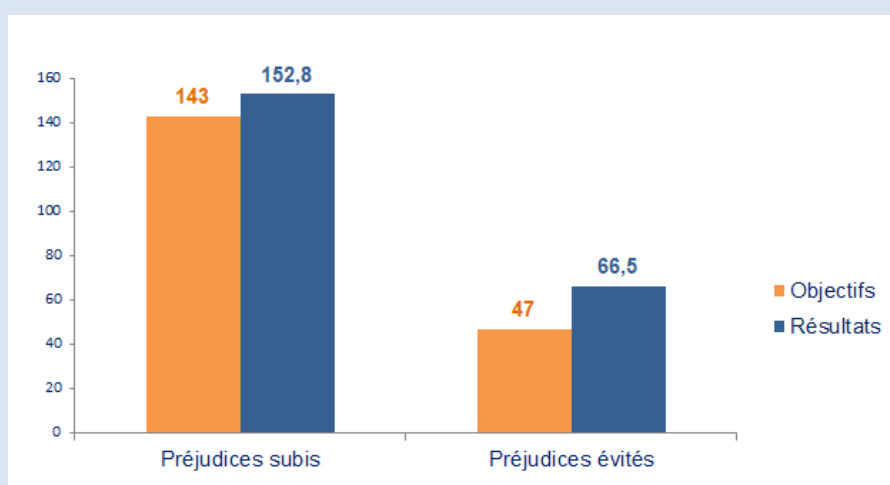
Sur la COG précédente (2014-2017), l'Assurance Maladie a détecté et stoppé plus de 942 millions d'euros de préjudices. L'Assurance Maladie s'était engagée sur la durée de la nouvelle COG (2018-2022) à détecter et stopper un préjudice total de 1,295 milliards d'euros.

En 2021, compte tenu des impacts de la crise sanitaire COVID-19 sur l'activité des organismes d'Assurance Maladie, l'objectif initial de 265 millions d'euros a été révisé à hauteur de 190 millions d'euros. Au final, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé 219,3 millions d'euros de préjudices (soit 115% de taux de réalisation), malgré la suspension des contrôles externes de la tarification à l'activité (T2A) et sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**Graphique** – Evolution des montants des objectifs COG et résultats obtenus depuis 2015 en millions d'euros



**Graphique** – Répartition du résultat entre préjudices subis et préjudices évités au regard de l'objectif COG 2021 révisé en millions d'euros





### 1.1.1 La lutte contre la fraude intégrée dans une démarche globale de contrôle

La lutte contre la fraude fait partie intégrante d'un dispositif d'actions d'accompagnements et de contrôles pour s'assurer de la bonne attribution des droits, du paiement à bon droit des prestations, des remboursements de soins aux assurés et des règlements de factures aux professionnels de santé.

Ce dispositif comprend d'abord des vérifications systématiques des demandes de prise en charge des frais de santé afin de filtrer les anomalies de facturation en fonction de leur niveau de risque et de la nécessité d'une intervention humaine dans leur traitement. Un ensemble de contrôles préalables permet ensuite de prévenir les risques d'erreurs mais également les risques de fraude. Ces contrôles sont largement automatisés au sein de systèmes d'informations qui traitent des flux massifs de données et filtrent les anomalies.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie cherche également à renforcer ses actions au travers d'une démarche graduée. Celle-ci consiste dans un premier temps à mettre en œuvre des campagnes d'informations et d'actions d'accompagnements des professionnels de santé dans le cadre de la maîtrise des risques afin de veiller à la bonne application de la règle. A l'issue de ces actions d'accompagnements, la lutte contre la fraude au sein de l'Assurance Maladie intervient en concevant et en déployant des programmes nationaux de contrôles contentieux ou des actions locorégionales, en lien étroit avec les actions de maîtrise médicalisée et les contrôles ciblés.

La pertinence et la cohérence des plans d'accompagnements et de contrôles par acteurs ou prestations se renforcent chaque année depuis 2018 grâce à l'association de l'ensemble des intervenants (ordonnateur, comptable, service médical) à la stratégie globale de gestion du risque définie au niveau national puis déclinée au niveau régional et local.

Fin 2020, un projet de rénovation de la Gestion des Risques (GDR) a été lancé au sein de l'Assurance Maladie incluant les activités de lutte contre la fraude. Les travaux ont permis de définir 11 axes de transformation se déclinant en plusieurs dizaines de chantiers opérationnels.

Les actions LCF relèvent de l'axe 11 « Contrôle et lutte contre les erreurs de facturation, les abus et la fraude » dont l'objectif est de renforcer la lutte contre les erreurs, les fraudes et les abus en interrogeant et optimisant les méthodes de détection, les actions de prévention et de contrôles.

En 2021, les travaux et les premières réalisations ont porté sur la généralisation du dispositif d'accompagnement des infirmiers nouvellement installés sur l'ensemble du territoire national, l'identification d'un top 15 des anomalies et les premières évaluations chiffrées de la fraude sur C2S et IDE. Des travaux ont également été lancés pour renforcer les actions de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre les trafics de médicaments.

Dans le cadre de l'organisation générale du Système de Management Intégré (SMI), le processus Lutte contre la Fraude (LCF) identifié dans la cartographie nationale de l'Assurance Maladie, fait l'objet d'un Référentiel National de Processus (RNP). Le RNP vise à améliorer l'efficacité du processus en le structurant de façon plus complète et homogène afin d'augmenter la capacité de lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie, ses résultats et leur homogénéité. Il intègre la partie détection et la partie investigation.

Après une phase d'appropriation qui s'est déroulée sur l'année 2020, l'ensemble des dispositifs de maîtrise du RNP est opposable depuis le 1er janvier 2021. Pour compléter le RNP déjà diffusé, les parties relatives aux décisions et suivis de nature contentieuse ont été élaborées en 2020 et mises à disposition du réseau au cours du 2<sup>nd</sup> trimestre 2021.

### 1.1.2 La stratégie et la priorisation des actions LCF en 2021

Dans le contexte de pandémie de la COVID-19, les actions de contrôles contentieux ont été priorisées selon la disponibilité des équipes au cours des différentes périodes de l'année 2021, dont une partie est restée mobilisée sur les activités de contact tracing, mais aussi en fonction des nouveaux risques identifiés en lien avec les mesures mises en place dans le cadre de la crise sanitaire. Le plan de continuité d'activité (PCA) de l'Assurance Maladie a été levé en septembre 2021 et a permis une reprise complète des activités.

La poursuite de l'activité LCF s'est ainsi organisée en 2021 en fonction :

- des difficultés à mener des investigations de terrain ou à pouvoir convoquer des tiers durant les périodes de confinement,
- des conséquences de la crise sanitaire sur l'activité des professionnels de santé et des établissements de santé qui ont entraîné l'annulation ou le report de certains programmes nationaux : abandon de la campagne 2021 de contrôles T2A et report en fin d'année 2021 du lancement du programme de mise sous objectifs ou accord préalable des médecins forts prescripteurs d'indemnités journalières (IJ).

**Tableau - Programmes nationaux lancés en 2021**

2 programmes	6 programmes	9 programmes	1 programme
Obtention des droits	Prestations en espèces	Frais de santé <i>dont 3 en lien avec la Covid-19</i>	Etablissements de santé (HAD)

L'Assurance Maladie a poursuivi la mise en œuvre de la stratégie de priorisation des programmes nationaux LCF engagée depuis 2019, avec la **diffusion en juin 2021 d'un 1<sup>er</sup> plan national bisannuel 2021/2022 de lutte contre la fraude**.

Les priorités nationales présentées dans ce plan sont construites à partir des chantiers du plan d'actions interministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021/2022 de la Direction de la Sécurité sociale. Elles intègrent également les nouvelles fraudes liées à la crise sanitaire et suivent les recommandations issues des rapports parlementaires relatifs à la lutte contre la fraude publiés à l'automne 2020.

L'accent est mis sur l'évaluation de la fraude, le renforcement des échanges de données entre organismes, le déploiement de programmes nationaux à visée dissuasive sur les nouveaux droits ou nouvelles prestations et la mise en place de sanctions plus lourdes envers les fraudeurs.

Ces axes prioritaires d'actions LCF s'appuient sur la modélisation de nouveaux modes opératoires de fraudes à fort enjeu financier repérés en région, mais également sur le renforcement des actions de lutte contre les fraudes complexes, notamment en bande organisée.

Ainsi, après avoir repéré en région des atypies de facturation (actes fictifs, surfacturations) dans les pratiques de plusieurs **centres de santé ophtalmologiques** d'un même réseau, l'Assurance Maladie s'est fortement mobilisée et a mis en œuvre des contrôles simultanés de ces centres implantés sur l'ensemble du territoire. Cette action de contrôle a été pilotée par une task force nationale qui combine une équipe nationale et des experts de la lutte contre la fraude de terrain. Cela facilite l'anticipation, l'organisation des contrôles et la centralisation des investigations et des suites contentieuses.

Avec des objectifs similaires, l'Assurance maladie a déployé en fin d'année 2021 une nouvelle task force sur un **réseau de centres de santé dentaire** avec pour objectif de rechercher tout type d'anomalie et suspicion de fraudes (facturation d'actes fictifs, facturations multiples injustifiées, incompatibilités de prise en charge, etc.). Cette nouvelle action vient en complément des contrôles déjà mis en place depuis 2018 vis-à-vis des centres de santé dentaire nouvellement créés : ceux-ci font en effet l'objet d'un suivi annuel et, en cas de besoin, de contrôles avec pour objectif d'intervenir rapidement afin de ne pas laisser le temps aux pratiques, notamment frauduleuses, de s'installer.

A partir de juin 2021, l'Assurance Maladie a également été fortement mobilisée sur les **fraudes aux passes sanitaires** (cf. focus ci-après: Les fraudes en lien avec la crise sanitaire COVID-19).

Enfin, l'Assurance Maladie reste très engagée dans la lutte contre les fraudes à fort enjeu, avec la mise en place de nouveaux programmes nationaux lancés en 2021 :

- les centres de santé ophtalmologique et orthoptique
- les trafics de médicaments onéreux
- les fraudes sur les pansements
- la chirurgie à « 4 mains »

L'apparition de nouvelles fraudes liées aux mesures dérogatoires et dispositifs déployés en lien avec la gestion de la pandémie a conduit au lancement de plusieurs actions nationales de contrôle (4,2 millions d'euros de préjudices détectés et stoppés en 2021).

A partir de juin 2021, l'Assurance Maladie a été fortement sollicitée sur les **fraudes aux passes sanitaires** concernant :

- l'analyse de ses bases de données et le traitement des nombreux signalements pour alerter le Parquet et les Ordres professionnels de situations faisant suspecter des situations de fraudes, avec **239 actions engagées** : 158 signalements au titre de l'article 40 auprès du Parquet, 69 plaintes pénales et 9 signalements à l'Ordre concernant au total plus de 800 personnes.
- la contribution aux enquêtes de police et de gendarmerie, par le traitement des réquisitions reçues : **645 réquisitions reçues et traitées** concernant 51 723 assurés, 371 professionnels de santé et 20 centres de vaccination au sein de quasiment toutes les régions et 82 départements.

En matière de **Tests Antigéniques** (TAG), l'Assurance Maladie a repéré dès la fin 2020 des pratiques abusives de délivrance de TAG par certaines pharmacies et a réalisé de premiers signalements au Parquet et à l'Ordre des pharmaciens en décembre 2020 et janvier 2021. Les bases de données de l'Assurance Maladie ont ensuite fait l'objet d'une surveillance régulière tout au long de l'année, avec des contrôles ciblés. Des fraudes importantes avec des pratiques frauduleuses de facturation de TAG non délivrés aux PS ont été détectées à l'automne 2021, avec de nombreuses enquêtes en cours en fin d'année par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

## 1.2 Une meilleure évaluation des risques de fraude

L'analyse des risques est la première étape du processus LCF et a pour mission d'identifier les risques de fraude auxquels l'Assurance Maladie est exposée et d'en analyser leurs impacts.

Chaque année, l'analyse des risques constitue ainsi la base sur laquelle la stratégie globale en matière de maîtrise médicalisée et de fraude s'appuie pour élaborer :

- en amont, des actions de maîtrise médicalisée ou des actions de contrôle sur la prise en charge des frais de santé
- en aval, des programmes de contrôle efficaces et adaptés

La fraude étant mouvante avec des modes opératoires de fraudes de plus en plus complexes, il est nécessaire de mener une détection proactive en utilisant tous les outils et techniques à la pointe de la technologie tels que le Big Data, les modélisations machine learning et le data mining.

Le machine learning ou apprentissage automatique est la principale technique de l'Intelligence Artificielle qui consiste à construire des algorithmes à partir de base d'apprentissage et de test pour leur permettre de faire des prédictions.

En 2021, de nouvelles modélisations machine learning de détection de fraude ont été explorées sur la thématique des dispositifs médicaux.

L'utilisation de ces différents types de modélisations pour l'analyse des dépenses de santé des bénéficiaires offre une nouvelle approche et permet d'aboutir à un ciblage encore plus efficient en complément des méthodes actuelles de détection de fraude.

### 1.2.1 La cartographie des risques

L'étude des données de l'Assurance Maladie permet la réalisation de cartographies de risques relatives aux tarifications, facturations et versements de prestations des différents acteurs de santé.

La Cnam élabore chaque année deux à trois cartographies des risques LCF. Depuis 2018, huit cartographies ont été mises à disposition des organismes locaux : établissements T2A, ex- couverture maladie universelle complémentaire (ex-CMU-c) / 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 2021, des travaux de cartographies ont été engagés sur les Prestataires de Soins et de Dispositifs Médicaux (PSDM) et la protection universelle maladie (Puma), pour une diffusion au réseau en 2022.

Ces cartographies sont ensuite utilisées dans l'élaboration des programmes de contrôles nationaux. Elles s'articulent également avec les travaux sur l'évaluation chiffrée de la fraude.

### 1.2.2 L'évaluation chiffrée de la fraude

Les travaux lancés fin 2020 sur l'évaluation chiffrée de la fraude se sont poursuivis en 2021. Disposer d'une connaissance plus fine des risques de préjudices financiers auxquels l'Assurance Maladie est confrontée, constitue un enjeu majeur afin de mieux prioriser les actions de lutte contre les fraudes et activités fautives. Ces travaux s'inscrivent dans la suite des rapports parlementaires et de la Cour des comptes de septembre 2020 sur les fraudes aux prestations sociales qui ont relevé le constat de difficultés à évaluer la fraude sociale.

Au cours du premier semestre 2021, la Cnam a ainsi finalisé son benchmark auprès des autres branches de la Sécurité sociale (CNAF, CNAV, URSSAF Caisse nationale), la CCMSA, Pôle Emploi, l'Insee et de ses partenaires européens, notamment allemands et anglais, relatif aux méthodologies déjà expérimentées en la matière.

La deuxième étape de ces travaux a été lancée au printemps 2021 afin de réaliser de premières estimations de la fraude. Compte tenu des spécificités du système d'assurance maladie (diversité des prestations versées, multitude d'acteurs, règles de facturation propres à chaque acteur), la Cnam a fait le choix de ne pas calculer un taux global de préjudice financier mais de procéder par catégorie d'acteurs ou de prestations.

Les travaux d'évaluation de la fraude se sont appuyés sur les résultats des actions de contrôle et notamment sur les préjudices financiers déjà connus issus des contrôles ciblés et des contrôles de lutte contre la fraude et les activités fautives. Ainsi l'année 2021 a permis à l'Assurance Maladie de produire des premières évaluations chiffrées de la fraude à la C2S et sur les dépenses de soins infirmiers.

**L'évaluation de la fraude à la C2S** a été réalisée à partir des données issues des contrôles conduits par les CPAM dans le cadre du programme national de contrôle-contentieux CMU-C / C2S par tirage aléatoire des dossiers (10 700 dossiers tirés aléatoirement en 2018 et 2019).

Le montant du préjudice financier global est estimé entre **25 millions d'euros (périmètre « fraude »)** et **176,5 millions d'euros (périmètre « préjudice financier »)**.

**Le taux de préjudice financier**, au sens large, a été calculé sur le pourcentage de dossiers pour lesquels les ressources réellement perçues dépassent le plafond CMU-c/C2S sans participation financière et ne permettent pas de bénéficier de l'ACS/C2S avec participation financière. Ce taux est évalué à **8,7% des dossiers contrôlés**.

**Le taux de fraude** a également été calculé en prenant uniquement en compte le pourcentage de dossiers pour lesquels les ressources réellement perçues sont supérieures à 3 plafonds CMU-c/C2S sans contribution financière, soit **1,22% des dossiers contrôlés**.

Concernant **l'évaluation de la fraude sur les dépenses de soins infirmiers**, l'évaluation se base sur les résultats de l'ensemble des contrôles portant sur l'activité 2018 des infirmiers. Deux méthodes statistiques ont été appliquées :

- la méthode de post-stratification qui implique de structurer l'échantillon de dossiers déjà contrôlés en strates homogènes pour corriger, partiellement, le biais de sélection lié au ciblage initial des dossiers : le taux de préjudice financier est évalué à 5%, soit un montant de préjudices financiers estimé à 286 millions d'euros.
- la méthode économétrique qui permet une modélisation des pratiques de ciblage et de détection des comportements, pour définir des variables permettant d'évaluer les risques de fautes et fraudes : le taux de préjudice financier est évalué à 6,9%, soit un montant de préjudices financiers estimé à 393 millions d'euros.

En 2022, la Cnam poursuit ses travaux d'évaluation de la fraude sur de nouvelles prestations ou acteurs : les IJ, les transporteurs sanitaires, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins généralistes, l'hospitalisation à domicile (HAD) et EHPAD.

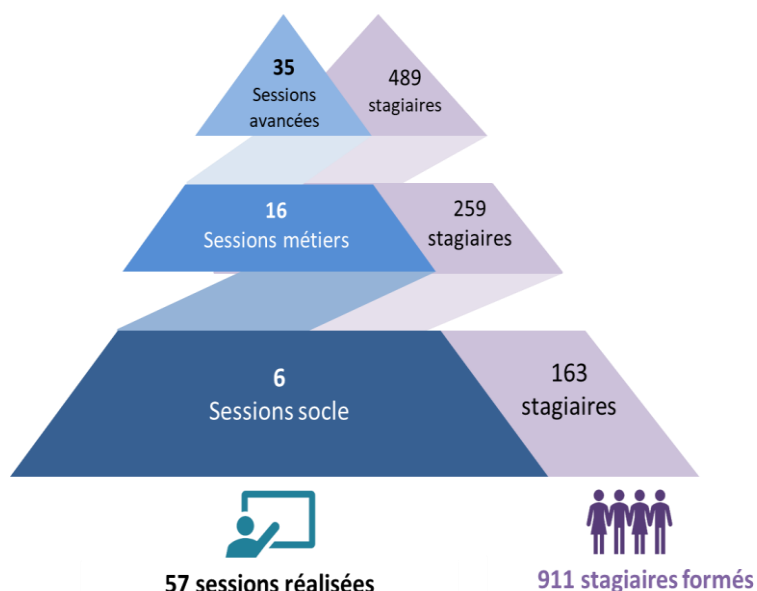
### 1.3 La professionnalisation et l'animation du réseau pour renforcer la performance collective

Pour améliorer l'efficacité de son action de lutte contre la fraude, la Cnam s'appuie fortement sur son réseau d'organismes. Dans ce cadre, la professionnalisation de ses collaborateurs ainsi que le renforcement des échanges avec son réseau restent une priorité de l'Assurance Maladie.

#### 1.3.1 Le dispositif de formation LCF

L'Assurance Maladie propose une offre de formation graduée depuis 2019. Elle se décline en trois catégories en fonction du niveau de compétence recherché par ses collaborateurs : une formation « socle », formation générale sur les enjeux LCF, des formations « métiers » spécifiques aux métiers du processus LCF et des formations « avancées » pour enrichir les expertises métiers.

Le **dispositif de formations** LCF s'est adapté au contexte sanitaire avec plus de 90% des formations réalisées en classe virtuelle. Au total, 57 sessions nationales de formation ont été organisées en 2021 rassemblant **911 stagiaires**, retrouvant ainsi un niveau comparable à celui d'avant la crise sanitaire.



Afin de favoriser les échanges en région, et de répondre aux besoins du réseau, **7 formations interrégionales** ont également été organisées en région en 2021.

La journée nationale des formateurs LCF a été reconduite en 2021 au format webinaire dans le but de mieux accompagner les experts LCF en charge de missions de formation nationale.



Les modules e-learning consistent en une modalité de formation en ligne qui permet aux stagiaires de pouvoir se former à distance quand ils le souhaitent et d'avoir accès à différents contenus pédagogiques.

En 2021, l'Assurance Maladie a développé des modules e-learning dans deux formations de son dispositif :

- Un module e-learning sur **les bonnes pratiques dans le cadre d'un entretien contradictoire**. Ce module a été mis à disposition du réseau via une plateforme de formation et comprend plusieurs unités d'enseignement dans le but de s'approprier les fondamentaux de communication et d'échange avec des tiers lors d'un entretien contradictoire. Cette formation a rencontré un franc succès car **570 inscriptions** ont été comptabilisées dès le premier trimestre suivant l'ouverture des sessions (octobre à décembre 2021).
- Plusieurs modules e-learning sont également disponibles dans le cadre du **parcours de formation de l'agent agréé assermenté LCF**. Afin de faciliter et de rendre les parties communes à toutes les branches de la Sécurité sociale plus accessibles, l'Assurance Maladie a élaboré avec l'Ucanss des modules e-learning qui s'intègrent à ce parcours : Sensibilisation à la LCF, Politique de sanctions en matière de LCF, Outils et fichiers partagés et de branche, communication et signalements.

Le **parcours de formation des agents agréés et assermentés** rénové en 2020 a permis la professionnalisation de **36 enquêteurs** en 2021, contre 30 en 2020. En complément, une formation d'actualisation des connaissances et de partage des pratiques pour les enquêteurs en poste sera déployée au cours de l'année 2022.

### 1.3.2 L'animation du réseau

Des **webinaires régionaux** ont été mis en place dès le mois de **mars 2021** afin d'accompagner les organismes locaux d'Assurance Maladie dans la reprise des activités LCF à l'issue de l'année 2020. Les échanges ont permis de présenter le bilan de l'année 2020 et les **priorités de 2021**, et de mettre en exergue pour chaque région des actions innovantes. Au total, **plus de 800 personnes** ont participé à ces webinaires.

Le 2ème semestre 2021 a, quant à lui, été consacré au **lancement du 3ème cycle de séminaires LCF**, avec des déplacements des équipes de la Cnam prévus sur 18 mois dans chacune des régions pour rencontrer les acteurs de terrain. Ce nouveau cycle a pour objectif d'échanger sur les résultats, les programmes et les orientations nationales et régionales en matière de LCF. C'est aussi l'occasion de présenter l'articulation des actions de lutte contre la fraude avec les autres actions de la gestion du risque de l'Assurance Maladie et d'échanger sur des thématiques propres à chaque région. Trois séminaires régionaux ont été réalisés en 2021 : PACA, Bretagne et Corse.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a poursuivi l'organisation des accompagnements personnalisés auprès des caisses. Trois organismes ont pu bénéficier de cet accompagnement ponctuel entre équipes nationales et locales.



A compter de juin 2021, l'Assurance Maladie a aussi mis en place de nouveaux **webinaires thématiques «Inform'flash LCF»** dont l'objectif est de mettre à jour les connaissances des équipes du réseau sur un sujet précis, de présenter de nouveaux outils ou d'informer sur les évolutions législatives ou réglementaires. Quatre Inform'flash ont été réalisés en 2021 réunissant en moyenne **200 collaborateurs par séance** et ont abordé les thématiques suivantes : le déconventionnement en urgence (juin 2021), l'outil Sofi Web utilisé dans le cadre des programmes de contrôle C2S, (septembre 2021), le calcul du préjudice évité (octobre 2021), l'outil Océanic, outil d'aide aux investigations Infirmiers (décembre 2021).

L'Assurance Maladie développe l'utilisation de nouveaux outils d'échanges pour animer son réseau tel que le réseau social d'entreprise Liam. Une **communauté Liam LCF** a ainsi été créée en juillet afin de créer plus facilement des synergies entre les collaborateurs. Dans cette même dynamique et pour répondre à des besoins spécifiques, un groupe Liam dédié aux formateurs LCF a également été mis en place en 2021.

#### **1.4 Les actions partenariales et les échanges de données, leviers incontournables de la LCF**

Le partenariat contribue à une meilleure appréhension des phénomènes de fraude grâce aux échanges de données entre organismes et au partage de bonnes pratiques. En 2021, les modalités de recours aux référents fraudes de chaque organisme dans le cadre des réquisitions judiciaires ou des droits de communication ont été simplifiées. Depuis le mois d'avril 2021, des adresses mail génériques ont également été mises en place pour tous les référents fraude et communiquées aux partenaires extérieurs.

##### **1.4.1 Les partenariats nationaux**

Dans une démarche de prévention de la fraude, le **Plan d'actions interministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021-2022** prévoit 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 **MICAF (Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude)** qui a succédé en 2020 à la DNLF (Délégation Nationale de Lutte contre la Fraude).

La Cnam a participé aux GONAF et groupes de travail de la MICAF suivants en 2021 :

- Fraude à la résidence
- Fraude à l'identité
- Médicaments onéreux
- Justice pénale et recouvrement des créances en matière de fraude aux finances publiques
- Adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique
- Transports sanitaires
- Centres de santé

Le recours aux **cellules nationales temporaires d'appui et de soutien aux organismes** (appelées task force nationales – mises en place depuis 2018) et 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.

## FOCUS

### Task force nationale sur les centres de santé ophtalmologiques

Afin de pouvoir coordonner avec efficacité le contrôle de plusieurs centres de santé ophtalmologiques appartenant à un même réseau et implanté dans plusieurs départements, la Cnam a déployé dès l'automne 2020 une task force nationale regroupant les experts nationaux et les équipes de terrain.

Ce dispositif a permis de travailler étroitement avec les services de police, notamment l'Office Central de Lutte Contre le Travail Illégal (OCLTI), et avec la justice, donnant lieu à une centralisation des plaintes auprès d'un seul parquet, accélérant d'autant la procédure. Elle a aussi permis de mieux cadrer et accélérer les contrôles menés, réduisant par deux le temps nécessaire de ceux-ci par rapport à la durée standard (9 mois vs 18 mois).

Au total, dans cette affaire, 26 plaintes ont ainsi été déposées auprès du Parquet de Paris concernant 12 centres de santé pour un préjudice financier à l'Assurance Maladie à date de 3,6 millions d'euros. Ces centres sont susceptibles d'être poursuivis pour escroquerie, faux et usage de faux et fausses déclarations.

Sur les fraudes aux passes sanitaires, de nombreux échanges ont également eu lieu avec les forces de police, de gendarmerie, et avec l'Office Central de Lutte contre les Atteintes à l'Environnement et à la Santé Publique (OCLAESP).

Par ailleurs, en lien avec la Direction de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie a poursuivi en 2021, sa collaboration avec les services de la DGFIP pour la mise à disposition début 2022 de l'application Ficovie (Fichier des contrats d'Assurance Vie) auprès de l'ensemble des organismes de l'Assurance Maladie.

Enfin, un protocole visant à améliorer les échanges d'informations entre le Ministère de l'Intérieur et les organismes de protection sociale, en matière de lutte contre la fraude documentaire et à l'identité a été signé le 1<sup>er</sup> décembre 2021 par le Directeur général de la Cnam. Ce protocole répond à un triple objectif :

- établir un cadre partagé d'échanges d'informations permanent entre les organismes de protection sociale (OPS) et les services du ministère de l'intérieur,
- proposer aux organismes de protection sociale une offre d'outils techniques et numériques de détection,
- initier une démarche de sensibilisation à la détection de la fraude documentaire et à l'identité par la mise à disposition d'une offre de formation adaptée aux typologies de fraude rencontrées à destination des OPS.

## 1.4.2 Les partenariats internationaux

Membre depuis 2015 de l'EHFCN (European Healthcare Fraud and corruption Network)<sup>1</sup>, l'Assurance Maladie a participé en 2021 à 7 webinaires sur des enjeux internationaux de lutte contre la fraude<sup>2</sup> particulièrement orientés sur la cybersécurité dans le domaine de la santé. La conférence annuelle de l'EHFCN s'est tenue en octobre 2021 sous forme de webinaires au cours desquels des représentants de plusieurs instances européennes (Parlement européen, Conseil de l'Europe, OMS...) sont intervenus sur la thématique de la fraude et de la corruption dans le secteur médical et de l'intégrité dans le système de santé<sup>3</sup>.

Les différents partenariats permettent aussi d'engager des actions communes sur des suspicions de fraudes transnationales : ainsi, l'Assurance Maladie belge (l'Inami), le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) et les caisses d'Assurance Maladie, en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé de la région Hauts-de-France, ont engagé fin 2021 un contrôle de double facturation de prestations à l'Inami et à l'Assurance Maladie par des professionnels de santé libéraux français exerçant dans des établissements wallons accueillant des personnes handicapées françaises.

## 1.5 Les dernières évolutions réglementaires et jurisprudentielles

### 1.5.1 Les nouveautés de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2021

#### 1 - PRINCIPE DU DECONVENTIONNEMENT D'OFFICE DU PROFESSIONNEL DE SANTE DEFINITIVEMENT SANCTIONNE OU CONDAMNE POUR FRAUDE A DEUX REPRISES DANS UNE PERIODE DE MOINS DE 5 ANS

Cette disposition législative fait suite au rapport de la Cour des Comptes, de septembre 2020, relatif à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, et a pour finalité de permettre au directeur de la caisse d'assurance maladie de mettre rapidement « hors-jeu » le professionnel de santé fraudeur récidiviste concernant le bénéfice de sa situation conventionnelle. Cette mesure législative doit faire l'objet d'un décret d'application.

#### 2 - POSSIBILITE DE DEROGER EXCEPTIONNELLEMENT AU DELAI MAXIMAL DE REGLEMENT DES FACTURES EN TIERS PAYANT DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

L'objectif du dispositif est de permettre à la Caisse de procéder à un contrôle a priori des factures d'un professionnel de santé en cas de suspicion de fraudes en cours et qui sont susceptibles de causer un préjudice important à l'assurance maladie, uniquement si ce professionnel a déjà été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des 2 dernières années.

La caisse pourra ainsi effectuer les vérifications nécessaires pour limiter le préjudice encouru. Un décret d'application est nécessaire pour permettre l'entrée en vigueur de cette mesure.

<sup>1</sup> *European Healthcare Fraud and Corruption Network* est une organisation à but non lucratif, créée en octobre 2004 en vue de coordonner et d'optimiser la lutte contre la fraude et la corruption dans le secteur de la santé en Europe.

<sup>2</sup> « The importance of early data access to combat fraud », 22 janvier 2021 ; « Integrity and resilience of the health systems following the covid-19 pandemic », 19 février 2021 ; « Tips and tricks to stimulate appropriate care », 17 mars 2021 ; « Artificial Intelligence in Healthcare: our future? », 28 mai 2021 ; « Issues and challenges associated with Data Sharing: show-case and future development », 25 juin 2021 ; « Cybersecurity in Healthcare, GDPR and health rights », 24 septembre 2021 ; « Widespread corruption is weakening COVID-19 response: how can we deal with it? », 10 décembre 2021. Tous ces webinaires sont disponibles sur le site de l'EHFCN : <https://www.ehfcn.org/webinar-platform/>

<sup>3</sup> « How to enhance integrity in the health sector in changing societies Tackling fraud, waste and corruption to ensure the right to health », 18-19-20 octobre 2021 ; disponible sur le site de l'EHFCN : <https://www.ehfcn.org/videos/>

### 3 - MISE EN PLACE DU MECANISME DE « RESCRIPT TARIFAIRE » SUR L'INTERPRETATION DES REGLES DE FACTURATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE POUR LES PRISES EN CHARGE DE MOINS D'UNE JOURNEE.

Il s'agit d'un dispositif national, créé sous l'autorité du ministère des solidarités et de la santé, qui permet à tout établissement de santé d'obtenir, en dehors des périodes de contrôle, une prise de position formelle de l'Etat sur les règles de facturation applicables.

Cette décision devient opposable dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité (T2A).

#### 1.5.2 La jurisprudence significative 2021

**CONSEIL D'ETAT, DECISION N° 442985, 14 JANVIER 2021 : SI LA MECONNAISSANCE DES DROITS DE LA DEFENSE DURANT LA PHASE D'ANALYSE DE L'ACTIVITE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE PAR LE SERVICE MEDICAL (L.315-1 IV DU CSS) N'A PAS POUR EFFET D'ENTACHER D'IRRECEVABILITE LA SAISINE DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES, CETTE MECONNAISSANCE PEUT AVOIR DES EFFETS SUR LE CONTENU DE LA DECISION ORDINALE.**

*Extrait : (...) « Si le respect de ces exigences procédurales par le service du contrôle médical pendant la phase d'analyse préalable à la saisine de la juridiction du contrôle technique ne constitue pas une condition de recevabilité de la plainte et si cette phase d'analyse préalable ne constitue pas un élément de la procédure suivie devant la juridiction, de sorte que l'éventuelle irrégularité de cette phase préalable ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité la procédure juridictionnelle, le professionnel de santé poursuivi devant la juridiction du contrôle technique peut toujours se prévaloir de circonstances antérieures à l'engagement des poursuites disciplinaires de nature à affecter la régularité de la procédure juridictionnelle suivie ou le bien-fondé de la sanction susceptible d'être infligée.*

*En particulier, il peut utilement faire valoir que, pendant la phase d'analyse préalable, il aurait été porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase d'analyse préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte ».*

**2<sup>EME</sup> CHAMBRE CIVILE DE LA COUR DE CASSATION, ARRET DU 18 MARS 2021, PUBLIE, POURVOI N° 19-24.009 : UNE CPAM EST LEGITIME A REFUSER DE PRENDRE EN CHARGE UNE FACTURE A LA SUITE DE LA DELIVRANCE PAR UNE PHARMACIE DE MEDICAMENTS D'EXCEPTION SUR LA BASE D'UNE ORDONNANCE FALSIFIEE AU MOTIF QUE LE PHARMACIEN, NE SE TROUVANT PAS DANS UN CAS DE FORCE MAJEURE, DISPOSAIT D'UN OUTIL POUR VERIFIER QUE LA PRESCRIPTION N'ETAIT PAS APOCRYPHE.**

*Extrait : (...) « Réponse de la Cour :*

*Vu l'article L. 161-1-4 du code de la Sécurité sociale, dans sa rédaction modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, applicable au litige :*

*4. Aux termes de ce texte, sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur de pièces justificatives, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée.*

5. Pour faire droit à la demande du pharmacien, le jugement retient qu'il apparaît que l'inscription à l'appliquatif ASAFO (alerte sécurisée automatisée aux fausses ordonnances) n'est pas obligatoire et qu'il n'est pas paramétré pour diffuser des alertes, sans besoin d'y être abonné et sans besoin de procéder à des recherches après connexion. Le jugement relève encore qu'il ne peut être fait le reproche à la pharmacie de ne pas avoir consulté ledit applicatif et que si le prix du produit doit inciter les pharmaciens à de la prudence, pour autant cela ne suffit pas à écarter le risque de fraude. Le jugement ajoute qu'il ressort du dossier que l'ordonnance falsifiée provient d'un carnet de souche volé, de sorte que la falsification était encore plus difficile à détecter. Le jugement considère qu'en l'état, la caisse ne démontrant pas qu'il était impossible pour la pharmacie de ne pas détecter le caractère falsifié de l'ordonnance litigieuse, l'absence d'alerte automatique relative à des ordonnances falsifiées ou volées sans besoin d'un abonnement à l'appliquatif et l'absence d'obligation de consulter l'appliquatif avant chaque délivrance de produits quel qu'en soit le montant, constituent des éléments en faveur du cas de force majeure, empêchant la pharmacie de présenter une ordonnance non falsifiée.

6. En statuant ainsi, par des motifs impropres à caractériser le cas de force majeure, alors qu'il constatait que l'ordonnance remise au pharmacien aux fins de délivrance du médicament d'exception était un faux qui aurait pu être détecté par la consultation d'un applicatif donnant accès au signalement des ordonnances falsifiées et que le pharmacien avait délivré ce médicament en pratiquant le tiers payant sur la base d'une simple attestation de soins et non d'une carte vitale, ce dont il résultait que la vérification de la prescription médicale n'était pas imprévisible, le tribunal a violé le texte susvisé ».

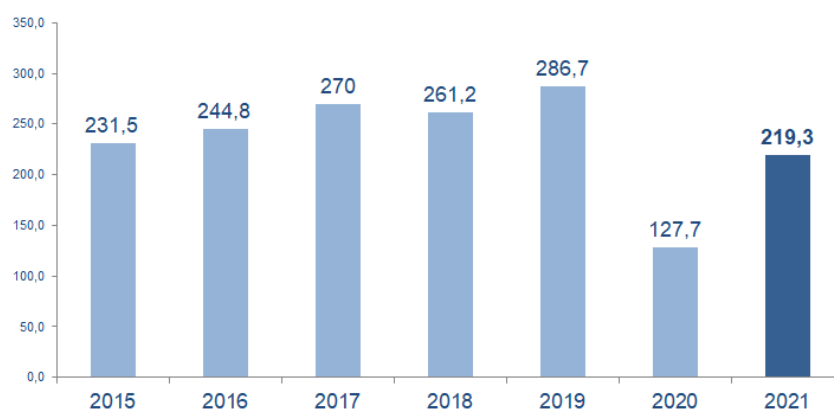
## Partie 2. Les résultats

<b>2.1 Les résultats des contrôles LCF</b>  2.1.1 L'obtention des droits 2.1.2 Les prestations en espèce 2.1.3 Les frais de santé 2.1.4 Les établissements 2.1.5 Les fraudes commises dans le cadre des soins dispensés à l'étranger	<b>p.23</b>
<b>2.2 Les résultats des actions contentieuses</b>  2.2.1 Les actions contentieuses menées en 2021 2.2.2 La procédure des pénalités financières 2.2.3 La voie pénale 2.2.4 La voie ordinale 2.2.5 La procédure conventionnelle 2.2.6 Les sanctions financières du contrôle externe T2A	<b>p.34</b>
<b>2.3 Le recouvrement des indus frauduleux</b>  2.3.1 Le recouvrement des indus frauduleux 2.3.2 Les pénalités financières 2.3.3 La continuité des actions de formation liées au recouvrement	<b>p.44</b>

## 2.1 Les résultats des contrôles LCF

Au cours de l'année 2021, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé des fraudes et des activités fautives pour un montant de **219,3 millions d'euros**, après 127,7 millions d'euros en 2020. Le fort investissement des organismes d'Assurance Maladie dans la lutte contre la fraude et les activités fautives a permis de retrouver dès 2021 un niveau de résultat équivalent à celui d'avant la crise sanitaire, hors contrôles T2A et Ehpad qui n'ont pas été lancés en 2021.

**Graphique –** Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées par année  
(en millions d'euros)



Les 219,3 millions d'euros de préjudices détectés et stoppés se répartissent en **152,8 millions d'euros de préjudices subis** et **66,5 millions d'euros de préjudices évités** selon quatre grandes catégories : obtention des droits, prestations en espèces, frais de santé et établissements. La part la plus importante correspond aux frais de santé, soit 149 millions d'euros.

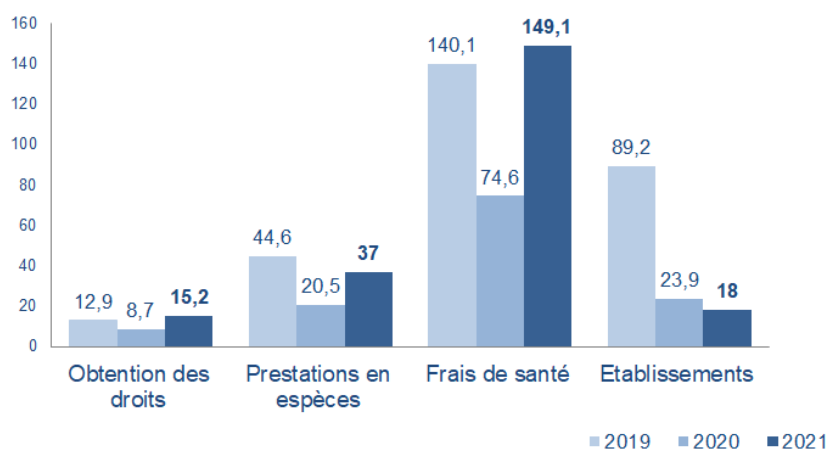


Dans le contexte de l'année 2021, la répartition du nombre de dossiers et leurs montants entre les différents types de tiers connaissent des évolutions sensibles, relativisant les comparaisons d'une année sur l'autre :

**Tableau – Evolution des montants des fraudes et activités fautives détectées et stoppées de 2019 à 2021**

Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées (en millions d'euros)	2019	2020	2021	Evolution 2021/2019	Evolution 2021/2020
Obtention des droits	12,9	8,7	15,2	17,8%	74,6%
Prestations en Espèces	44,6	20,5	37,0	-17,0%	82,7%
Frais de santé	140,1	74,6	149,1	6,4%	99,7%
Etablissements	89,2	23,9	18,0	-79,8%	-24,8%
<b>TOTAL</b>	<b>286,8</b>	<b>127,7</b>	<b>219,3</b>	<b>-23,5%</b>	<b>71,6%</b>

**Graphique – Répartition des montants des préjudices financiers par catégorie (en millions d'euros)<sup>4</sup>**



**12 977 dossiers** ont été qualifiés de fraudes et d'activités fautives en 2021, contre 11 490 en 2020 et 21 292 en 2019.

Les assurés représentent 8 797 dossiers contrôlés, soit 68% du nombre de cas de fraudes et de fautes détectées et stoppées (60% en 2020 et 51% en 2019), les offreurs de soins et de services 25% (16% en 2020 et 20% en 2019), les établissements 4% (23% en 2020 et 29% en 2019) et 3% les employeurs.

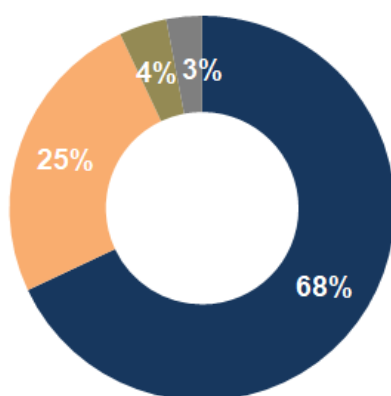
<sup>4</sup> Les résultats des programmes croisés soins de ville / établissements sont intégrés dans les résultats des frais de santé ou établissements selon l'acteur principal concerné par la fraude ou l'activité fautive.



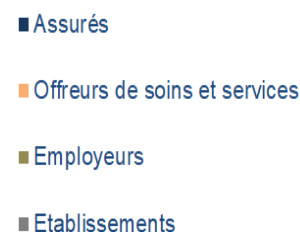
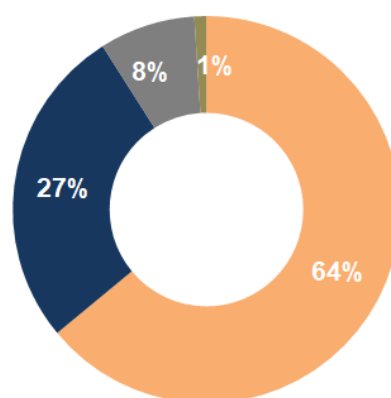
En montant financier, les actions de lutte contre la fraude ont concerné à hauteur de 64% les offreurs de soins et de services soit 140 millions d'euros (51% en 2020 et 48% en 2019), 27% les assurés (29% en 2020 et 21% en 2019), 8% les établissements (20% en 2020 et 31% en 2019) et 1% les employeurs.

Ces évolutions sont directement impactées par la suspension des actions de contrôles sur la T2A et les EHPAD en 2020 /2021 et la reprise en fin d'année 2021 des contrôles administratifs sur les établissements HAD.

**Graphique** - Répartition du nombre de fraudes et activités fautives détectées et stoppées en 2021 par acteur (hors T2A et programme national de contrôle de la chirurgie plastique)



**Graphique** - Répartition des montants de fraudes et activités fautives détectées et stoppées en 2021 par acteur



### 2.1.1 L'obtention des droits

<b>15,2</b> MILLIONS D'EUROS DE PREJUDICES DETECTES ET STOPPES EN MATIERE DE GESTION DES DROITS	<b>68%</b> DES MONTANTS CONCERNENT LES DROITS DE BASE	<b>32%</b> DES MONTANTS CONCERNENT LES DISPOSITIFS D'AIDES
--	---	--

Le préjudice détecté et stoppé par l'Assurance Maladie en 2021 en matière de gestion des droits (attribution, renouvellement) s'élève à **15,2 millions d'euros**, après 8,7 millions d'euros en 2020 et 12,9 millions d'euros en 2019.

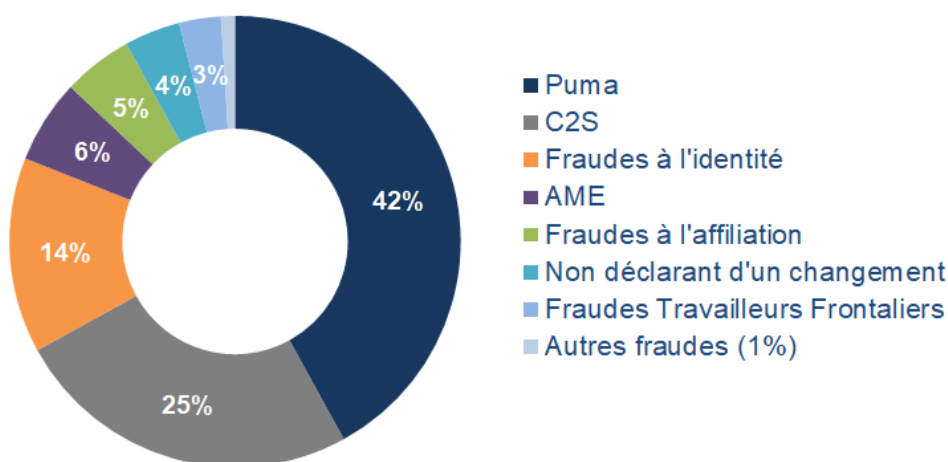
**Tableau – Répartition des montants des préjudices par nature de droits (en millions d'euros)**

Montants détectés et stoppés (en millions d'euros)	2019	2020	2021
Droits de base	4,9	5,7	<b>10,4</b>
Dispositifs d'aides	8	3	<b>4,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12,9</b>	<b>8,7</b>	<b>15,2</b>

Les fraudes et fautes relatives aux droits de base s'élèvent à 10,4 millions d'euros en 2021 contre 5,7 millions en 2020 et 4,9 millions d'euros en 2019. Cette progression des résultats fait suite au lancement du programme national de contrôle sur la protection universelle maladie (Puma) depuis 2019.

Les contrôles sur les dispositifs d'aide (C2S, AME) représentent quant à eux un total de fraude de 4,8 millions d'euros (3 millions en 2020 et 8 millions d'euros en 2019).

**Graphique – Répartition des montants des préjudices détectés et stoppés en 2021 – Obtention des droits**



## a) Les contrôles sur les droits de base

Les fraudes et fautes relatives aux droits de base s'élèvent à **10,4 millions d'euros** en 2021.

**Tableau – Evolution des montants de fraudes et fautes relatives aux droits de base (en millions d'euros)**

Montants détectés et stoppés (en millions d'euros)	2019	2020	2021
<b>Droits de base</b>	<b>4,9</b>	<b>5,7</b>	<b>10,4</b>
<i>Dont PUMA</i>	<i>1,4</i>	<i>3,3</i>	<i>6,4</i>
<i>Dont fraudes à l'usurpation et faux papiers d'identité</i>	<i>1,2</i>	<i>1,6</i>	<i>2,2</i>
<i>Autres griefs droits de base</i>	<i>2,3</i>	<i>0,8</i>	<i>1,8</i>

La Cnam a poursuivi en 2021 le programme national de contrôle Puma dont la mise en œuvre repose sur une sélection de dossiers issus d'une requête « multi-hébergeurs », sur des remontées de données des Consulats, sur l'exploitation des signalements d'absence de résidence ou de résidence à l'étranger émanant du Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) ainsi que sur les échanges avec les partenaires institutionnels (CAF, Pôle Emploi, DGFIP...).

En 2021, de nouvelles requêtes de détection ont été expérimentées auprès de trois régions permettant de mieux cibler les dossiers à contrôler. Ces nouvelles requêtes ont été généralisées à l'ensemble des organismes du réseau au début de l'année 2022.

L'objectif en 2021 était de contrôler 4 750 dossiers. Ce programme a permis de détecter 6,05 millions d'euros en 2021, contre 2,1 millions d'euros en 2020, pour un préjudice moyen par dossier de 7 878 euros (préjudice moyen de 5 987 euros en 2020).

Le montant des fraudes portant sur les usurpations d'identités et les faux papiers d'identité s'élève à 2,2 millions d'euros en 2021 (1,6 millions d'euros en 2020).

Les autres fraudes relatives aux droits de base et ne relevant pas des catégories précitées s'élèvent à 1,8 millions d'euros (0,8 million d'euros en 2020 et 2,3 millions d'euros en 2019).

## b) Les contrôles sur les dispositifs d'aide

Le montant du préjudice financier sur les dispositifs d'aide correspond aux montants de fraudes relatives :

- aux actions de contrôle nationales et locales menées sur la Complémentaire santé solidaire (C2S) pour un résultat de 3,9 millions d'euros (2,6 millions d'euros en 2020 et 4,7 millions d'euros en 2019)
- aux actions de contrôle sur le dispositif d'Aide Médicale d'Etat (AME) de l'ordre de 0,9 million en 2021 (0,5 million en 2020 et 3,3 millions d'euros en 2019).

**Tableau – Evolution des montants de fraudes et fautes relatives aux dispositifs d'aide**  
(en millions d'euros)

Montants détectés et stoppés (en millions d'euros)	2019	2020	2021
<b>Dispositifs d'aide</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4,8</b>
<i>Dont C2S</i>	<i>4,7</i>	<i>2,5</i>	<i>3,9</i>
<i>Dont AME</i>	<i>3,3</i>	<i>0,5</i>	<i>0,9</i>

L'augmentation des résultats portant sur les actions de contrôle C2S s'explique par la reprise des activités et l'augmentation de l'objectif de dossiers à contrôler en 2021 (soit 18 909 dossiers) par rapport à 2020 (9 162 dossiers) dans le contexte de la crise sanitaire.

Le préjudice moyen par dossier issu du programme national de contrôle C2S continue de progresser passant de 1 093 euros en 2020 à 1 243 euros en 2021. Cela s'explique notamment par la diffusion d'un nouveau modèle de data mining, mis à la disposition du réseau au cours du 2<sup>nd</sup> trimestre 2021 et intégrant les travailleurs indépendants.

L'écart des montants des fraudes relatives à l'AME entre l'année 2021 (0,9 million d'euros) et l'année 2019 (3,3 millions d'euros) s'explique par l'identification à l'époque d'une importante fraude en bande organisée d'un montant de 2,4 millions d'euros.

#### Fraude à la C2S - Exemple de dissimulation de ressources

Une assurée a obtenu en 2021 le droit à la C2S pour un foyer de cinq personnes. Dans le cadre du programme national de contrôle C2S, le data mining national a permis de sélectionner ce dossier : un droit de communication bancaire a été réalisé pour vérification des revenus déclarés. Après analyse des comptes bancaires, le foyer avait perçu plus de 700 000 euros de virements non déclaré.

Une enquête a été menée par la CPAM concernée et lors de la phase contradictoire, l'assurée a reconnu que sa déclaration était erronée. Compte tenu des faits, une pénalité financière pour fraude a été prononcée pour un montant de 13 712 euros, soit 4 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (montant maximal possible).

### 2.1.2 Les prestations en espèces

<b>37</b> <b>MILLIONS D'EUROS</b> DE PREJUDICES DETECTES ET STOPPES AU TITRE DES FRAUDES AUX PRESTATIONS EN ESPECES	<b>45%</b> DES MONTANTS CONCERNENT LES INDEMNITES JOURNALIERES (IJ)	<b>55 %</b> DES MONTANTS CONCERNENT LES PRESTATIONS EN ESPECES HORS INDEMNITES JOURNALIERES (IJ)
---	---	---

En 2021, des fraudes aux prestations en espèces ont été stoppées par l'Assurance Maladie pour un préjudice détecté de **37 millions d'euros**.

**Tableau – Evolution des montants de fraudes et fautes relatives aux prestations en espèces (en millions d'euros)**

Montants détectés et stoppés (en millions d'euros)	2019	2020	2021
<b>Prestations en espèces</b>	<b>44,6</b>	<b>20,5</b>	<b>37</b>
<i>Dont IJ</i>	<i>14,1</i>	<i>8,3</i>	<i>16,6</i>
<i>Dont prestations en espèces hors IJ</i>	<i>30,5</i>	<i>12,2</i>	<i>20,4</i>

#### **a) Les indemnités journalières**

Le préjudice total relatif aux indemnités journalières est de **16,6 millions d'euros** en 2021, contre 8,3 millions en 2020, et recouvre des fraudes par usage de faux documents, faux bulletins de salaires ou par cumul d'indemnités journalières avec une activité non autorisée rémunérée.

La Cnam a lancé un nouveau programme national de contrôle LCF en 2020 concernant le cumul IJ micro entrepreneur. Ce programme national a pour but de mettre en œuvre un contrôle sur la recherche d'une activité non autorisée et rémunérée de micro-entrepreneur (création ou poursuite de l'activité) pendant une période d'arrêt de travail indemnisée par l'Assurance Maladie pour des assurés qui occupent une activité salariée et parallèlement une activité de micro-entrepreneur. La crise sanitaire n'avait pas permis la mise en œuvre de ce programme en 2020 par l'ensemble des organismes : seulement 0,3 million d'euros de préjudices avait été détecté. En 2021, la reprise de ce programme de contrôle LCF a permis de détecter et stopper 2,4 millions d'euros de préjudices financiers.

Durant l'année 2021, des travaux ont été réalisés avec plusieurs CPAM sur les thématiques IJ travailleurs indépendants et la détection des faux avis d'arrêt de travail vendus sur les réseaux sociaux. A l'issue de ces travaux, deux nouveaux programmes nationaux seront mis en place en 2022.

Enfin, l'Assurance Maladie a procédé en 2021 à 355 retenues financières, pour un montant de 2,8 millions d'euros (359 retenues financières pour 1,7 millions d'euros en 2020), au titre de l'article L.323-6 du code de la Sécurité sociale qui permet aux Caisses de récupérer le montant des indemnités journalières versées en cas de cumul avec des activités non autorisées.

### Fraude aux arrêts de travail – Exemple de production de faux documents

Un assuré s'est faussement prévalu d'une activité salariée auprès d'une société dont sa compagne est gérante et ce afin d'être affilié au Régime Général et de percevoir des prestations espèces au titre d'un accident du travail. Pour ce faire, l'assuré a produit des faux bulletins de salaire permettant l'ouverture des droits.

Un droit de communication bancaire a été réalisé et n'a pas permis d'identifier le versement de rémunération. De plus, le relevé de carrière ne faisait pas mention d'une activité salariée et les services des impôts ont indiqué une déclaration sans revenu.

Le préjudice subi s'établit à 25 200 euros. Une pénalité financière pour fraude a été prononcée à son encontre par le Directeur de la CPAM pour un montant de 25 000 euros.

### b) Les autres prestations en espèces (rentes AT, pensions invalidité, ASI ...)

Un peu plus de **20 millions d'euros** de préjudices ont été détectés et stoppés en 2021 en matière de prestations en espèces « hors indemnités journalières » (12,2 millions d'euros en 2020).

**Tableau –** Evolution des montants de fraudes et fautes relatives aux prestations en espèces hors IJ (en millions d'euros)

Montants détectés et stoppés (en millions d'euros)	2019	2020	2021
<b>Prestations en espèces hors IJ</b>	<b>30,5</b>	<b>12,2</b>	<b>20,4</b>
<i>Dont rentes et pensions d'invalidité accidents du travail</i>	<i>14,6</i>	<i>6,7</i>	<i>11,8</i>
<i>Dont rentes et pensions d'invalidité versées à l'étranger</i>	<i>9,8</i>	<i>3,2</i>	<i>5,4</i>
<i>Dont fraudes ASI</i>	<i>5,2</i>	<i>2</i>	<i>2,4</i>
<i>Dont Autres fraudes</i>	<i>0,9</i>	<i>0,3</i>	<i>0,8</i>

Le programme de contrôle national LCF « rentes accidents du travail et pensions d'invalidité versées à l'étranger », initié à partir de 2013 et reconduit en 2020 a permis d'éviter un préjudice de 5,4 millions en 2021 contre 3,2 millions d'euros en 2020 du fait de la forte baisse de dossiers à contrôler dans le contexte de la crise sanitaire.

Les autres fraudes sur les pensions d'invalidité et rentes accidents du travail relevant d'initiatives locorégionales s'élèvent à 11,8 millions d'euros (6,7 millions d'euros en 2020).

Les fraudes à l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) représentent un préjudice de 2,4 millions d'euros (2 millions d'euros en 2020).

Les autres fraudes relatives aux prestations en espèces hors IJ et ne relevant pas des catégories précitées s'élèvent à 0,8 million d'euros (0,3 million d'euros en 2020 et 0,9 million d'euros en 2019).

Par ailleurs, un nouveau programme national de contrôle LCF concernant les rentes et pensions d'invalidité des conjoints survivants a été développé en 2021 pour une mise en œuvre 2022.

### 2.1.3 Les frais de santé

<b>149,1</b> <b>MILLIONS D'EUROS</b> DE PREJUDICES DETECTES ET STOPPES AU TITRE DES FRAUDES AUX FRAIS DE SANTE	<b>93%</b> CONCERNENT LES OFFREURS DE SOINS ET DE SERVICES EN SANTE	<b>7%</b> CONCERNENT LES CONSOMMATIONS DE SOINS DES ASSURES
--	---	---

Les **149,1 millions d'euros** de préjudices relatifs aux fraudes aux frais de santé sont imputables à plus de 90% aux offreurs de soins et de services en santé.

**Tableau – Evolution des montants de fraudes et fautes relatives aux frais de santé (en millions d'euros)**

Montants détectés et stoppés (en millions d'euros)	2019	2020	2021
<b>Frais de santé</b>	<b>140,1</b>	<b>74,6</b>	<b>149,1</b>
<i>Dont offreurs de soins et de services</i>	<i>135,1</i>	<i>66,5</i>	<i>138,9</i>
<i>Dont soins de ville des assurés</i>	<i>5</i>	<i>8,1</i>	<i>10,2</i>

#### a) Les préjudices liés aux offreurs de soins et de services en santé

Les fraudes et activités fautives des offreurs de soins (professionnels de santé, fournisseurs, transporteurs) représentent 138,9 millions d'euros, contre 66,5 millions d'euros en 2020 et 135,1 millions d'euros en 2019.

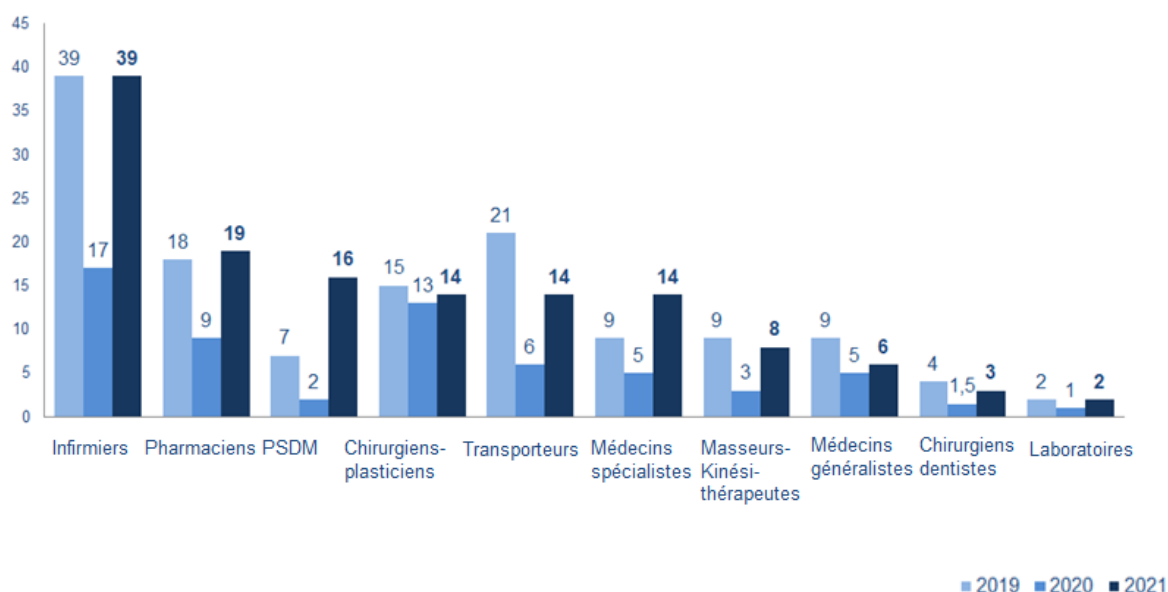
Ces résultats sont issus notamment des programmes nationaux de contrôle LCF suivants : professionnels de santé méga-actifs, ophtalmologues, infirmiers libéraux, fraudes Covid-19 et chirurgie plastique, ainsi que des actions d'origine locorégionales.

En 2021, l'Assurance Maladie a détecté des fraudes et activités fautives :

- de professionnels de santé libéraux pour un total de 108,7 millions d'euros (57,1 millions d'euros en 2020 et 107,8 millions d'euros en 2019), principalement en lien avec le non-respect des nomenclatures (32%) et des fraudes à la prescription (27%).

- de transporteurs pour un total de 13,6 millions d'euros (6,3 millions d'euros en 2020 et 20,7 millions en 2019), avec pour principaux motifs, le non-respect des modalités de facturation ou de la nomenclature et la facturation de transports fictifs.
- de fournisseurs pour un total de 16,5 millions d'euros (3 millions d'euros en 2020 et 6,6 millions d'euros en 2019) avec pour principaux motifs, la délivrance fictive de produits et dispositifs et le non-respect des règles de facturation prévues pour la Liste des produits et prestations (LPP). Cette importante augmentation est due à plusieurs actions des caisses de l'Ile-de-France.

**Graphique -** Montant des préjudices détectés et stoppés par profession en 2019, 2020 et 2021 (en millions d'euros)



### Fraude d'un infirmier – Exemple de facturation d'actes non réalisés

Le contrôle d'un IDEL a permis d'avérer qu'il avait délibérément établi de fausses prescriptions médicales, de faux formulaires de perfusion à domicile et procédé à des modifications de dates de prescriptions afin de facturer à l'Assurance Maladie des actes non réalisés.

Ces malversations ont été attestées par les médecins prescripteurs qui, à chaque fois, ont certifié ne pas être à l'origine des prescriptions.

Au regard de la gravité des faits constatés et du montant du préjudice, la caisse a déposé plusieurs plaintes pénales en 2020 pour manœuvres frauduleuses pour un préjudice total de plus de 400 000 euros.

La parution du décret du 27 novembre 2020 relatif au déconventionnement en urgence des professionnels de santé libéraux a permis à la CPAM d'engager en mars 2021, après un nouveau dépôt de plainte, cette nouvelle procédure à l'encontre de l'infirmier. Après la phase contradictoire réduite à un mois dans le cadre de l'urgence, le déconventionnement à titre provisoire a pu être effectif au mois de mai 2021. Il s'agissait de la 1<sup>ère</sup> procédure de ce type mise en œuvre par l'Assurance Maladie.



## b) Les préjudices liés aux consommations de soins en ville des assurés

En matière de frais de santé, les fraudes et activités fautives des assurés représentent un préjudice de **10,2 millions d'euros** en 2021 (8,1 millions d'euros en 2020 et 5 millions d'euros en 2019).

Cette forte augmentation depuis 2019 s'explique par un grand nombre de dossiers ayant pour grief principal la falsification d'ordonnances (6 millions d'euros en 2021 contre 4,8 millions d'euros en 2020 et 2,5 millions d'euros en 2019).

### 2.1.4 Les établissements



Une partie des actions de contrôle contentieux des établissements, qui auraient porté sur l'activité 2020, a continué d'être suspendue en 2021 en raison du contexte sanitaire, notamment les contrôles T2A compte-tenu de la garantie de financement pour les établissements de santé et ceux sur les EHPAD du fait des mesures tarifaires dérogatoires pendant la crise.

Ce sont principalement les contrôles effectués sur les structures d'Hospitalisation à domicile (HAD) portant sur l'activité 2020 qui constituent avec un montant de préjudice détecté établi à 6,6 millions d'euros en 2021 (11,4 millions d'euros en 2020 et 24,7 millions d'euros en 2019).

Montants détectés et stoppés (en millions d'euros)	2019	2020	2021
Etablissements	89,2	23,9	18
Dont T2A	51,8	7,9	0
Hors T2A	37,4	16	18

Les autres contrôles contentieux portant sur des établissements de santé par les organismes ont mis en évidence un préjudice financier de 11,4 millions d'euros en 2021 (4,6 millions d'euros en 2020 et 12,7 millions d'euros en 2019).

Il s'agit de dossiers identifiés localement et correspondant essentiellement à des prestations facturées alors qu'elles relevaient principalement d'autres financements ou bien faisant apparaître un non-respect de la réglementation ou de la nomenclature.

Le programme de contrôle national sur les centres de dialyse rénale a permis de détecter 0,4 million d'euros de préjudice financier.

### 2.1.5 Les fraudes commises dans le cadre des soins dispensés à l'étranger

En 2021, **857 cas de fraudes ou de suspicions de fraudes** ont été comptabilisés par le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE). L'impact financier s'élève à **2,7 millions d'euros** (2,4 millions en 2020 ; 1,3 millions d'euros en 2019).

Le programme national pérenne de contrôle contentieux Puma comporte un volet de contrôles réalisé en lien avec le CNSE, qui prévoit les modalités de traitement par les CPAM des dossiers transmis par le CNSE pour les assurés dont la condition de résidence stable et régulière en France ne semble pas respectée. Ce programme a pour but d'exploiter les informations dont dispose le CNSE et qui peuvent avoir une incidence sur le versement des prestations non exportables au regard de la condition de résidence.

FOCUS	La Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE)
<p>Le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) traite pour le compte des caisses du régime général de l'Assurance Maladie ou à la demande des sections locales mutualistes les demandes de remboursement des soins reçus à l'étranger par les ressortissants de ces organismes.</p> <p>Dans ce cadre, il détecte des suspicions de fraudes pour lesquelles il peut solliciter des contrôles sur personne par l'échelon local du service médical de la caisse de l'assuré. Le CNSE peut également solliciter ponctuellement les services de l'Etat à l'étranger, consulat ou ambassade, afin de vérifier l'authenticité des prestations facturées.</p> <p>Ces faits donnent lieu à signalement aux Caisses pour la mise en œuvre de procédures adéquates.</p>	

### 2.2 Les résultats des actions contentieuses

<b>7 857</b> ACTIONS CONTENTIEUSES ENGAGEES EN 2021	<b>34,6</b> MILLIONS D'EUROS CORRESPOND AU MONTANT TOTAL DES SANCTIONS ET ASSIMILES (PENALITES FINANCIERES, AMENDES, DOMMAGES ET INTERETS...)	<b>262</b> CONDAMNATIONS PENALES DONT 180 AVEC UNE PEINE DE PRISON PRONONCEE
---	--	---

Pour sanctionner les auteurs de fraudes à la hauteur de la gravité des faits avérés, l'Assurance Maladie a continué à déployer en 2021 l'ensemble des actions contentieuses dont elle dispose juridiquement. L'Assurance Maladie est amenée à choisir la suite contentieuse la plus appropriée 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.

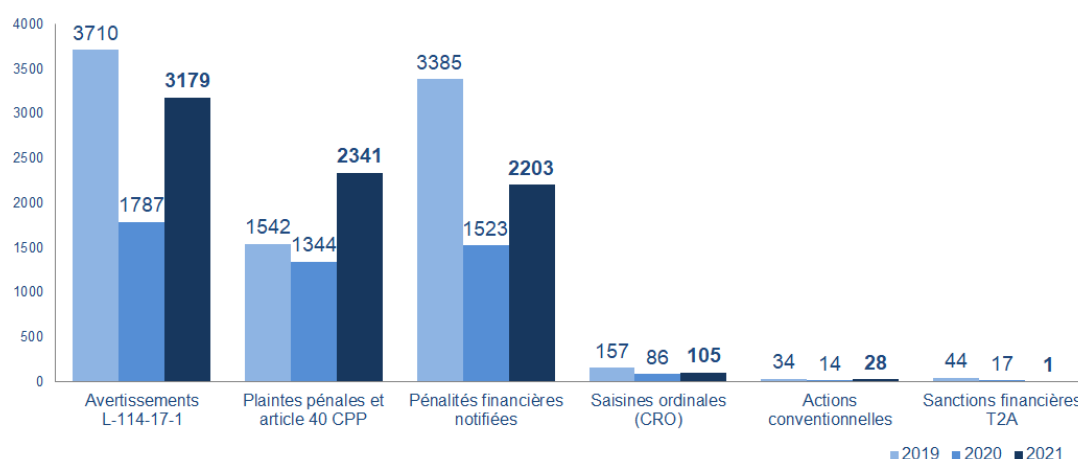
**7 857 actions contentieuses ont été engagées en 2021** contre 4 771 en 2020 et 8 872 en 2019, l'année 2020 ayant été marquée par un fort ralentissement des actions contentieuses engagées

compte-tenu des confinements et de la période juridique protégée de mars à juin 2020 qui a suspendu ou prorogé l'ensemble des délais des procédures en cours.

### 2.2.1 Les actions contentieuses menées en 2021

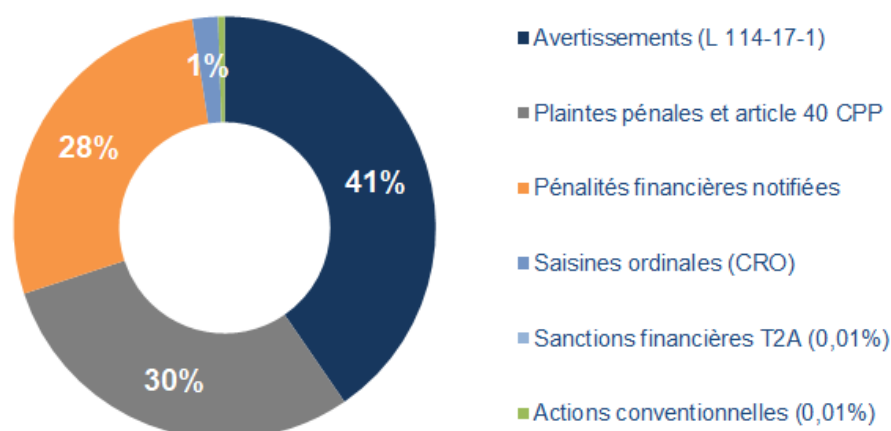
Pendant toute la crise sanitaire, la priorité a été donnée au traitement des dossiers de fraudes à enjeux : les résultats 2021 montrent que les organismes d'Assurance Maladie ont bien suivi cette stratégie, avec une stabilisation de la proportion de suites pénales dans le total des actions contentieuses initiées (30% en 2021 et 28% en 2020).

**Graphique -** Dénombrement des suites contentieuses mises en œuvre par type d'actions en 2019, 2020 et 2021



Les actions de contrôle contentieux issues des actions nationales relatives aux fraudes en lien avec les mesures liées à la crise sanitaire (fraudes aux tests antigéniques, fraudes aux passes sanitaires) ont conduit les organismes à déposer 128 plaintes simples, 18 plaintes constitutions de partie civile et à réaliser 301 signalements aux procureurs.

**Graphique –** Répartition des suites contentieuses mises en œuvre par type d'actions en 2021



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

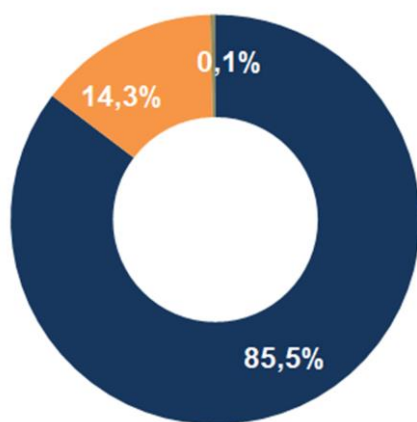
## 2.2.2 La procédure des pénalités financières

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, tout en prenant en compte les dispositions issues de la loi ESSOC du 10 août 2018 : le bénéfice du « droit à l'erreur », si l'auteur est de bonne foi et s'il s'agit d'une première méconnaissance de la réglementation, se traduira – outre la notification de l'indu – par un rappel à la réglementation sans engagement de la procédure des pénalités financières.

2 203 pénalités financières, après 1 523 en 2020 et 3 385 en 2019, ont été prononcées par les Directeurs des organismes du réseau pour un montant global de l'ordre de 8 millions d'euros (4,2 millions d'euros en 2020 et 9,9 millions d'euros en 2019), ce qui montre une reprise significative de cette activité en 2021.

En prévention de la récidive, les Caisses ont adressé 3 179 avertissements relevant de l'article L.114-17-1 du CSS (1 787 en 2020 et 3 710 en 2019). 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).

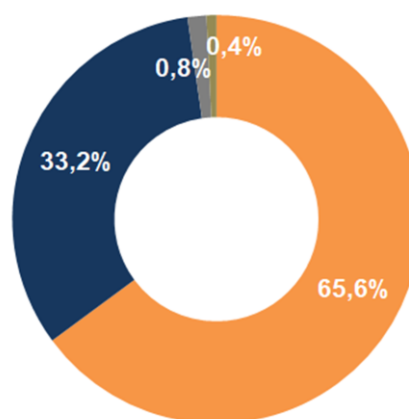
**Graphique - Répartition en nombre des pénalités financières notifiées en 2021**



- Assurés
- Offreurs de soins et de services
- Employeurs (0,1%)

Plus de 85% des pénalités notifiées ont concerné des assurés en 2021, contre 90% en 2020, la part des offreurs de soins et de service est en augmentation : 14% en 2021 contre 9% en 2020.

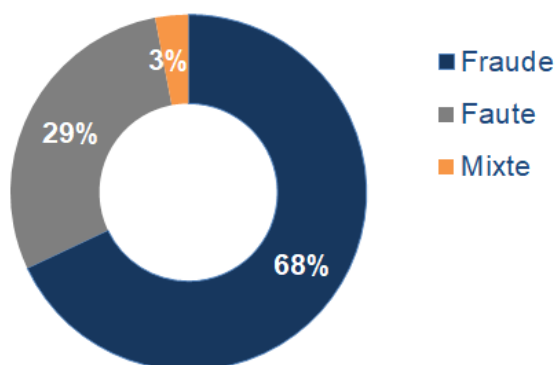
**Graphique - Répartition en montant des pénalités financières notifiées en 2021**



- Offreurs de soins et de services
- Assurés
- Etablissements

Sur les 8 millions d'euros de pénalités notifiées, 33,2% de ce montant concerne les assurés et 65,6% les offreurs de soins et de service (respectivement 59% et 40% en 2020).

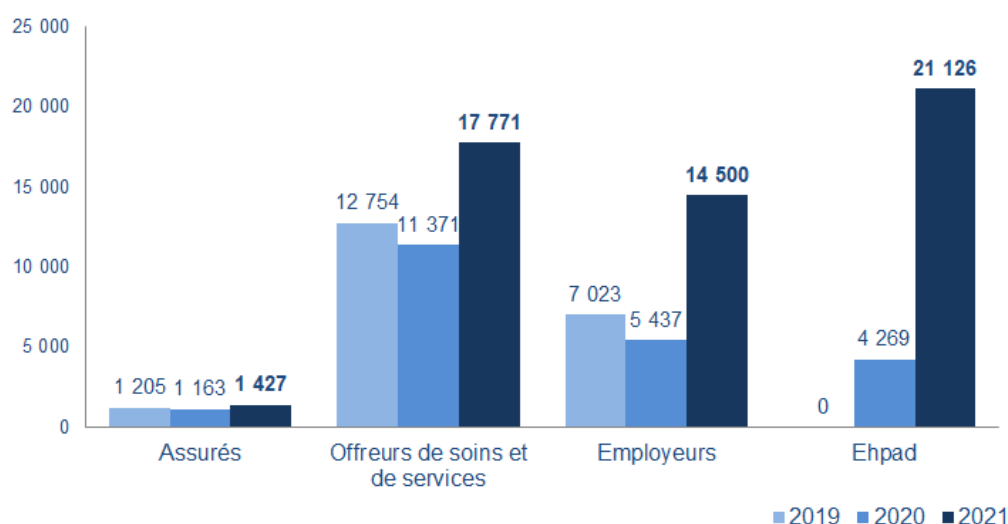
**Graphique** - Répartition du nombre des pénalités financières notifiées en fonction de la qualification en 2021



En 2021, la stabilisation de la proportion de pénalités pour fraudes (68% contre 61% en 2020) est en lien avec les instructions relatives à la priorisation des actions portant sur les pratiques frauduleuses.

Le montant moyen d'une pénalité est de 3 767 euros en 2021 (2 293 euros en 2020) variant de 1 427 euros pour les assurés à 17 771 euros pour les offreurs de soins et de services en santé.

**Graphique** - Montant moyen de pénalités par catégorie d'acteurs en 2021 (en millions d'euros)



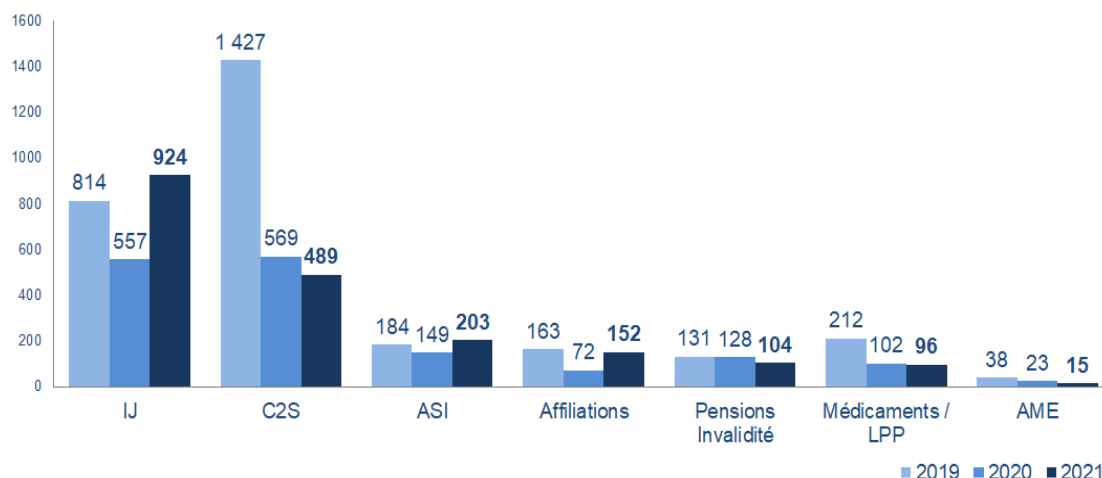
Les avis rendus<sup>5</sup> par le Directeur général de l'Uncam pour prononcer une pénalité à l'encontre d'assurés ont principalement concerné les dossiers de C2S et les indemnités journalières.

Le nombre d'avis rendus pour fausse déclaration lors de la demande de C2S est de 489 en 2021 (569 en 2020).

Les pénalités prononcées à l'encontre des assurés concernant les prestations indemnités journalières représentent près de la moitié des pénalités « Assurés » alors qu'elles ne représentaient qu'1/4 en 2019. 30% des pénalités financières à l'encontre des professionnels de santé concernent des facturations d'actes ou prestations fictifs (18% en 2019).

<sup>5</sup> Il convient de distinguer les avis conformes rendus par le Directeur général de l'Uncam en matière de pénalités financières et les pénalités financières notifiées par les Directeurs des organismes locaux. Certaines pénalités peuvent en effet faire l'objet d'un avis conforme rendu à la fin d'une année donnée, mais être notifiées l'année suivante seulement, pour des raisons tenant aux délais de la procédure des pénalités financières – article L.114-17-1 du CSS. Des écarts de recensement peuvent alors apparaître entre ces deux sources.

**Graphique - Nombre d'avis rendus par type de prestations ou nature de droits pour les assurés en 2021**



### 2.2.3 La voie pénale

#### a) Le dépôt des plaintes pénales

L'Assurance Maladie engage la voie pénale autant que de besoin, avec pour objectif de prioriser des actions sur les dossiers de fraudes à enjeux.

Les Caisses ont déposé **2 341 plaintes pénales et signalements** au titre de l'article 40 du nouveau code de procédure pénale (NCP) au cours de l'année 2021 (+74% par rapport à 2020), accompagnés de demandes en réparation du préjudice subi par l'Assurance Maladie pour un montant de plus de 58,8 millions d'euros, contre 1 344 actions pénales pour un montant de 31,8 millions d'euros en 2020 et 1 542 actions pénales pour un montant de 47,5 millions d'euros en 2019.

Le nombre de plaintes simples s'établit à 1 188 (819 en 2020 et 1 059 en 2019) et le nombre de plaintes avec constitution de partie civile est de 71 en 2021 (55 en 2020 et 59 en 2019).

Le préjudice moyen réclamé par affaire pénale est de 46 879 euros en 2021 (36 415 euros en 2020 ainsi que 42 503 euros en 2019).

Par ailleurs, 1 082 signalements ont été effectués auprès du Procureur au titre de l'art. 40 du NCP en 2021 (470 en 2020 et 424 en 2019). Cette importante augmentation est due au grand nombre de signalements transmis aux Parquets par les CPAM dans le cadre des fraudes aux attestations de vaccination Covid-19.

**Tableau – Répartition en nombre et montant total réclamé des plaintes pénales déposées en 2021**

Tiers	Nombre de plaintes		Montant total réclamé en réparation	
Assurés	961	76%	19 M€	32%
PS et autres	298	24%	40 M€	68%
<b>TOTAL</b>	<b>1 259</b>	<b>100%</b>	<b>59 M€</b>	<b>100%</b>
Rappel 2020	874	-	32 M€	-
Rappel 2019*	1 118	-	47,5 M€	-

\* En 2019, de nombreuses plaintes pénales avaient été déposées dans le cadre d'actions sur de faux arrêts de travail de courte durée et de fraudes à l'AME

## b) Les sanctions prononcées

En 2021, les tribunaux ont prononcé 262 condamnations (149 en 2020). Parmi ces condamnations, 180 comportent une peine de prison (103 en 2020). Le nombre total de jours de prison prononcés est de 77 508 jours, dont 24 666 jours de prison ferme et 52 842 jours de prison avec sursis

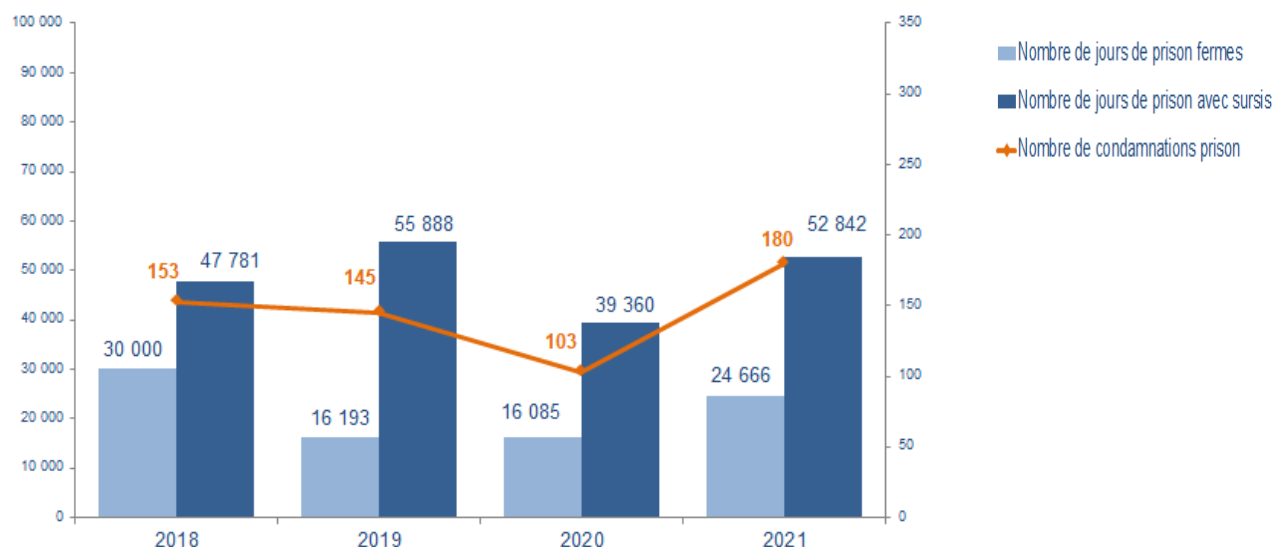
### Fraude d'un pharmacien – Exemple d'une condamnation pénale pour escroquerie

Condamnation pénale d'un pharmacien pour escroquerie au préjudice de l'Assurance Maladie :

- un an et demi de prison ferme,
- interdiction définitive d'exercer la profession de pharmacien,
- confiscation des murs de la pharmacie.

Pour la falsification de plus de 350 ordonnances sur deux ans (surfacturations et facturations notamment de dispositifs médicaux non délivrés) pour un préjudice de 153 000 euros au préjudice de l'Assurance Maladie.

**Graphique - Evolution du nombre de jours de prison ferme et avec sursis et du nombre de peines de prison prononcées de 2018 à 2021**



Les condamnations financières et dommages et intérêts (frais irrépétibles) prononcés par les juridictions pénales représentent un montant total de 24,9 millions d'euros (13,3 millions en 2020 ; 13,8 millions d'euros en 2019). 88 amendes ont été prononcées en 2021 (49 en 2020 ; 43 en 2019) pour un montant de 1,2 million d'euros (0,3 million d'euros en 2020 et 2 millions d'euros en 2019).

## 2.2.4 La voie ordinaire

### a) Les saisines ordinaires

L'Assurance Maladie privilégie la saisine des Ordres professionnels pour les activités abusives ou fautives des professionnels de santé ou pour leurs pratiques dangereuses.

#### FOCUS

#### La section des assurances sociales, une voie essentielle

Dans le choix des suites contentieuses, il est important de disposer de cette voie d'action pour les professionnels de santé disposant d'un ordre. En effet, les sections des assurances sociales remplissent un rôle important car elles permettent un examen spécifique entre pairs de situations d'écart à la déontologie. Elles ont pour finalité de sanctionner les manquements que sont les fraudes, fautes et abus et tous faits intéressant l'exercice de la profession à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux.

En 2021, le nombre de plaintes ordinaires déposées par l'Assurance Maladie devant la Section des assurances sociales d'un Conseil régional d'un Ordre augmente sans atteindre le niveau d'il y a deux ans : **105 plaintes** contre 86 en 2020 et 157 en 2019.

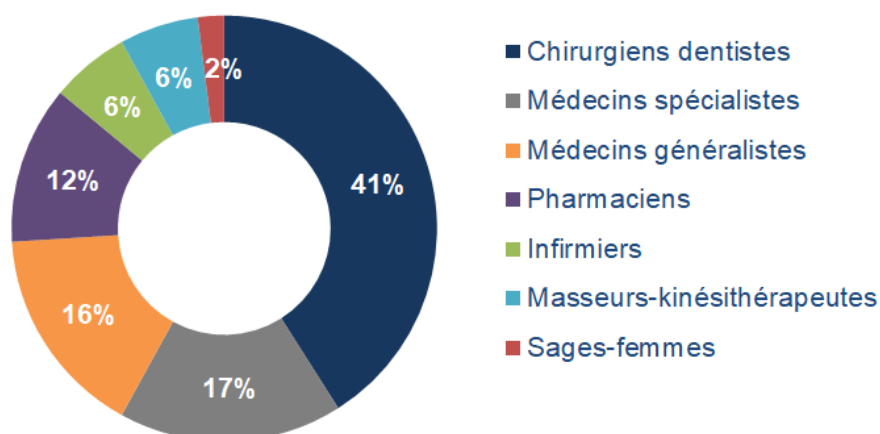


**Tableau - Répartition des saisines ordinaires déposées par l'Assurance Maladie en 2021**

Saisines ou recours déposés	Sections des assurances du conseil de l'Ordre		Conseil d'Etat	Total
	régional	national		
<b>2021</b>	<b>105</b>	<b>51</b>	<b>17</b>	<b>173</b>
<i>Rappel 2020</i>	<i>86</i>	<i>40</i>	<i>4</i>	<i>130</i>
<i>Rappel 2019</i>	<i>157</i>	<i>65</i>	<i>13</i>	<i>235</i>

Par rapport à 2021, la répartition des saisines ordinaires en fonction des catégories de professionnels de santé montre une hausse de la proportion de saisines concernant des chirurgiens-dentistes (40,8% au lieu de 29% en 2020).

**Graphique -** Répartition par profession des saisines des Sections des Assurances Sociales des Conseils Régionaux de l'Ordre en 2021



#### b) Les décisions ordinaires

En 2021, les **juridictions ordinaires régionales** ont rendu **102 décisions** (contre 64 en 2020 et 106 en 2019). Il faut signaler que ces décisions ont donné lieu à un reversement du trop remboursé d'un montant de 1,1 million d'euros en 2021 (0,6 million d'euros en 2020 ; 1,4 millions en 2019).

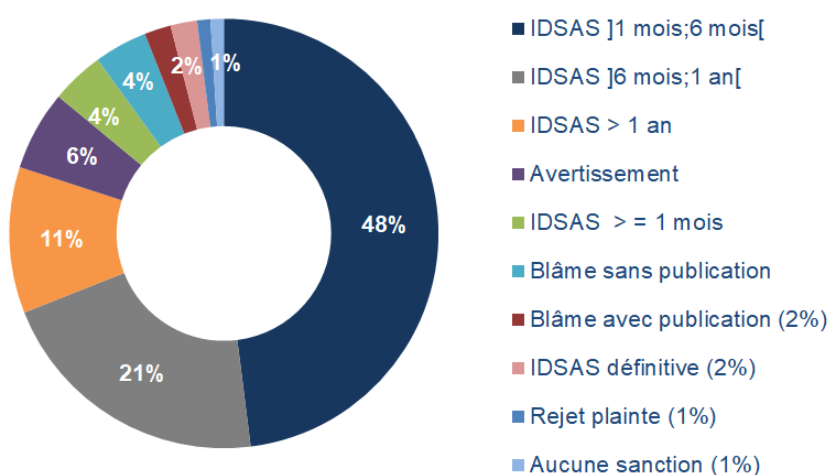
Les **Conseils Nationaux des Ordres** ont rendu quant à eux **71 décisions** (35 en 2020 ; 92 en 2019) pour des saisines déposées en 2021 ou au cours d'années précédentes. Ces décisions ont donné lieu à un reversement du trop remboursé d'un montant de 1,9 millions d'euros en 2021 (0,4 million d'euros en 2020 ; 1,2 millions en 2019).

**Tableau - Répartition des décisions ordinales rendues en 2021 par les Ordres**

Décisions rendues	Sections des assurances du conseil de l'Ordre		Conseil d'Etat	Total
	régional	national		
<b>2021</b>	<b>102</b>	<b>71</b>	<b>16</b>	<b>189</b>
<i>Rappel 2020</i>	<i>64</i>	<i>35</i>	<i>8</i>	<i>107</i>
<i>Rappel 2019</i>	<i>106</i>	<i>92</i>	<i>8</i>	<i>206</i>

**86% 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 2020 (89%) et à l'année 2019 (92%).

**Graphique - Décisions rendues en 2021 par les SAS des Conseils de l'Ordre (régionaux et nationaux)**



\*Interdiction de Donner des Soins aux Assurés Sociaux (IDSAS)

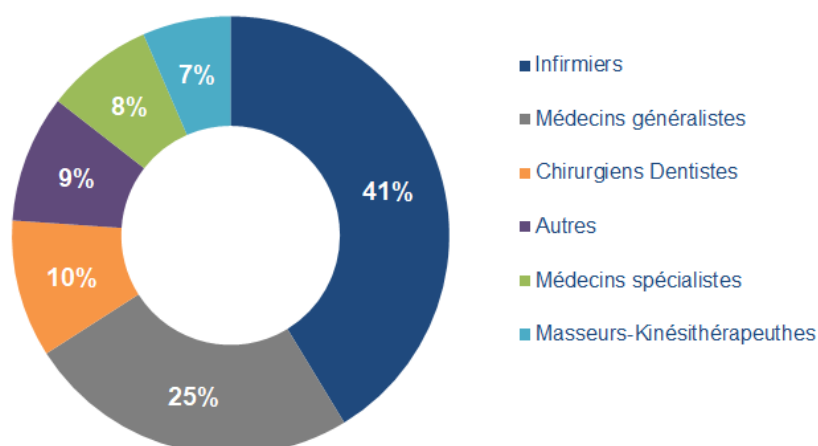
L'ensemble des saisines ordinales de l'Assurance Maladie a ainsi fait l'objet d'une décision par les Ordres avec une sanction dans 99% des cas en 2021.

### c) Les signalements aux ordres

En 2021, l'Assurance Maladie a adressé aux Conseils de l'Ordre des professionnels de santé **138 signalements** (111 en 2020 ; 130 en 2019) au titre de l'article L.162-1-19 du Code de la Sécurité sociale<sup>6</sup>, concernant principalement des infirmiers (41%) et des médecins (25%).

<sup>6</sup> Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

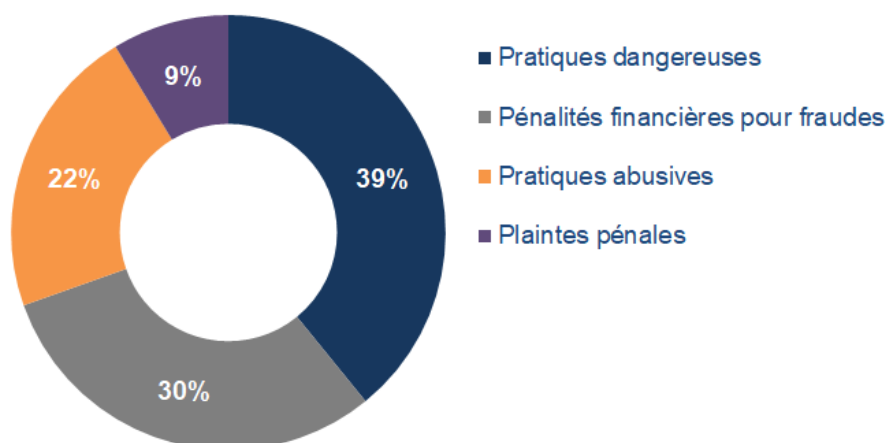
**Graphique - Répartition des signalements aux ordres en 2021**



La fraude et la pratique dangereuse constituent les principaux motifs de signalements, mais ceux-ci peuvent également concerner d'autres manquements déontologiques (ex : non-respect d'une sanction ordinaire d'interdiction d'exercer).

Plusieurs signalements article L.162-1-19 du CSS ont concerné des pratiques médicales dangereuses dans la prise en charge de malades souffrant d'autisme ou de maladie de Lyme.

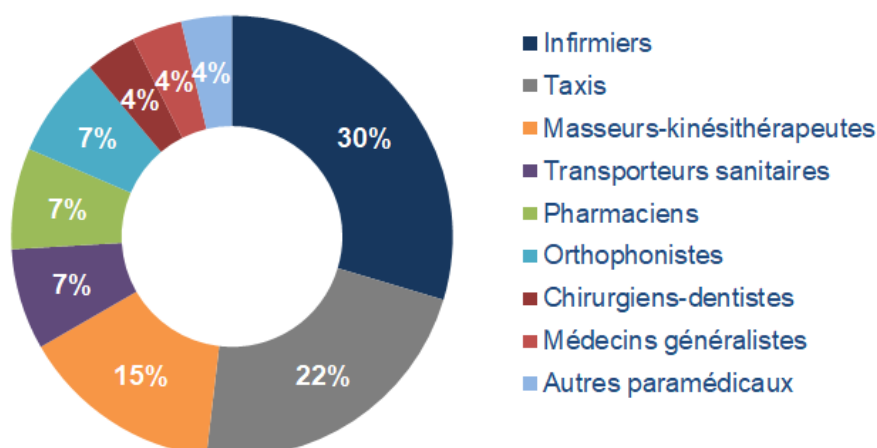
**Graphique - Motifs des signalements aux ordres en 2021**



### 2.2.5 La procédure conventionnelle

En 2021, **28 actions conventionnelles** ont été engagées par l'Assurance Maladie à l'encontre de professionnels de santé (14 en 2020 et 34 en 2019).

**Graphique - Répartition des procédures conventionnelles en 2021 par acteurs**



40% des procédures concernent des prestataires de services et distributeurs de matériel et 30% des infirmiers.

### **2.2.6 Les sanctions financières du contrôle externe T2A**

Compte-tenu du contexte et de la suspension des contrôles T2A depuis mars 2020, une seule sanction financière a été prononcée en 2021 par un Directeur général d'ARS à l'encontre d'un établissement ayant fait l'objet d'un contrôle de la Tarification à l'activité (MCO ou HAD) pour un montant de 22 797 euros, après 17 sanctions financières en 2020 pour un montant total de 1,2 millions.

## **2.3 Les résultats du recouvrement des indus frauduleux et des pénalités financières**

Le principe des indicateurs de taux de recouvrement est d'analyser les créances issues des activités fautives et frauduleuses (hors annulations) constatées sur une année donnée puis de suivre leur recouvrement sur les quatre années qui suivent.

L'exercice 2021 a ainsi permis le suivi des créances enregistrées par les CPAM et les CGSS sur l'exercice 2017.

### **2.3.1 Le recouvrement des indus frauduleux**

#### **a) Les indus frauduleux : des impacts liés à la crise sanitaire encore visibles**

Après une chute de plus de 9 points en 2020, le taux de recouvrement 2021 (sur les constats après 4 ans, soit 2017) a progressé de 1,8 point entre 2020 et 2021 sans retrouver toutefois un niveau comparable à 2019 (59,99%).

**Tableau – Recouvrement des indus frauduleux (fautes et fraudes)**

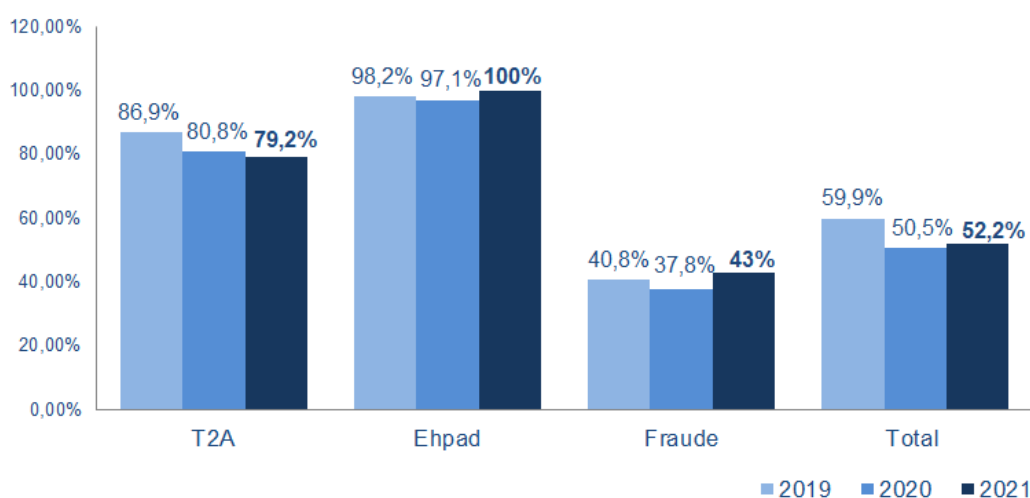
	2019	2020	2021	Variation
Montant des créances émises	109 577 752€	120 303 477€	129 991 135€	18,6%
Taux de recouvrement fautes/fraudes	59,99%	50,49%	52,24%	+7,75 points

En effet, les recouvrements ne connaissent pas une dynamique similaire à celle observée sur les constats (+ 15 millions seulement de recouvrements supplémentaires entre 2019 et 2021).

Une grande partie du recouvrement sur cette typologie d'indus intervient principalement sur les 3ème, 4ème et 5ème années soit bien plus tardivement que ceux des indus sur prestations classiques. Or cette période de recouvrement normalement plus faste, pour ces indus frauduleux générés en 2017, est tombée en pleine crise sanitaire (2020 et 2021) ; période durant laquelle laquelle les actions de recouvrement des services LCF n'ont pas pu être aussi efficaces que sur les années précédentes (suspension des actions de recouvrement ou de retenues sur flux de prestations,...).

Ainsi, ces indus frauduleux nés en 2017 seront très certainement recouvrés sur une période plus longue que les indus constatés antérieurement et sur lesquels des taux de recouvrement plus élevés étaient observés.

**Graphique – Taux de recouvrement des indus frauduleux en 2019, 2020 et 2021 (constats 2015, 2016, 2017)**

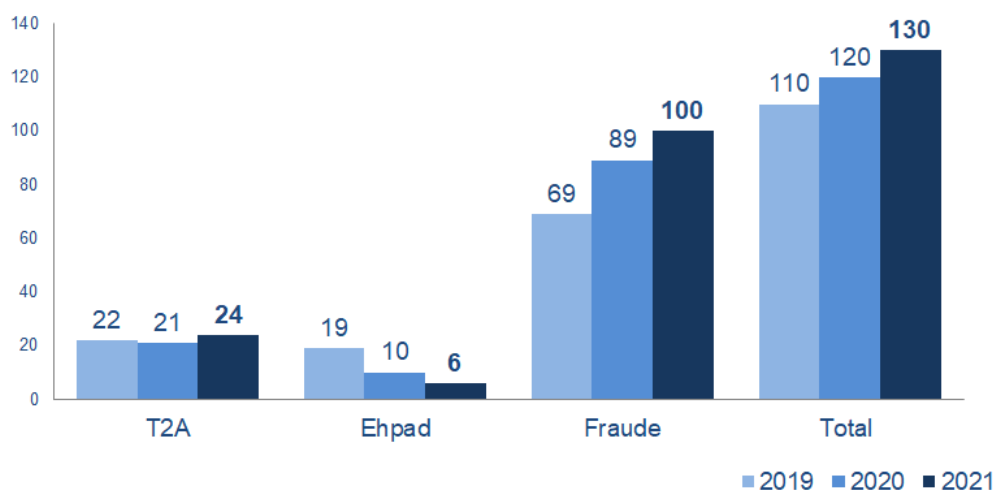


Enfin, malgré la reprise des audiences judiciaires après une suspension sur l'ensemble du territoire en 2019, il n'a pas été possible pour les tribunaux de résorber totalement le retard pris sur les dossiers en cours et souvent à fort enjeu financier. Ainsi, un report sur les exercices postérieurs à 2021 est inévitable et vient également minorer les recouvrements annuels qui auraient dû intervenir à la suite des jugements.

## b) Les indus frauduleux : modification de la structure des créances

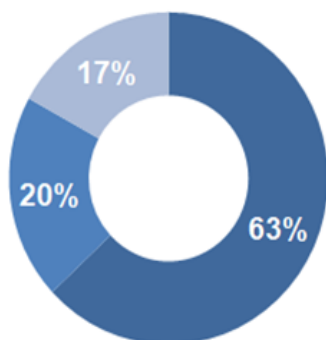
Pour la seconde année consécutive, les constats de créances frauduleuses augmentent de 10 millions d'euros entre deux exercices avec une quote-part dédiée aux indus frauduleux hors indus T2A et EHPAD de plus en plus importante.

**Graphique –** Etats des créances à fin 2019, 2020 et 2021, pour les constats de 2015 à 2017 (en millions d'euros)

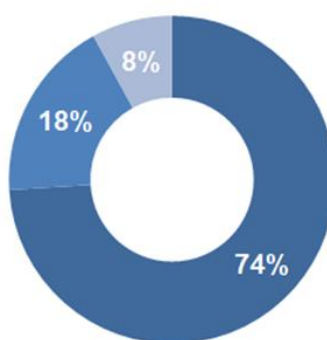


**Graphique –** Structure des indus frauduleux de 2019 à 2021 (fautes et fraudes), respectivement constats 2015 à 2017

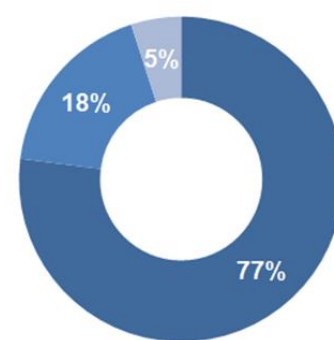
Constats 2015 (Exercice 2019)



Constats 2016 (Exercice 2020)



Constats 2017 (Exercice 2021)



■ Fraude ■ T2A ■ Ehpad

A fin 2021, les indus frauduleux hors T2A et EHPAD représentent dorénavant 77 % de la structure de ces indus contre 74% l'année précédente (+ 45 % et 31 millions d'euros supplémentaires de constats sur les indus générés en 2015, 2016 et 2017 et analysés au 31 décembre des années 2019, 2020 et 2021). Le poids de ces créances pour fraude et leur augmentation coïncident ainsi avec les mesures accrues de pilotage et de renforcement de lutte contre la fraude menée par la Cnam.

### 2.3.2 Les pénalités financières

Les pénalités financières sont recouvrées plus rapidement que les dossiers ouverts pour fraudes ou fautes. Ainsi, les constats de créances réalisées sur l'année 2017 sont principalement recouverts sur les deux ou trois années qui suivent (soit 2018, 2019 et 2020).

**Tableau – Recouvrement des pénalités financières prononcées (hors T2A)**

	2019	2020	2021	Variation
<b>Montant des créances émises</b>	9 718 288€	13 934 908€	13 289 646€	36,7%
<b>Taux de recouvrement fautes/fraudes</b>	71,65%	72,92%	71,33%	+0,3 points

Le **taux de recouvrement des pénalités financières** prononcées diminue légèrement suite à la crise sanitaire et s'élève à **71,32%** en 2021 contre 72,90% en 2020.

### 2.3.3 La poursuite des actions de formation liées au recouvrement

Malgré la crise sanitaire, l'Assurance Maladie a souhaité maintenir un rythme soutenu dans l'organisation des sessions de formation afin de faire bénéficier un maximum d'organismes du réseau de ce module dédié spécifiquement au recouvrement des indus frauduleux.

Douze sessions ont été organisées sur l'année 2021 et ont accueilli un total de 105 participants.

Cette formation est suivie par une enquête de satisfaction auprès des stagiaires afin de la faire évoluer en fonction des besoins des collaborateurs des services recouvrement et LCF des CPAM et des CGSS (articulation entre l'action pénale et l'action civile, étude de solvabilité, mesures conservatoires...).

### SOMMAIRE

#### **ANNEXE 01**

**CONTRIBUTIONS LCF A LA REALISATION DE L'OBJECTIF ONDAM 2021**

#### **ANNEXE 02**

**RENDEMENT FINANCIER DES PROGRAMMES NATIONAUX CLOTURES**

#### **ANNEXE 03**

**RESULTAT DES ACTIONS DE REPRESSION DES FRAUDES ET ACTIVITES FAUTIVES (ACTIONS NATIONALES ET LOCALES)**

#### **ANNEXE 04**

**RESULTAT LCF 2021 DU CENTRE NATIONAL DES SOINS A L'ETRANGER (CNSE)**

#### **ANNEXE 05**

**SIGNALEMENTS INTER-PARTENAIRES ET TEMOIGNAGES DE TIERS**

#### **ANNEXE 06**

**TABEAU DE SUIVI DES PROCEDURES PENALES**

#### **ANNEXE 07**

**LE DROIT DE COMMUNICATION DE L'ASSURANCE MALADIE**

#### **ANNEXE 08**

**GLOSSAIRE**



## ANNEXE 01

### CONTRIBUTIONS LCF A LA REALISATION DE L'OBJECTIF ONDAM 2021

Les actions de lutte contre la fraude concourent à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et sont articulées avec celles menées en matière de maîtrise médicalisée. 150 millions d'euros été attendus des actions de lutte contre la fraude : cet objectif a presque été atteint, malgré les impacts de la crise sanitaire ayant reporté un certain nombre d'actions.

Les résultats 2021 (en millions d'euros) figurent dans le tableau ci-dessous.

Thèmes		Objectifs 2021 (M€)	Résultats au 31/12/2021	Taux d'atteinte
<b>RESULTATS AXE 1</b>		<b>72,0</b>	<b>84,7</b>	<b>118%</b>
<b>Professionnels de santé, PSDM</b>	Médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	12,0	14,6	122%
	IDE, MK, orthophonistes, orthoptistes	25,0	28,9	116%
	Autres paramédicaux, fournisseurs, pédicures podologues, prestataires, transporteurs sanitaires, taxis	13,0	15,3	118%
	Pharmaciens, médicaments, biologie, laboratoires	10,0	11,4	114%
	Chirurgie plastique	12,0	14,5	121%
<b>RESULTATS AXE 2</b>		<b>8,0</b>	<b>16,9</b>	<b>211%</b>
<b>Etablissements et centres de santé</b>	T2A	4,3	0,0	0%
	Autres contrôles établissements	3,7	16,9	454%
<b>RESULTATS AXE 3</b>		<b>30,0</b>	<b>31,6</b>	<b>105%</b>
<b>Prestations en espèces</b>	IJ	4,5	12,2	272%
	Autres PE	9	19,3	215%
	MSO/MSAP	16,5	0	0%
<b>RESULTATS AXE 4</b>		<b>40</b>	<b>13,6</b>	<b>34%</b>
<b>Droits de base et complémentaires</b>	Puma	15	8,3	56%
	Plan de contrôle annuel sur l'attribution de prestations sous condition de ressources (ACS, ASI, AME...)	25	5,2	21%
<b>TOTAL 2021</b>		<b>150</b>	<b>146,8</b>	<b>98%</b>

## ANNEXE 02

### RENDEMENT FINANCIER DES PROGRAMMES NATIONAUX CLOTURES

Les programmes de contrôle-contentieux nationaux clôturés ayant permis de valoriser au moins 4 millions d'euros de préjudices cumulés de 2014 à 2021 (données arrêtées au 31/12/2021) représentent un préjudice total de 580 701 214 euros avec une fourchette allant de 4,3 millions d'euros à 59,9 millions d'euros.

Programmes nationaux	Année de lancement	Montant total
T2A MCO	2017	59 883 799
T2A MCO	2015	53 398 090
T2A MCO	2016	45 959 208
T2A MCO	2014	43 042 014
T2A MCO	2018	40 034 114
T2A MCO	2019	28 270 862
Ehpad	2015	22 035 548
Chirurgie plastique	2019	16 439 890
Chirurgie plastique	2018	14 670 980
Chirurgie plastique	2017	14 580 633
Chirurgie plastique	2015	14 415 390
Chirurgie plastique	2016	14 045 613
Chirurgie plastique	2014	13 969 549
HAD	2014	13 304 705
Chirurgie plastique	2020	11 114 679
Ehpad	2016	10 253 677
Ehpad	2014	9 986 152
HAD	2017	9 877 746
Rentes accident du travail et pensions d'invalidité	2018	9 803 617
HAD	2016	9 627 964
Biologie	2015	9 141 189
Ehpad	2018	8 791 320
Ehpad	2017	8 620 815
PS Atypiques	2014	8 260 249
Transporteurs	2014	7 563 004
Rentes accident du travail et pensions d'invalidité	2016	7 253 103
CMUC	2017	7 174 583
Transporteurs	2013	6 482 616
SSIAD	2018	6 289 517
IDE	2016	6 236 651
Rentes accident du travail et pensions d'invalidité	2017	5 867 574
CMUC	2018	5 701 007
SSIAD	2016	5 465 420
LPP PSDM	2014	5 276 677
IDE	2013	4 963 941
SSIAD	2017	4 959 987
CMUC	2019	4 651 556
Rentes accident du travail et pensions d'invalidité	2014	4 533 096
LPP Pharmaciens	2014	4 426 812
CMUC	2016	4 327 867
<b>TOTAL 2021</b>		<b>580 701 214</b>

### ANNEXE 03

## RESULTATS DES ACTIONS DE REPRESSION DES FRAUDES ET ACTIVITES FAUTIVES (ACTIONS NATIONALES ET LOCALES)

### 01. DENOMBREMENT DES FRAUDES AYANT DONNE LIEU A ACTION EN 2021 ET MONTANT DU PREJUDICE SUBI OU EVITE CORRESPONDANT PAR GRIEF TOUS ACTEURS \*

Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	100	0,77%	2 755 664	53 904	2 809 568	1,37%
Autres fraudes	112	0,86%	1 861 930	652 954	2 514 884	1,23%
Cumul IJ, non respect des règles de sortie ou autres fraudes aux IJ	1 671	12,88%	11 378 591	1 450 100	12 828 691	6,27%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	63	0,49%	4 931 670	1 125 690	6 057 360	2,96%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	424	3,27%	8 803 706	689 041	9 492 747	4,64%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	121	0,93%	4 755 230	598 687	5 353 916	2,61%
Falsification d'arrêt de travail ou pièces justificatives	944	7,28%	5 098 860	1 349 393	6 448 253	3,15%
Falsification ou non-respect des règles de facturation prévues par la LPP	183	1,41%	1 859 661	175 805	2 035 465	0,99%
Fraude à la nomenclature	1 365	10,52%	28 681 073	6 133 298	34 814 371	17,00%
Fraude à la prescription	564	4,35%	17 946 716	4 347 532	22 294 248	10,89%
Fraude à l'agrément ou aux véhicules	27	0,21%	1 372 953	97 177	1 470 130	0,72%
Fraude à l'ASI	296	2,28%	1 622 115	815 634	2 437 748	1,19%
Fraudes à la reconnaissance et au maintien - Rentes AT	666	5,13%	4 441 772	13 115 224	17 556 996	8,57%
Fraudes aux conditions de résidence - AME	107	0,82%	702 086	207 632	909 718	0,44%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - C2S/CMUC/ACS	2 800	21,58%	1 092 344	2 771 315	3 863 658	1,89%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - PUMA	1 431	11,03%	1 777 502	7 420 775	9 198 276	4,49%
Fraudes travailleurs frontaliers	110	0,85%	408 855	90 090	498 946	0,24%
Médicaments abus et trafics	994	7,66%	6 706 707	320 966	7 027 673	3,43%
Non déclaration d'un changement dans la situation	178	1,37%	266 452	405 746	672 198	0,33%
Non respect de la réglementation	273	2,10%	7 567 077	561 697	8 128 774	3,97%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	545	4,20%	38 730 779	9 612 995	48 343 773	23,61%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>12 974</b>	<b>100,00%</b>	<b>152 761 740</b>	<b>51 995 652</b>	<b>204 757 393</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	11 496	100,00%	82 412 759	24 357 731	106 770 490	100,00%
TOTAL 2019	21 290	100,00%	174 347 803	45 191 137	219 538 939	100,00%

\* hors fraudes chirurgie plastique

## 02. DENOMBREMENT DES FRAUDES AYANT DONNE LIEU A ACTION EN 2021 ET MONTANT DU PREJUDICE SUBI OU EVITE CORRESPONDANT PAR GRIEF PAR ACTEUR

- Les assurés

Griefs	Fraudes ayant		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi	Montant préjudice évité	Montant Total	%
Abus ou détournement de prestations en nature	48	0,52%	195 469	5 600	201 069	0,34%
Autres fraudes	87	0,94%	1 132 920	648 793	1 781 713	3,01%
Cumul IJ, non respect des règles de sortie ou autres fraudes aux IJ	1 665	17,91%	11 159 110	1 447 046	12 606 156	21,27%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	64	0,69%	258 587	9 762	268 349	0,45%
Falsification d'arrêt de travail ou pièces justificatives	845	9,09%	2 002 401	760 596	2 762 997	4,66%
Falsification ou non-respect des règles de facturation prévues par la LPP	15	0,16%	154 655	42 749	197 403	0,33%
Fraude à la prescription	271	2,91%	1 246 966	48 842	1 295 808	2,19%
Fraude à l'ASI	296	3,18%	1 622 115	815 634	2 437 748	4,11%
Fraudes à la reconnaissance et au maintien - Rentes AT	664	7,14%	4 434 016	13 115 224	17 549 240	29,61%
Fraudes aux conditions de résidence - AME	98	1,05%	479 528	205 427	684 955	1,16%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - C2S/CMUC/ACS	2 798	30,09%	1 092 038	2 770 493	3 862 531	6,52%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - PUMA	1 365	14,68%	1 769 408	7 280 414	9 049 822	15,27%
Fraudes travailleurs frontaliers	110	1,18%	408 855	90 090	498 946	0,84%
Médicaments abus et trafics	784	8,43%	4 988 852	291 939	5 280 791	8,91%
Non déclaration d'un changement dans la situation	178	1,91%	266 452	405 746	672 198	1,13%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	10	0,11%	105 010	4 298	109 308	0,18%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>9 298</b>	<b>100,00%</b>	<b>31 316 380</b>	<b>27 942 653</b>	<b>59 259 033</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2020</b>	<b>6 885</b>	<b>100,00%</b>	<b>21 075 626</b>	<b>15 272 000</b>	<b>36 347 626</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2019</b>	<b>10 439</b>	<b>100,00%</b>	<b>27 712 484</b>	<b>28 434 996</b>	<b>56 147 479</b>	<b>100,00%</b>

- Les professionnels de santé

MEDECINS GENERALISTES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant (€) du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	4	3,20%	96 115	0	96 115	1,67%
Autres fraudes	8	6,40%	327 099	529	327 628	5,71%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	12	9,60%	361 748	225 782	587 530	10,23%
Fraude à la nomenclature	36	28,80%	456 429	933	457 362	7,97%
Fraude à la prescription	22	17,60%	1 546 154	955 877	2 502 031	43,58%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	43	34,40%	1 631 289	139 392	1 770 681	30,84%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>125</b>	<b>100,00%</b>	<b>4 418 833</b>	<b>1 322 514</b>	<b>5 741 347</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2020</b>	<b>112</b>	<b>100,00%</b>	<b>4 782 930</b>	<b>166 156</b>	<b>4 949 086</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2019</b>	<b>238</b>	<b>100,00%</b>	<b>8 613 100</b>	<b>307 064</b>	<b>8 920 164</b>	<b>100,00%</b>

MEDECINS SPECIALISTES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant préjudice subi (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	4	1,24%	487 168	0	487 168	4,17%
Autres fraudes	6	1,86%	169 734	0	169 734	1,45%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	4	1,24%	15 471	160 446	175 917	1,51%
Fraude à la nomenclature	249	77,33%	4 514 663	689 258	5 203 921	44,57%
Fraude à la prescription	3	0,93%	18 321	0	18 321	0,16%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	56	17,39%	5 309 633	310 530	5 620 163	48,14%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>322</b>	<b>100,00%</b>	<b>10 514 989</b>	<b>1 160 234</b>	<b>11 675 224</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	166	100,00%	5 077 599	55 462	5 133 061	100,00%
TOTAL 2019	265	100,00%	8 277 628	658 130	8 935 758	100,00%

CHIRURGIENS DENTISTES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	25	18,38%	648 304	862	649 166	21,72%
Autres fraudes	2	1,47%	7 648	2 685	10 333	0,35%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	4	2,94%	212 074	156 107	368 181	12,32%
Fraude à la nomenclature	88	64,71%	813 479	160 052	973 532	32,57%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	17	12,50%	604 148	383 462	987 610	33,04%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>136</b>	<b>100,00%</b>	<b>2 285 653</b>	<b>703 169</b>	<b>2 988 821</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	122	100,00%	2 983 427	59 864	3 043 291	100,00%
TOTAL 2019	252	100,00%	3 863 552	210 033	4 073 585	100,00%

SAGES - FEMMES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	1	9,09%	10 274	0	10 274	2,34%
Fraude à la nomenclature	6	54,55%	33 070	4 000	37 070	8,43%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	4	36,36%	392 521	0	392 521	89,24%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>	<b>435 864</b>	<b>4 000</b>	<b>439 864</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	7	100,00%	50 584	7 725	58 309	100,00%
TOTAL 2019	13	100,00%	162 807	39 318	202 125	100,00%

PHARMACIENS						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	5	1,44%	10 726	27	10 752	0,06%
Autres fraudes	3	0,86%	2 785	0	2 785	0,01%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	2	0,58%	926 997	0	926 997	4,79%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	67	19,31%	729 502	40 743	770 245	3,98%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	15	4,32%	2 498 800	543 322	3 042 122	15,72%
Fraude à la nomenclature	83	23,92%	2 727 273	248 351	2 975 624	15,38%
Fraude à la prescription	105	30,26%	5 277 277	1 103 989	6 381 266	32,97%
Médicaments abus et trafics	5	1,44%	247 097	0	247 097	1,28%
Non respect de la réglementation	14	4,03%	89 302	0	89 302	0,46%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	48	13,83%	4 821 513	85 807	4 907 320	25,36%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>347</b>	<b>100,00%</b>	<b>17 331 272</b>	<b>2 022 239</b>	<b>19 353 511</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	258	100,00%	7 869 614	1 566 053	9 435 667	100,00%
TOTAL 2019	673	100,00%	16 053 809	1 275 990	17 329 799	100,00%

MASSEURS KINESITHERAPEUTES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	5	1,53%	62 869	9 597	72 467	0,89%
Autres fraudes	2	0,61%	2 726	0	2 726	0,03%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	4	1,22%	238 502	32 675	271 177	3,33%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	7	2,14%	258 925	25 351	284 275	3,49%
Fraude à la nomenclature	167	51,07%	2 512 427	328 089	2 840 516	34,89%
Fraude à la prescription	19	5,81%	630 357	60 478	690 835	8,49%
Non respect de la réglementation	56	17,13%	1 267 887	216 154	1 484 042	18,23%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	67	20,49%	2 131 543	363 005	2 494 548	30,64%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>327</b>	<b>100,00%</b>	<b>7 105 237</b>	<b>1 035 348</b>	<b>8 140 586</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	142	100,00%	2 959 914	72 402	3 032 316	100,00%
TOTAL 2019	419	100,00%	8 294 249	487 045	8 781 294	100,00%

INFIRMIERS						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	6	0,88%	1 127 540	37 818	1 165 358	3,17%
Autres fraudes	2	0,29%	139 275	946	140 221	0,38%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	9	1,33%	1 974 917	90 032	2 064 950	5,62%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	8	1,18%	23 449	3 736	27 186	0,07%
Fraude à la nomenclature	393	57,88%	11 326 911	3 457 317	14 784 227	40,25%
Fraude à la prescription	83	12,22%	4 308 227	1 419 395	5 727 622	15,59%
Non respect de la réglementation	35	5,15%	366 568	258 754	625 322	1,70%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	143	21,06%	10 487 522	1 706 594	12 194 116	33,20%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>679</b>	<b>100,00%</b>	<b>29 754 410</b>	<b>6 974 593</b>	<b>36 729 002</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	437	100,00%	14 646 463	574 421	15 220 884	100,00%
TOTAL 2019	1 351	100,00%	35 796 023	3 490 666	39 286 689	100,00%

ORTHOPHONISTES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	1	5,00%	12 806	0	12 806	4,70%
Fraude à la nomenclature	7	35,00%	103 924	0	103 924	38,16%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	12	60,00%	150 799	4 784	155 583	57,13%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>	<b>267 530</b>	<b>4 784</b>	<b>272 313</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	13	100,00%	256 876	2 909	259 785	100,00%
TOTAL 2019	18	100,00%	498 415	25 308	523 723	100,00%

ORTHOPTISTES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Abus ou détournement de prestations en nature	1	25,00%	9 302	0	9 302	43,27%
Fraude à la nomenclature	1	25,00%	10 375	0	10 375	48,26%
Fraude à la prescription	1	25,00%	1 819	0	1 819	8,46%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	1	25,00%	0	0	0	0,00%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>	<b>21 496</b>	<b>0</b>	<b>21 496</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	0	0,00%	0	0	0	0,00%
TOTAL 2019	6	100,00%	164 328	0	164 328	100,00%

PEDICURES PODOLOGUES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Fraude à la nomenclature	1	100,00%	2 678	0	2 678	100,00%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>	<b>2 678</b>	<b>0</b>	<b>2 678</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	1	100,00%	1 929	0	1 929	100,00%
TOTAL 2019	17	100,00%	233 869	14 057	247 926	100,00%

AUTRES PARAMEDICAUX						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Autres fraudes	1	12,50%	600	0	600	0,08%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	1	12,50%	0	0	0	0,00%
Fraude à la nomenclature	2	25,00%	10 399	0	10 399	1,45%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	4	50,00%	506 545	197 431	703 976	98,46%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>	<b>517 544</b>	<b>197 431</b>	<b>714 975</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	6	100,00%	28 377	0	28 377	100,00%
TOTAL 2019	5	100,00%	69 237	0	69 237	100,00%

LABORATOIRES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	1	1,35%	0	116	116	0,01%
Fraude à la nomenclature	58	78,38%	397 315	0	397 315	23,61%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	15	20,27%	1 285 663	0	1 285 663	76,39%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>74</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 682 978</b>	<b>116</b>	<b>1 683 094</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	133	100,00%	956 909	0	956 909	100,00%
TOTAL 2019	186	100,00%	2 613 037	0	2 613 037	100,00%

TRANSPORTEURS						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	8	2,30%	693 896	33 732	727 628	5,41%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	23	6,61%	1 787 223	4 850	1 792 072	13,32%
Fraude à la nomenclature	116	33,33%	1 254 435	11 246	1 265 680	9,41%
Fraude à la prescription	12	3,45%	1 975 610	95 280	2 070 889	15,40%
Fraude à l'agrément ou aux véhicules	27	7,76%	1 372 953	97 177	1 470 130	10,93%
Non respect de la réglementation	134	38,51%	4 364 239	76 351	4 440 590	33,01%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	28	8,05%	1 508 830	175 623	1 684 453	12,52%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>348</b>	<b>100,00%</b>	<b>12 957 185</b>	<b>494 258</b>	<b>13 451 443</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	186	100,00%	6 009 098	64 155	6 073 253	100,00%
TOTAL 2019	580	100,00%	18 059 101	2 606 045	20 665 147	100,00%

PSDM						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	16	4,34%	493 102	426 800	919 902	5,62%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	102	27,64%	519 904	18 426	538 330	3,29%
Falsification ou non-respect des règles de facturation prévues par l'ARS	162	43,90%	1 610 571	133 056	1 743 627	10,66%
Fraude à la nomenclature	22	5,96%	304 287	41 637	345 924	2,12%
Fraude à la prescription	15	4,07%	2 372 669	654 149	3 026 819	18,51%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	52	14,09%	4 887 285	4 893 210	9 780 496	59,80%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>369</b>	<b>100,00%</b>	<b>10 187 819</b>	<b>6 167 279</b>	<b>16 355 097</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	154	100,00%	2 544 194	78 434	2 622 628	100,00%
TOTAL 2019	608	100,00%	6 124 668	560 258	6 684 927	100,00%

AUTRES PRESTATAIRES DE SERVICES						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Falsification d'arrêt de travail ou pièces justificatives	38	35,51%	2 176 525	88 526	2 265 052	86,64%
Fraude à la nomenclature	3	2,80%	13 153	119 584	132 737	5,08%
Fraudes aux conditions de résidence - AME	3	2,80%	0	2 205	2 205	0,08%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - PUMA	62	57,94%	2 018	137 988	140 006	5,36%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	1	0,93%	74 372	0	74 372	2,84%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>107</b>	<b>100,00%</b>	<b>2 266 068</b>	<b>348 304</b>	<b>2 614 372</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	112	100,00%	419 722	424 278	844 000	100,00%
TOTAL 2019	134	100,00%	135 158	277 015	412 174	100,00%



- Les établissements de santé

ETABLISSEMENTS DE SANTE						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Autres fraudes	1	0,22%	79 143	0	79 143	0,45%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	232	51,67%	7 242 472	594 170	7 836 642	44,20%
Fraude à la nomenclature	133	29,62%	4 200 256	1 072 830	5 273 086	29,74%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - Puma	1	0,22%	1 554	0	1 554	0,01%
Médicaments abus et trafics	21	4,68%	379 336	0	379 336	2,14%
Non respect de la réglementation	31	6,90%	1 470 333	0	1 470 333	8,29%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	30	6,68%	1 782 075	907 735	2 689 810	15,17%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>449</b>	<b>100,00%</b>	<b>15 155 169</b>	<b>2 574 736</b>	<b>17 729 905</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	448	100,00%	9 212 283	1 802 632	11 014 914	100,00%
TOTAL 2019	1 904	100,00%	25 454 077	2 499 535	27 953 612	100,00%

EHPAD						
Griefs	Fraudes ayant donné lieu à action		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	8	100,00%	29 454	6 614	36 068	100,00%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>	<b>29 454</b>	<b>6 614</b>	<b>36 068</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	2 191	100,00%	779 487	4 169 452	4 948 940	100,00%
TOTAL 2019	3 714	100,00%	6 730 588	2 317 024	9 047 613	100,00%

- Les employeurs

EMPLOYEURS						
Griefs	Fraudes ayant		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi (€)	Montant préjudice évité (€)	Montant Total (€)	%
Falsification d'arrêt de travail ou pièces justificatives	17	89,47%	329 153	0	329 153	98,40%
Fraudes à la reconnaissance et au maintien - Rentes AT	1	5,26%	1 913	0	1 913	0,57%
Fraudes aux conditions de résidence - AME	1	5,26%	3 427	0	3 427	1,02%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>	<b>334 493</b>	<b>0</b>	<b>334 493</b>	<b>100,00%</b>
TOTAL 2020	10	100,00%	60 090	5 918	66 008	100,00%
TOTAL 2019	29	100,00%	468 747	58 441	527 187	100,00%

- Les fraudes en bandes organisées

FRAUDES EN BANDES ORGANISEES						
Griefs	Fraudes ayant		Montant € du préjudice subi et/ou évité			
	Nombre acteurs	%	Montant préjudice subi	Montant préjudice évité	Montant Total	%
Abus ou détournement de prestations en nature	1	0,31%	107 897	0	107 897	1,50%
Cumul IJ, non respect des règles de sortie ou autres fraudes au	6	1,86%	219 481	3 054	222 535	3,08%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médica	1	0,31%	2 155	0	2 155	0,03%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	19	5,90%	210 620	40 753	251 373	3,48%
Falsification d'arrêt de travail ou pièces justificatives	44	13,66%	590 782	500 270	1 091 052	15,12%
Falsification ou non-respect des règles de facturation prévues	6	1,86%	94 435	0	94 435	1,31%
Fraude à la prescription	33	10,25%	569 317	9 521	578 838	8,02%
Fraudes à la reconnaissance et au maintien - Rentes AT	1	0,31%	5 843	0	5 843	0,08%
Fraudes aux conditions de résidence - AME	5	1,55%	219 131	0	219 131	3,04%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - C2S/CN	2	0,62%	306	822	1 128	0,02%
Fraudes aux conditions de ressources et de résidence - PUMA	3	0,93%	4 522	2 373	6 895	0,10%
Médicaments abus et trafics	184	57,14%	1 091 422	29 027	1 120 449	15,53%
Non respect de la réglementation	3	0,93%	8 748	10 437	19 186	0,27%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	14	4,35%	3 052 030	441 123	3 493 154	48,42%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>322</b>	<b>100,00%</b>	<b>6 176 689</b>	<b>1 037 381</b>	<b>7 214 070</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2020</b>	<b>113</b>	<b>100,00%</b>	<b>2 697 637</b>	<b>35 869</b>	<b>2 733 507</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2019</b>	<b>439</b>	<b>100,00%</b>	<b>5 022 926</b>	<b>1 930 211</b>	<b>6 953 137</b>	<b>100,00%</b>

### 03. DENOMBREMENT DES FRAUDES AYANT DONNE LIEU A ACTION EN 2021 A NOTIFICATION D'INDUS OU TRANSACTION PAR LE REGIME GENERAL DE L'ASSURANCE MALADIE SELON L'ACTEUR

Dénombrement par acteur des principales actions engagées en 2021 selon leur nature - France entière											
Acteurs	Nombre de dossiers Fraudes *	%	Nombre Indus notifiés *	Montant Indus notifiés *	%	Nombre Transactions signées *	Montant Transactions signées *	%	Nombre Pénalités Financières notifiées *	Montant Pénalités Financières notifiées *	%
Assurés	9 298	71,67%	3 530	15 039 215	56,16%				1 370	1 585 647	89,95%
Autres et Bandes organisées	322	2,48%	40	330 412	0,64%	1	17 665	2,27%	15	66 593	0,98%
Autres paramédicaux	8	0,06%	3	10 399	0,05%						
Chirurgiens dentistes	136	1,05%	107	1 032 415	1,70%				6	47 493	0,39%
Employeurs	19	0,15%	12	130 331	0,19%						
Etablissements de santé	449	3,46%	405	11 360 360	6,44%	10	2 677 099	22,73%			
EHPAD	8	0,06%	2	29 454	0,03%				3	15 577	0,20%
Fournisseurs et autres prestataires	476	3,67%	307	3 107 587	4,88%				16	268 227	1,05%
Infirmiers	679	5,23%	597	14 658 520	9,50%	3	190 000	6,82%	62	1 170 721	4,07%
Laboratoires	74	0,57%	73	1 682 978	1,16%						
Masseurs Kiné	327	2,52%	288	3 934 160	4,58%	3	275 000	6,82%	13	210 409	0,85%
Médecins Généralistes	125	0,96%	74	1 265 524	1,18%	1	10 000	2,27%	6	57 500	0,39%
Médecins Spécialistes	322	2,48%	255	5 497 129	4,06%	1	20 000	2,27%	3	36 374	0,20%
Orthophonistes	20	0,15%	17	197 530	0,27%	1	70 000	2,27%	2	24 974	0,13%
Orthoptistes	4	0,03%	1	1 819	0,02%						
Pédicures-podologues	1	0,01%	1	2 678	0,02%						
Pharmaciens	347	2,67%	265	6 567 242	4,22%	21	1 020 812	47,73%	10	265 519	0,66%
Sages femmes	11	0,08%	10	59 572	0,16%						
Transporteurs	348	2,68%	299	5 197 906	4,76%	3	234 894	6,82%	17	246 758	1,12%
<b>TOTAL 2021</b>	<b>12 974</b>	<b>100,00%</b>	<b>6 286</b>	<b>70 105 232</b>	<b>100,00%</b>	<b>44</b>	<b>4 515 470</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 523</b>	<b>3 995 791</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2020</b>	<b>11 470</b>	<b>100,00%</b>	<b>4 132</b>	<b>43 111 421</b>	<b>100,00%</b>	<b>12</b>	<b>994 081</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 522</b>	<b>3 978 939</b>	<b>100,00%</b>
<b>TOTAL 2019</b>	<b>21 290</b>	<b>100,00%</b>	<b>11 685</b>	<b>106 510 334</b>	<b>100,00%</b>	<b>53</b>	<b>2 696 858</b>	<b>100,00%</b>	<b>3 383</b>	<b>9 906 708</b>	<b>100,00%</b>

## ANNEXE 04

### RESULTAT LCF 2021 DU CENTRE NATIONAL DES SOINS A L'ETRANGER (CNSE)

En 2021, Le CNSE a effectué **2 405 signalements** aux organismes partenaires.

**Tableau – Signalements aux autres organismes de protection sociale en 2021**

Organismes	Signalements effectués en 2021
Pôle Emploi	1 772
CPAM	414
CAF	170
CARSAT	49
<b>TOTAL</b>	<b>2 405</b>

**Tableau – Retours effectués par les organismes de protection sociale en 2021**

Organismes	Retours obtenus	Indus (€)
Pôle Emploi	265	851 375
CPAM	166	123 323
CAF	47	115 187
CARSAT	9	62 722
<b>TOTAL</b>	<b>487</b>	<b>1 152 607 €</b>

Au cours de l'année 2021, le CNSE a reçu **487 retours d'informations**.

Le tableau ci-dessus recense les informations partielles fournies en retour par les organismes partenaires et par les CPAM d'affiliation.

Les retours obtenus chiffrent l'indu global à **2 688 970 euros** dont 54% concernent Pôle Emploi et 34% les CPAM. Le montant global est sous-estimé car il n'y a pas de retour sur l'ensemble des signalements émis.

## ANNEXE 05

### SIGNALEMENTS INTER-PARTENAIRES ET TMOIGNAGES DE TIERS

#### 01. FICHES DE SIGNALEMENTS EMISES PAR LES CAISSES

- Répartition des fiches par destinataires (nombre de fiches émises : 995)

Partenaires	Nombre	%
Pôle Emploi	313	37,52%
Préfecture	196	30,05%
CAF / CNAF	132	10,97%
URSSAF	81	5,72%
CODAF	77	4,77%
Autres	48	2,23%
MSA	35	2,54%
CARSAT / CNAV	31	2,86%
Autres régimes (sauf MSA)	29	0,16%
Administration fiscale	17	0,16%
ARS	14	0,95%
Police/ Gendarmerie	9	0,64%
DIRRECTE	7	0,48%
Consulats	5	0,79%
<b>TOTAL</b>	<b>995</b>	<b>100,00%</b>

Types de prestation	Nombre	%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	388	38,99%
Gestion des droits - Droits de base	248	24,92%
Frais de santé - Soins de ville	157	15,78%
Gestion des droits - Droits de base et C2S	127	12,76%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	24	2,41%
Prestation en espèce - Autres	14	1,41%
Prestation en espèce - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	11	1,11%
Gestion des droits - AME	9	0,90%
Frais de santé – Soins en établissement	5	0,50%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	5	0,50%
Non communiqué	3	0,30%
Frais de santé - Soins à l'étranger	3	0,30%
Prestation en espèce - Capital décès	1	0,10%
<b>TOTAL</b>	<b>995</b>	<b>100,00%</b>

## 02. FICHES DE SIGNALEMENTS REÇUES ET TRAITEES

- Répartition des fiches par origine (nombre de fiches traitées : 4 354)

Organisme	Nombre	%
CAF / CNAF	1495	34,34%
Police/ Gendarmerie	434	9,97%
Consulat (CPAM)	335	7,69%
URSSAF	182	4,18%
ARS	179	4,11%
Préfecture	178	4,09%
Pôle Emploi	169	3,88%
Autres	159	3,65%
CODAF	141	3,24%
CARSAT / CNAVTS	102	2,34%
MSA	54	1,24%
Autre	45	1,03%
Administration fiscale	33	0,76%
DIRRECTE	19	0,44%
Autres régimes (sauf MSA)	13	0,30%
Ordre professionnel	4	0,09%
<b>SOUS -TOTAL</b>	<b>3 542</b>	<b>81,35%</b>
Consulat (CNAM)	812	18,65%
<b>TOTAL</b>	<b>4 354</b>	<b>100,00%</b>

- Répartition des fiches par type de prestation :

Types de prestation	Nombre	%
Gestion des droits - Droits de base	1154	32,58%
Gestion des droits - Droits de base et C2S	1109	31,31%
Frais de santé - Soins de ville	775	21,88%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	283	7,99%
Gestion des droits - AME	76	2,15%
Prestation en espèce - Autres	41	1,16%
Autres Fraudes	34	0,96%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	22	0,62%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	21	0,59%
Frais de santé- Soins en établissement	13	0,37%
Frais de santé - Soins à l'étranger	12	0,34%
Prestation en espèce - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	1	0,03%
Prestation en espèce - Allocation des travailleurs de l'amiante - ATA	1	0,03%
<b>TOTAL</b>	<b>3 542</b>	<b>100,00%</b>

Sur 4 354 fiches reçues, 26,7 % ont fait l'objet d'une suite.

Suite	Nombre	%
Lettre de rappel à la réglementation	379	32,59%
Suite pénale	318	27,34%
Indu	214	18,40%
Pénalité financière	195	16,77%
Transmis à un organisme extérieur	21	1,81%
C2S Avis de somme à payer	12	1,03%
Retenue financière L323-6 CSS	11	0,95%
Lettres d'avertissement (hors pénalité financière)	8	0,69%
Saisine ordinaire	5	0,43%
<b>TOTAL</b>	<b>1163</b>	<b>100,00%</b>

MONTANT DU PREJUDICE FINANCIER EN €	
Préjudice subi	Préjudice évité
7 461 824	4 859 033

- Témoignages de tiers

Émetteurs	Nombre	%
Assurés	1 954	31,74%
Professionnels de santé	1 446	23,49%
Employeurs	1 440	23,39%
Anonymes	1 000	16,24%
Etablissements	220	3,57%
SLM	97	1,58%
<b>TOTAL</b>	<b>6 157</b>	<b>100,00%</b>

Répartis par prestation comme suit :

Prestations	Nombre	%
Frais de santé - Soins de ville	3 327	54,04%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	2 045	33,21%
Gestion des droits - Droits de base	217	3,52%
Gestion des droits - Droits de base et C2S	152	2,47%
Frais de santé - Soins en établissement	111	1,80%
Autres Fraudes	107	1,74%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	81	1,32%
Prestation en espèce - Autres	59	0,96%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	28	0,45%
Gestion des droits - AME	19	0,31%
Prestation en espèce - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	5	0,08%
Frais de santé - Soins à l'étranger	4	0,06%
Prestation en espèce - Capital décès	2	0,03%
<b>TOTAL</b>	<b>6 157</b>	<b>100,00%</b>

Sur 6157 signalements reçus, 25,5% ont fait l'objet d'une suite :

Suite	Nombre	%
Suite pénale	527	33,55%
Indu	511	32,53%
Pénalités Financières	175	11,14%
Lettre de rappel à la réglementation	129	8,21%
Transmis à un organisme extérieur	122	7,77%
Retenue financière L323-6 CSS	93	5,92%
Lettres d'avertissement (hors pénalité financière)	9	0,57%
Saisine Ordinale	2	0,13%
C2S Avis de somme à payer	1	0,06%
Action conventionnelle	1	0,06%
Responsabilité civile	1	0,06%
<b>TOTAL</b>	<b>1 571</b>	<b>100,00%</b>

## ANNEXE 06

### TABLEAU DE SUIVI DES PROCEDURES PENALES

En application de l'arrêté du 24 juillet 2019 fixant le contenu et le calendrier de la synthèse prévue à l'article L114-9 du code de la sécurité sociale, cette annexe figure depuis 2019 dans le bilan LCF.

Certaines données ne sont cependant pas disponibles à la diffusion puisqu'elles ne font pas l'objet d'un suivi particulier dans le reporting national. Ainsi, les données présentées portent **uniquement sur les dépôts de plaintes réalisés en 2021** : les données relatives aux décisions rendues (y compris la nature des décisions) portent sur celles rendues en 2021 et qui ont été déposées auprès des institutions pénales en 2021.

Dans ces conditions, les informations relatives aux décisions figurant dans le tableau ne peuvent pas être rapprochées des commentaires du bilan qui présente une information toutes années de dépôt de plainte confondues.

- **Plaintes auprès de la police ou devant le procureur**

Procédures	Plaintes déposées	Dossiers en cours ou sans réponse (au 31/12/2021)
2021	1 188	1 164
2020	819	783
2019	1 059	1 024

- **Plaintes avec constitution de partie civile**

Procédures	Plaintes déposées	Dossiers en cours ou sans réponse (au 31/12/2021)
2021	71	48
2020	55	39
2019	59	55



- **Nombre de décisions rendues en 2021**

Plaintes déposées en	Nombre de décisions rendues en 2021
2021	50
2020	120
2019	275
<b>TOTAL</b>	<b>445</b>

- **Nature de la décision rendue en 2021\***

Procédures déposées en	Emprisonnements / Peines prononcées		Amendes		Autres	Absence de condamnation
	Nombre	Durée (mois)	Nombre	Montant (en €)	Montant des dommages et intérêts	Nombre
2021	35	300	15	48 827	1 060 208	21
2020	62	450	30	285 944	3 470 728	22
2019	88	300	33	313 741	5 507 724	23

\*Une même décision peut prévoir à la fois une peine d'emprisonnement et une peine d'amende, auquel cas le dossier sera recensé dans chacune de ces deux rubriques.

## ANNEXE 07

### LE DROIT DE COMMUNICATION DE L'ASSURANCE MALADIE

---

#### Nombre de droits de communication :

- 16 696 dans le cadre du contrôle des dossiers C2S
- 9 330 droits de communication en dehors du programme national de contrôle C2S

#### 01. ORGANISMES INTERROGES

Organisme	Nombre	%
Banque	5971	64,00%
Employeur d'un assuré	1501	16,09%
Administration	889	9,53%
Autre	567	6,08%
Professionnel de santé	211	2,26%
Association sportive	51	0,55%
Etablissement de santé	38	0,41%
Assureur	32	0,34%
Bailleur	21	0,23%
Complémentaire santé	19	0,20%
Organisme de formation	11	0,12%
Fournisseur LPP	9	0,10%
Fournisseur d'énergie	8	0,09%
Opérateur de téléphonie	2	0,02%
<b>TOTAL</b>	<b>9330</b>	<b>100,00%</b>

## 02. DETAIL PAR MOTIF DE L'EXERCICE DE DROIT DE COMMUNICATION

Dans 99% des cas, le droit de communication est exercé sans sollicitation préalable de l'assuré.

Motif de l'exercice du droit de communication	Nombre	%
Recherche de la preuve	8310	89,07%
Caractère contradictoire des pièces	454	4,87%
Doute sur validité ou authenticité	393	4,21%
Non présentation de pièces	136	1,46%
Refus de répondre	37	0,40%
<b>TOTAL</b>	<b>9330</b>	<b>100,00%</b>

## 03. CADRE DANS LEQUEL S'EXERCE LE DROIT DE COMMUNICATION

Cadre	Nombre	%
Contrôle dans le cadre d'un arrêt de travail	4673	50,09%
Contrôle des ressources	3053	32,72%
Contrôle de la résidence	587	6,29%
Contrôle PS	409	4,38%
Plusieurs de ces motifs	277	2,97%
Contrôle de la déclaration d'un assuré	185	1,98%
Contrôle du statut matrimonial	66	0,71%
Contrôle de la régularité du séjour	30	0,32%
Contrôle de la composition de la famille	21	0,23%
Contrôle de l'état civil	13	0,14%
Contrôle des coordonnées financières	11	0,12%
Contrôle du domicile	5	0,05%
<b>TOTAL</b>	<b>9330</b>	<b>100,00%</b>

## 04. DIFFICULTES RENCONTREES

Des difficultés ont été rencontrées dans plus de 10,7% des cas.

Type de difficultés	Nombre	%
Difficultés à obtenir copie des documents	366	36,64%
Difficultés à obtenir les renseignements souhaités	248	24,82%
Silence gardé	224	22,42%
Difficulté à joindre le bon interlocuteur	138	13,81%
Refus de l'organisme	23	2,30%
<b>TOTAL</b>	<b>999</b>	<b>100,00%</b>

## 05. RESULTATS DE L'EXERCICE DU DROIT DE COMMUNICATION

L'exercice du droit de communication a permis de détecter une fraude dans 51,5% des cas.

- Type de prestation sur laquelle un droit de communication a été effectué

Type de prestations	Nombre	%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	5443	58%
Gestion des droits - Droits de base et C2S	1283	14%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	740	8%
Frais de santé - Soins de ville	646	7%
Gestion des droits - Droits de base	498	5%
Prestation en espèce - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	449	5%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	95	1%
Frais de santé - Soins à l'étranger	82	1%
Non communiqué	54	1%
Gestion des droits - AME	16	0%
Prestation en espèce - Autres	10	0%
Frais de santé - Soins en établissement	8	0%
Prestation en espèce - Capital décès	6	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9330</b>	<b>100%</b>

- Type de mis en cause

Mis en cause	Nombre	%
Assurés	8836	94,71%
Professionnels de santé	465	4,98%
Autres	18	0,19%
Employeurs	9	0,10%
Anonymes	2	0,02%
<b>TOTAL</b>	<b>9330</b>	<b>100%</b>

- Suite principale donnée

Suite principale	Nombre	%
Indu	1968	40,94%
Pénalité financière	1269	26,40%
Retenue financière L323-6 CSS	659	13,71%
Lettre de rappel à la réglementation	567	11,80%
Suite pénal	225	4,68%
C2S Avis de somme à payer	65	1,35%
Transmis à un organisme extérieur	20	0,42%
Saisine Ordinale	17	0,35%
Lettres d'avertissement (hors pénalité financière)	15	0,31%
Action conventionnelle	1	0,02%
Transaction	1	0,02%
<b>TOTAL</b>	<b>4807</b>	<b>100,00%</b>

## ANNEXE 08

### GLOSSAIRE

---

Abréviation	Signification
ACS	Aide pour une complémentaire santé
AGRASC	Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués
AME	Aide médicale d'Etat
AMOA	Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage
AMOE	Assistance à la Maîtrise d'Œuvre
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
AT	Accident de travail
ATA	Allocation travailleur de l'amiante
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNO	Conseil national de l'Ordre
CNSE	Centre national de remboursement des soins à l'étranger
CODAF	Comité opérationnel départemental anti-fraude
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNO	Conseil National de l'Ordre
CPP	Code de procédure pénale
CPRE	Chirurgie plastique réparatrice et esthétique
CRO	Conseil régional de l'Ordre
CSS	Code de la sécurité sociale
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
DACCRF	Direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes
DAT	Déclaration d'arrêt de travail
DCGDR	Directeur coordonnateur de la gestion du risque
DGFIP	Direction Générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins

<b>DLF</b>	Directeur lutte contre la fraude
<b>DRSM</b>	Direction régionale du service médical
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>EHFCN</b>	European Healthcare Fraud and Corruption Network
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ESSOC</b>	Etat au Service d'une SOciété de Confiance
<b>Ficovie</b>	Fichier des COntrats d'assurance-VIE
<b>FSI</b>	Fonds spécial d'invalidité
<b>GONAF</b>	Groupe Opérationnel National Anti-Fraude
<b>GDR</b>	Gestion du Risque
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>IDSAS</b>	Interdictions de donner des soins aux assurés sociaux
<b>IJ</b>	Indemnités journalières
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>LCF</b>	Lutte contre la fraude
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité Sociale
<b>LPP</b>	Liste des produits et prestations
<b>MCO</b>	Médecine chirurgie obstétrique
<b>MICAF</b>	Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude
<b>MP</b>	Maladie professionnelle
<b>MSAP</b>	Mise sous accord préalable
<b>MSO</b>	Mise sous objectif
<b>NAAD</b>	Nouveaux antiviraux d'action directe
<b>OCTLI</b>	Office Central de Lutte contre le Travail Illégal
<b>OCRGDF</b>	Office Central de Répression de la Grande Délinquance Financière
<b>OPS</b>	Organisme de protection sociale
<b>PSDM</b>	Prestataires de services et de distributeurs de matériel
<b>PUMA</b>	Protection universelle maladie
<b>SAS</b>	Section des Assurances Sociales
<b>SNIIRAM</b>	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
<b>SSIAD</b>	Services de soins infirmiers à domicile
<b>T2A</b>	Tarification à l'activité
<b>TSO</b>	Traitement de substitution aux opiacées
<b>UNCAM</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladie
<b>URSSAF</b>	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales
<b>VSL</b>	Véhicule sanitaire léger

**Bilan 2021 de la politique de lutte contre la fraude et des activités fautives**

**Cnam Juin 2022**