



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

BILAN 2020 DE LA

**POLITIQUE DE
LUTTE CONTRE
LA FRAUDE ET
LES ACTIVITÉS
FAUTIVES**

ÉTABLI PAR L'ASSURANCE MALADIE CONFORMÉMENT À
L'ARTICLE L.114-9 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sommaire

CHIFFRES CLÉS	P.01
FAITS MARQUANTS	P.02
ÉDITO	P.04
INTRODUCTION	P.05

Stratégie et Innovations	1.1 STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE	P.07
	1.2 INNOVATIONS ET NOUVEAUTÉS 2020	P.14

Résultats	2.1 RÉSULTATS DES CONTRÔLES LCF	P.20
	2.2 RÉSULTATS DES ACTIONS CONTENTIEUSES	P.29
	2.3 RÉSULTATS DU RECOUVREMENT DES INDUS FRAUDULEUX ET DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES	P.37

ANNEXES	P.40
---------	------

Chiffres clés 2020

LES RÉSULTATS 2020 DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE (LCF) DE L'ASSURANCE MALADIE ONT ÉTÉ FORTEMENT IMPACTÉS PAR LA CRISE SANITAIRE COVID-19.

11 490

dossiers contrôlés qualifiés de fraudes ou activités fautives

2,78

milliards d'euros de préjudices détectés et stoppés depuis 2005

127,7

millions d'euros de préjudices détectés et stoppés

4 771

actions contentieuses réalisées

1 344

plaintes pénales

733

participations aux formations LCF

2/3

des sessions de formation en classe virtuelle

Faits marquants 2020

UNE ANNÉE MARQUÉE PAR LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19

ACTIVITÉ

Janvier

Echanges avec l'Office Central de Répression de la Grande Délinquance Financière (OCRGDF)

Rencontre avec le syndicat des chirurgiens de chirurgie plastique et réparatrice

Mars

1^{re} réunion avec le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes dans le cadre de la LCF

Rencontre entre organismes de Sécurité sociale et services consulaires au Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères

Février

Journée nationale des formateurs LCF

Travaux avec la Sécurité sociale agricole pour le programme national cumul IJ-activité rémunérée agricole (saisonniers)

1^{ER} CONFINEMENT

Avril

Adaptation des activités LCF à la crise sanitaire : maintien des actions de contrôle sur les fraudes portant gravement atteinte à l'Assurance Maladie

REPRISE PROGRESSIVE DES ACTIVITÉS

Juin

Participation aux premiers Groupes
Opérationnels Nationaux Anti-Fraude
pilotés par la MICAF (Mission de
Coordination Anti-Fraude)

Audition du Directeur Général de la Cnam
par la commission d'enquête LCF de
l'Assemblée Nationale

Septembre

Diffusion des rapports parlementaires
relatifs aux fraudes sociales

Participation à la 1^{re} réunion du Comité économique
de l'hospitalisation publique et privée

Juillet

Rencontre Cnam – Inami
(Assurance Maladie belge)

Octobre

Mise en place d'une Task Force nationale sur
un réseau de centres de santé ophtalmologiques

Cycle de 3 webinaires de l'European Healthcare
Fraud and Corruption Network (EHFCN) co-animés
par la Cnam et l'Inami

Rencontre avec l'Office Central de Lutte
contre le Travail Illégal (OCLTI)

2ND CONFINEMENT

Novembre

Lancement d'investigations dans le cadre de
suspensions de fraudes aux tests biologiques
COVID-19

Décembre

Diffusion de la feuille de route interministérielle
de lutte contre les fraudes sociales.



Édito

La crise sanitaire de la COVID-19 a mis en évidence le rôle majeur que joue l'Assurance Maladie dans notre système de protection sociale universelle et solidaire. En effet, en réponse à l'épidémie, nos équipes se sont fortement mobilisées afin de mettre en œuvre les actions nécessaires à la gestion de cette crise, pour garantir l'accès aux soins et aux prestations, et accompagner les assurés et les professionnels de santé.

Dans ce contexte, notre mission de maîtrise et de contrôle des dépenses prend tout son sens afin de continuer à garantir le libre accès à des soins de qualité tout en veillant à une utilisation efficiente de notre système de santé. Les actions de lutte contre les fraudes portant le plus gravement atteinte à l'Assurance Maladie ont été maintenues tout au long de l'année 2020. Pour autant, l'ensemble des programmes nationaux ou locorégionaux de contrôle-contentieux n'a pas pu être mis en œuvre, compte-tenu des activités prioritaires de l'Assurance Maladie liées à la gestion de la pandémie et des conséquences de la crise sur l'activité des professionnels et établissements de santé.

Les résultats 2020 de la lutte contre la fraude et les activités fautives sont ainsi impactés par le contexte lié à la COVID-19 mais restent à un niveau relativement important, avec 127,7 millions d'euros de préjudices détectés et stoppés et 4 771 actions contentieuses engagées, ayant conduit à 20 millions d'euros de sanctions et assimilés. Cela traduit l'engagement collectif des équipes nationales et du réseau, leur capacité à se mobiliser sur les actions LCF prioritaires et à s'adapter pour déployer des contrôles spécifiques sur les dispositifs dérogatoires de la crise sanitaire.

Le renforcement des échanges avec les autres organismes sociaux, fiscaux mais aussi avec les forces de police et la justice, est resté une priorité de l'année 2020 afin de poursuivre l'efficacité des actions de contrôle contentieux de l'Assurance Maladie. Nous avons d'ailleurs pris une part active dès l'été 2020 aux travaux lancés par la nouvelle Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude.

La crise sanitaire nous incite également à poursuivre et amplifier notre démarche globale de gestion du risque, afin de faire évoluer les comportements en favorisant le respect des bonnes pratiques et en responsabilisant tous les acteurs. C'est pourquoi la lutte contre la fraude est inscrite dans le programme de rénovation de gestion du risque lancé en fin d'année 2020.

Enfin, dans la suite des rapports parlementaires et de la feuille de route interministérielle de lutte contre les fraudes sociales diffusée en décembre 2020, l'Assurance Maladie s'est engagée dans des travaux d'évaluation de la fraude pour 2021 avec de nombreux échanges interbranches et au niveau européen. L'objectif est de disposer d'une connaissance plus fine des risques de fraudes auxquelles l'Assurance Maladie est confrontée, afin de mieux orienter à l'avenir ses actions de lutte contre les fraudes et activités fautives.

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

Introduction

Le bilan 2020 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 2020 dans le contexte de la crise sanitaire. Des adaptations ont été effectuées en fonction de l'évolution de la disponibilité des équipes et des possibilités de se déplacer sur le terrain pour poursuivre les enquêtes.

Le rapport présente également la poursuite des innovations en matière d'exploitation des données (méthode de data mining en apprentissage supervisé, Big Data) ainsi que le lancement de nouvelles actions de contrôle-contentieux, à partir de fraudes repérées en région, notamment sur la délivrance de dispositifs médicaux (pansements), les médicaments onéreux ou les centres de santé ophtalmologiques.

L'Assurance Maladie a aussi été réactive face aux nouveaux risques de fraudes liés à la mise en place de mesures dérogatoires dans le cadre de la COVID-19.

Le renforcement de la professionnalisation des collaborateurs de l'Assurance Maladie en charge de la lutte contre la fraude s'est également poursuivi, avec

le passage en « classe virtuelle » d'une grande partie des sessions de formation à compter de juin 2020, ce qui a permis de former 733 stagiaires issus des organismes locaux.

Les nombreux partenariats, indispensables au succès des actions de lutte contre la fraude, sont mis en avant, y compris de nombreux échanges au niveau européen.

La seconde partie de ce bilan, fortement impacté par la crise sanitaire, illustre les principaux résultats chiffrés en matière de contrôles, sur l'ensemble des champs investigués par l'Assurance Maladie : obtention des droits, indemnités journalières, frais de santé, établissements et soins à l'étranger.

L'évolution des actions contentieuses entre 2019 et 2020 (suites engagées par l'Assurance Maladie ou décisions rendues en cours d'année) montre le renforcement des actions pénales lancées dans des cas de fraudes importantes.

Enfin, depuis 2019, sont présentés les résultats sur le recouvrement des indus frauduleux.

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



En application de l'arrêté du 24 juillet 2019 fixant le contenu et le calendrier de la synthèse prévue à l'article L. 114-9 du code de la Sécurité sociale, le présent bilan intègre dorénavant une partie relative au recouvrement des créances LCF et au taux de recouvrement des indus frauduleux et des pénalités financières.

FOCUS : Les enjeux de la lutte contre la fraude

Enjeux financiers

Les résultats de la lutte contre la fraude sont mesurés chaque année par le montant des préjudices liés aux fraudes et activités fautives détectées par l'Assurance Maladie. Cet indicateur comporte deux sous-ensembles : préjudice subi et préjudice évité.

Le préjudice subi correspond aux sommes indues payées par l'Assurance Maladie et détectées au titre de la lutte contre la fraude.

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.

Pour compléter ces indicateurs, l'Assurance Maladie a entamé en 2020 des travaux relatifs à l'estimation chiffrée de la fraude qui prennent en compte l'étendue du domaine de contrôle concerné et la multiplicité des prestations servies.

Enjeux d'image

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).

01

STRATEGIE ET INNOVATIONS

1.1

STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

FOCUS : La COG 2018 – 2022

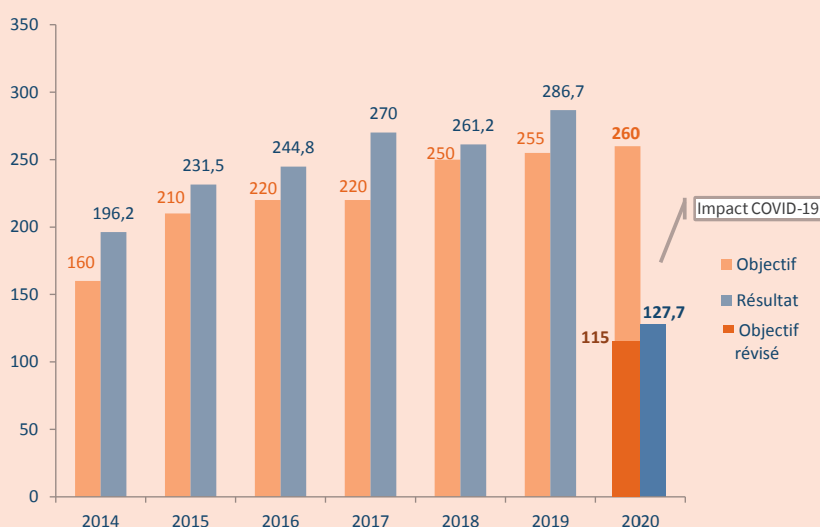
Les objectifs annuels de lutte contre la fraude sont en constante augmentation au sein des différentes COG Etat/ Assurance Maladie, passant de 160 millions d'euros en 2014 à 270 millions d'euros en 2022, soit + 69 %.

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'est engagée sur la durée de la nouvelle COG (2018-2022) à détecter et stopper un préjudice total de 1,295 milliards d'euros.

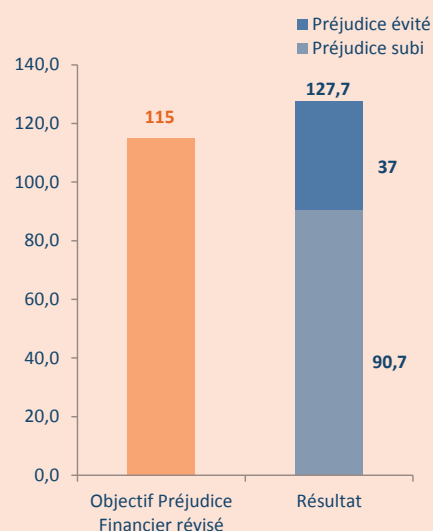
En 2020, compte-tenu des impacts de la crise sanitaire COVID-19 sur l'activité des organismes d'Assurance Maladie, l'objectif initial de 260 millions d'euros a été révisé en accord avec la tutelle à hauteur de 115 millions d'euros.

L'Assurance Maladie a détecté et stoppé 127,7 millions d'euros de préjudices (soit 111 % de taux de réalisation).

Graphique - Évolution des montants des objectifs COG et résultats obtenus depuis 2014 (en M€)



Graphique - Répartition des objectifs COG entre préjudice subi et évité et résultats obtenus en 2020 (en M€)



1.1.1 LE PILOTAGE ET LA PRIORISATION DES ACTIONS DE LCF DANS LE CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE

À compter de mars 2020, la crise sanitaire a fortement impacté les activités de lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie nécessitant de prioriser les actions en fonction de la disponibilité des équipes de terrain au cours des différentes périodes de l'année 2020 et d'adapter avec réactivité le pilotage et l'accompagnement du réseau.

La Cnam a adapté et diffusé tout au long de l'année les orientations nationales sur la lutte contre la fraude et garanti le maintien d'une équité de traitement des dossiers fraudes vis-à-vis des assurés, des professionnels de santé, des prestataires de services, des employeurs, des établissements de santé et médico-sociaux.

Ainsi, en 2020, l'Assurance Maladie a priorisé les actions portant sur :

- les pratiques frauduleuses,
- les pratiques dangereuses,
- les fautes conséquentes (manquements graves et/ou montant de préjudice avéré élevé),
- les faits avec récidive,
- les pratiques abusives à fort enjeu d'image.

Pendant le 1^{er} confinement, du 17 mars 2020 à la mi-mai, dans le cadre du déclenchement des plans de continuité des activités des organismes, les actions de contrôle et de lutte contre la fraude ont été maintenues en priorisant les fraudes portant gravement atteinte à l'Assurance Maladie (préjudice financier important, atteinte grave à l'image, nouveaux modes opératoires de fraudes graves). Dans ce contexte, la diffusion du 1^{er} plan national bi-annuel LCF, prévue en mars 2020, a été reportée à 2021. La mise en place de la période juridiquement protégée (PJP) du 12 mars au 23 juin 2020 a également eu des impacts importants sur les activités de lutte contre la fraude, avec la suspension des procédures de pénalités financières en cours.

Les conséquences de la crise sanitaire sur l'activité des professionnels de santé et des établissements de santé ont entraîné l'annulation de certains programmes nationaux : la campagne 2020 de contrôle T2A et celle de mise sous objectifs ou accord préalable des médecins forts prescripteurs d'indemnités journalières.

De septembre à fin 2020 avec la forte mobilisation de l'Assurance Maladie sur le contact tracing de nouvelles priorisations ont été déterminées pour les actions de contrôle-contentieux et de lutte contre la fraude. Celles-ci ont concerné les dossiers fraudes en cours, les nouveaux signalements et la détection d'activités suspectes de fraudes ou de pratiques dangereuses.

De plus, de mars à décembre 2020, les investigations de terrain ou bien celles nécessitant une convocation des tiers n'ont ainsi pu être que partiellement réalisées en raison des contraintes sanitaires.

Enfin, la mise en œuvre des plans d'actions régionaux Gestion Des Risques (GDR) et LCF 2020, dont le volet lutte contre la fraude avait été validé fin 2019, a été suspendue. Ces plans visent normalement à renforcer l'efficacité collective et l'efficience de l'Assurance Maladie dans la lutte contre la fraude en impulsant une dynamique de repérage et de partage de bonnes pratiques entre organismes. Fin 2020, les régions ont pu faire remonter à la Cnam des actions locorégionales pour 2021, notamment sur des fraudes en lien avec la crise sanitaire.

Cependant, de nouvelles actions nationales ont pu être initiées, à partir de fraudes repérées en région, notamment sur certains champs spécifiques comme la délivrance de dispositifs médicaux (pansements), les médicaments onéreux et les centres de santé ophtalmologiques. En octobre 2020, une task-force nationale, regroupant les experts LCF de la Cnam et les équipes des organismes concernés en région, a également été constituée pour piloter le lancement d'investigations vis-à-vis d'un réseau de centres ophtalmologiques suspects d'actes frauduleux.

FOCUS : Les fraudes complexes

Sont dites « fraudes complexes à l'Assurance Maladie » les fraudes avec trafic, les fraudes utilisant des procédés innovants, les fraudes en bande organisée, les fraudes ayant une dimension géographique étendue et les fraudes avec un préjudice financier très important.

De telles fraudes imposent d'agir de façon très coordonnée, rapide et structurée lors des phases d'investigation relevant de l'Assurance Maladie. Elles nécessitent des échanges anticipés avec l'autorité judiciaire et peuvent impliquer, avec l'accord de cette dernière, le recours à un service d'investigation à compétence nationale.

La crise sanitaire a fait émerger des fraudes liées aux mesures nouvelles mises en place dans le cadre de la COVID-19 en matière d'indemnités journalières notamment et de nouveaux tests biologiques (tests PCR et tests antigéniques). L'ensemble du réseau et la Cnam se sont mobilisés dès l'été 2020 pour contrer ce type de fraudes.

FOCUS : Les fraudes en lien avec les nouvelles mesures Covid-19

Des travaux ont été réalisés sur les thématiques suivantes dès l'été 2020 :

- **Cumul IJ garde d'enfant** : un contrôle vise à s'assurer du non-paiement d'IJ sur des périodes communes à deux assurés concernant un même ayant droit. En cas de suspicion de fraude lors de contrôle effectué par les services du directeur comptable et financier, le dossier est adressé au service lutte contre la fraude pour réaliser les investigations.
- **Cumul IJ garde d'enfant/ chômage partiel** : des travaux sont en cours afin de s'assurer qu'une entreprise qui a cessé totalement son activité, et donc payé l'ensemble de son personnel en chômage partiel, ces derniers n'ont pas bénéficié d'IJ dérogatoire pour garde d'enfant.
- **Cumul IJ/chômage partiel** : la Cnam a travaillé conjointement avec la Direction Générale du Travail et la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi d'Ile de France (DIRECCTE), relatif à des suspicions de fraude concernant le cumul IJ avec l'allocation de chômage partiel.
- **Fraude aux tests antigéniques** : l'Assurance Maladie a détecté fin 2020 des pratiques frauduleuses et non déontologiques, dans le cadre de la fourniture des tests antigéniques aux professionnels de santé (médecins et infirmiers). Les investigations, en cours au 31/12/2020, ont d'ores et déjà permis d'effectuer un article 40 du code de procédure pénale auprès du Parquet de Bobigny et trois signalements L.162-1-19 du Code de la Sécurité sociale (CSS) auprès du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Ile-de-France.

1.1.2 LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE INTÉGRÉE DANS UNE DÉMARCHE GLOBALE DE CONTRÔLE

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

Ce dispositif intègre 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 planifiant les programmes nationaux de contrôles contentieux 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 du Risque (GDR) a été lancé au sein de l'Assurance Maladie incluant de fait les activités de lutte contre la fraude.

1.1.3 LE RENFORCEMENT DE L'ANALYSE DES RISQUES ET DES BASES DE DONNÉES

L'analyse des risques est la première étape du processus de lutte contre la fraude à l'assurance maladie. Elle constitue le socle de la stratégie de gestion du risque en matière de maîtrise médicalisée et de fraude. Les cartographies qui résultent de cette étude permettent ainsi d'identifier, d'évaluer et de hiérarchiser les risques encourus afin de concevoir et planifier chaque année :

- en amont, des actions de maîtrise médicalisée ou des actions de contrôle sur la liquidation des prestations.
- en aval, des programmes de contrôle efficaces et adaptés.

Chaque année, le spectre d'intervention de l'Assurance Maladie est enrichi de nouvelles cartographies des risques LCF.

FOCUS : Cartographies des risques LCF réalisées depuis 2018

L'étude des données de l'Assurance Maladie a permis la réalisation de cartographies de risques relatives aux tarifications, facturations et versements de prestations de plusieurs acteurs de l'Assurance Maladie.

La Cnam élabore chaque année deux à trois cartographies des risques LCF couvrant un domaine du périmètre de l'Assurance Maladie. Depuis 2018, cinq cartographies ont été mises à disposition des organismes locaux : établissements T2A, ex-CMU-c/C2S, infirmiers, transporteurs et indemnités journalières. En 2020, des travaux de cartographies sont engagés sur les masseurs kinésithérapeutes, les rentes invalidité et ASI, les Prestataires de Soins et de Dispositifs Médicaux (PSDM), pour une diffusion au réseau en 2021.

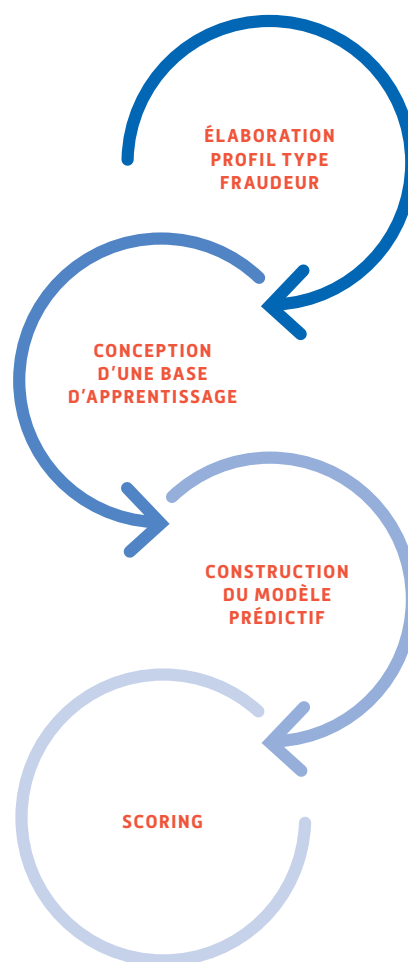
Les programmes nationaux de contrôle-contentieux sont élaborés à partir de l'identification des risques potentiels de fraude en se concentrant sur les actions à forts enjeux financiers grâce notamment au recours au data mining.

La puissance de calcul des outils informatiques permet désormais de mobiliser des quantités importantes de données dans des temps courts.

Les bases de données de l'Assurance Maladie sont ainsi exploitées grâce à des méthodes statistiques de « **data mining raisonné** » qui opèrent une « fouille » ordonnée des bases de données de l'Assurance Maladie afin d'en produire des indicateurs de ciblage à partir de l'expérience acquise sur les différents thèmes étudiés.

Cette méthode présente toutefois des limites car elle ne permet pas de cibler tous les potentiels fraudeurs. Aussi, depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie expérimente de nouvelles méthodes de détection avec du **data mining en apprentissage supervisé**. À partir de cas de fraudes identifiés et de cas de non fraude, la création de modèles permet de mesurer a priori (avant investigation) la probabilité de fraude d'un acteur. Ces nouvelles méthodes de détection ont l'avantage de pouvoir modéliser différents profils de fraude en intégrant dans la base d'apprentissage des cas de fraudes avérées liés au type de fraude recherché.

Ainsi, depuis 2019, les organismes d'Assurance Maladie recourent au data mining supervisé sur les assurés, dans le cadre du contrôle-contentieux ex-CMU-c/C2S.



1.1.4 LA PRIORISATION DES THÈMES DE CONTRÔLES NATIONAUX



En 2020, l'Assurance Maladie a poursuivi la mise en œuvre de la stratégie de priorisation des programmes nationaux LCF engagée depuis 2019. Elle repose sur l'analyse de l'évolution des dépenses et des résultats des programmes des années précédentes (cf. annexe 2), une cartographie des risques de fraudes continuellement

enrichie, l'analyse et l'exploitation des travaux préparatoires engagés l'année N-1.

L'exploitation des données statistiques « Evolution des dépenses » de l'Assurance Maladie a ainsi permis de dégager en 2020 plusieurs axes prioritaires d'actions de lutte

contre la fraude dans le domaine de l'oncologie-radiothérapie, de la chirurgie, de l'ophtalmologie, de l'orthoptie ainsi que des centres de santé multidisciplinaires.

Les programmes nationaux portent sur l'intégralité du champ d'intervention de l'Assurance Maladie : obtention

des droits, prestations en espèces, frais de santé, établissements et programmes établissements/soins de ville.

L'objectif est de permettre, d'ici la fin de la COG 2018-2022, une planification pluriannuelle des programmes nationaux.

1.1.5 LE DÉVELOPPEMENT DES ACTIONS PARTENARIALES NATIONALES ET INTERNATIONALES

A. Les partenariats nationaux

L'année 2020 a été marquée par la création de la **Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude (MICAF)**, qui se substitue à la Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude (DNLF) et est chargée de veiller à la bonne coordination de l'ensemble des partenaires engagés dans la lutte contre la fraude aux finances publiques.

FOCUS : La participation aux GONAF

Mis en place à compter de juin 2020, les **Groupes Opérationnels Nationaux Anti-Fraude (GONAF)** ont pour vocation de mieux coordonner les actions des ministères et organismes de protection sociale afin d'organiser des échanges et favoriser des stratégies communes dans la lutte contre la fraude aux finances publiques.

L'Assurance Maladie contribue aux travaux des groupes suivants :

- Fraude à l'identité et fraude documentaire,
- Fraude à la résidence,
- Justice pénale et recouvrement des créances en matière de fraude aux finances publiques,
- Adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique.

Par ailleurs, en fin d'année 2020, l'Assurance Maladie a été associée au groupe de travail sur les transports sanitaires.

Les **relations avec les services de gendarmerie et de police**, notamment avec les offices centraux de police judiciaire, ont été maintenues tout au long de l'année écoulée. De nombreux échanges ont eu lieu, notamment avec l'Office Central de Lutte contre le Travail Illégal (OCLTI) et l'Office Central de Lutte contre les Atteintes à l'Environnement et à la Santé Publique (OCLAESP). Ces rencontres et contacts sont l'occasion de faire le point sur les enquêtes en cours et/ou de proposer à ces offices de nouvelles saisines sur les affaires complexes de l'Assurance Maladie.

Des échanges de données ont aussi régulièrement lieu avec la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP), la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF), le Ministère de l'Intérieur et celui des Affaires Étrangères.

La conduite de certains programmes nationaux de contrôle nécessite des **échanges avec les autres organismes de protection sociale** (Caisse Nationale de l'Assurance Famille, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et Mutualité Sociale Agricole). Ainsi, dans le cadre des actions de contrôle à l'ouverture des droits et de la lutte contre la fraude, près de 4,7 millions de consultations du Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPs) ont été effectuées par les organismes d'assurance maladie en 2020 : le nombre de consultations progresse ainsi d'année en année (4,4 millions en 2019).

Après expérimentation et consolidation des données, le RNCPS, outil piloté par la Direction de la Sécurité sociale, est désormais principalement et largement utilisé par l'Assurance Maladie pour connaître les prestations par les organismes de protection sociale.

Pour les prestations soumises à condition de résidence, la mention d'une adresse à l'étranger par un organisme contributeur entraînera une étude approfondie du dossier avant l'ouverture d'un droit.

Dans le cadre de l'instruction d'un droit soumis à condition de ressources (C2S, ASI, pensions d'invalidité, rentes ATMP), la consultation du RNCPS est aussi utile, pour la prévention de la fraude, en vérifiant a priori l'exactitude et la complétude des déclarations faites auprès de l'Assurance Maladie par les assurés, par comparaison avec les prestations des autres organismes de protection sociale.

En cas de contrôle sur les droits en cours, le RNCPS permet de repérer les assurés ayant informé un partenaire d'une résidence à l'étranger, sans en avoir informé l'Assurance Maladie, ce qui sera un élément suspect de fausse déclaration (avec application le cas échéant du droit à l'erreur).

Par ailleurs, dans tous les programmes de contrôle de la Cnam portant sur les assurés, une consultation du RNCPS est nécessaire afin de vérifier la concordance des droits.

Les travaux initialement prévus en 2020 sur le recours aux requêtes collectives dans le cadre de la lutte contre la fraude ont été reportés à 2021 et concerneront plus particulièrement l'exploitation des adresses à l'étranger enregistrées chez d'autres Organismes de Protection Sociale (OPS).

L'Assurance Maladie veille chaque année à améliorer les **échanges de signalements** avec l'ensemble de ses partenaires sociaux, fiscaux, consulaires ou autres, ainsi que leurs exploitations entre organismes. Le travail partenarial engagé se traduit par une meilleure qualité des signalements reçus (33 % de fiches classées sans suite en 2020, versus 40% en 2019) et par un fort impact sur le montant du préjudice évité (4 millions d'euros en 2020 versus 2,7 millions d'euros en 2019) lié à l'exploitation des signalements.

L'annexe 5 détaille les fiches reçues et traitées par l'Assurance Maladie ainsi que les fiches émises.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, la Cnam s'efforce de renforcer ses **relations avec les représentants des professionnels de santé** dans le cadre de la lutte contre la fraude. En 2020, en plus des « Groupes contacts » déjà mis en place entre la Cnam et les conseils nationaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens, une rencontre s'est tenue en janvier pour la première fois avec l'Ordre National des sages-femmes.

B. La coopération internationale

L'Assurance Maladie a poursuivi ses échanges au niveau européen en impulsant, avec l'Inami (Institut National belge en charge de l'Assurance Maladie et de l'Invalidité), un **cycle de trois webinaires au cours du dernier trimestre 2020 dans le cadre de l'EHCN¹** (European Healthcare Fraud and Corruption Network). Ces rencontres ont eu pour objectif de partager des expériences et des expertises sur les thématiques suivantes² :

- la mesure des impacts des actions de lutte contre la fraude sur les offreurs de soins,
- l'évaluation chiffrée de la fraude,
- les actions de lutte contre les consommations abusives d'opiacés.

Deux réunions ont également été organisées avec l'Inami en 2020 permettant d'échanger sur des sujets d'intérêts communs : cela a notamment permis d'aborder le suivi de la performance des organismes locaux dans la lutte contre la fraude et, en présence du Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE), le contrôle des facturations des établissements belges accueillant des personnes handicapées françaises.

¹ 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.

² « Assessing the impact of prevented infringements », 23 octobre 2020 : <https://www.ehfcn.org/webinar-videos/#assessing-the-impact-of-prevented-infringements> ; « Opiacés abusifs », 27 novembre 2020 : [https://www.ehfcn.org/webinar-videos/#opioid-abuse-\(and-fraud\)](https://www.ehfcn.org/webinar-videos/#opioid-abuse-(and-fraud)) ; « Methodological approach to quantify and understand the healthcare fraud », 4 décembre 2020 : <https://www.ehfcn.org/webinar-videos/#methodological-approach-to-quantify-and-understand-the-healthcare-fraud>

1.2

LES INNOVATIONS ET NOUVEAUTÉS 2020

1.2.1 L'AMÉLIORATION DU PROCESSUS LCF

A. Le dispositif national de formation

En 2020, dans le contexte de crise sanitaire, le dispositif de formation de lutte contre la fraude piloté par la Cnam a été maintenu et adapté grâce à la mobilisation de l'ensemble des formateurs réseau et nationaux. A compter de juin 2020, les formations nationales ont été animées en format de classe virtuelle, ce qui a permis d'assurer sur l'ensemble de l'année deux-tiers des formations initialement prévues.

Au total, 38 sessions nationales de formation ont été organisées en 2020, rassemblant 642 stagiaires.

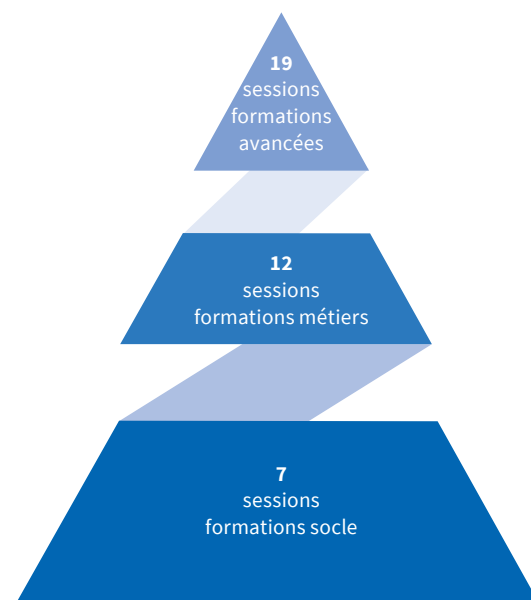
Depuis 2019, le dispositif national de formation de lutte contre la fraude se décompose en trois grandes catégories : une formation socle « stratégie et les étapes du processus lutte contre la fraude » ouverte à tous, des formations métiers et formations avancées plus adaptées aux métiers et aux besoins des experts LCF.

Par ailleurs, 91 stagiaires ont participé à des formations de lutte contre la fraude issues de dispositifs locorégionaux.

Au total, les dispositifs de formation nationaux et locaux ont réuni 733 stagiaires.

FOCUS : Les classes virtuelles

Le dispositif de formation s'est adapté très rapidement pour faire face à la crise sanitaire. Ainsi, dès la mi-juin des formations en classe virtuelle se sont mises en place. Les formateurs ont proposé un nouveau découpage de la temporalité de leurs formations et se sont appuyés sur des outils de formations en ligne afin de les rendre plus dynamiques et interactives. Au total, cela a représenté 22 formations en classe virtuelle.



En 2020, 38 sessions nationales (socle, métiers et avancées) réalisées pour 642 participants



B. Le nouveau parcours des Agents Agréés Assermentés (AAA)

Un nouveau parcours de formation des agents agréés et assermentés a été mis en place en 2020 suite à la re-fonte de la formation « Devenir agent agréé et assermenté » de l'Assurance Maladie. En 2021, il sera intégré à ce nouveau parcours un socle commun de 3 formations en e-learning des agents agréés et assermentés des différentes branches de la Sécurité sociale faisant suite à un groupe de travail interbranche : Cnaf, Cnav, Urssaf Caisse nationale (ex-ACOSS), CCMSA et Cnam.

En 2020, 29 collaborateurs de l'Assurance Maladie ont passé avec succès la procédure permettant de devenir agent agréé assermenté lutte contre la fraude.

C. La première journée des formateurs LCF

La première journée dédiée aux formateurs de la lutte contre la fraude a été organisée le 6 février 2020, en collaboration avec le Lab.Innov' de la Cnam et l'Institut de formation 4.10. Cinquante formateurs de la Cnam et du réseau se sont retrouvés le temps d'une journée pour échanger collectivement et bénéficier d'une

formation sur les techniques de formations occasionnelles.

Cette journée des formateurs a permis de faire un premier bilan du nouveau dispositif de formation mis en place en 2019, avec des co-animations systématiques Cnam/réseau, et de créer une « communauté » des formateurs qui sera dorénavant régulièrement réunie. Ainsi, en juillet 2020, un webinaire a porté sur l'impact de la crise sanitaire sur les formations et sur la présentation du bilan à mi-année.

D. Le déploiement du Référentiel National de Processus (RNP) Fraudes

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 a fait l'objet d'un Référentiel National de Processus (RNP). Ce RNP vise à améliorer l'efficacité du processus LCF 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. Ce RNP 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 1^{er} janvier 2021 (report de la date initialement prévue d'opposabilité de 6 mois compte-tenu des impacts de la crise sanitaire sur les activités LCF). Pour compléter le RNP déjà diffusé, les parties relatives aux décisions et suivis de nature contentieuse ont été élaborées en 2020, et seront mises à disposition du réseau au cours du 2^e trimestre 2021.

1.2.2 DES MÉTHODES ET DES OUTILS DE PLUS EN PLUS EFFICIENTS

A. Data mining et Big Data

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie expérimente de nouvelles méthodes de détection avec du Data mining en apprentissage supervisé.

En 2020, une nouvelle expérimentation de data mining a été lancée sur la thématique des dispositifs médicaux avec l'appui et l'accompagnement d'un prestataire de service disposant d'une expertise technique et méthodologique dans les projets de « Data Science ». Un bilan d'étape de l'accompagnement AMOA (Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage) a été réalisé fin 2020. Le premier prototype du modèle de data mining sur les PSDM (Prestataire de Services et Distributeur de matériel) est attendu pour le 1^{er} semestre 2021.

Dans la suite des travaux Big Data engagés en 2020 sur la thématique du Médicament, les méthodes issues de ces premiers travaux sur les TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés), à savoir les algorithmes de détection de communauté, seront appliquées à un nouveau sujet de recherche de fraude : le trafic de médicament à l'exportation (TME).

B. L'évaluation de la fraude

A la suite des rapports parlementaires relatifs à la lutte contre les fraudes sociales, une **feuille de route de lutte contre les fraudes sociales** a été signée le **9 décembre 2020** par la Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, le Ministre des Solidarités et de la Santé et le Ministre-Délégué chargé des Comptes Publics. Cette

feuille de route comporte en particulier un objectif de « connaissance la plus fine des fraudes auxquelles la Sécurité sociale peut être confrontée ».

Dès l'automne 2020, l'Assurance Maladie a engagé des travaux relatifs à l'évaluation chiffrée de la fraude, en complément des cartographies de risques de fraudes déjà existantes.

Ainsi, afin de mieux appréhender les réflexions et méthodologies mises en œuvre pour évaluer la fraude, l'Assurance Maladie a été à l'initiative d'un webinaire, début décembre 2020, avec les organismes européens d'assurance santé membres de l'EHFCN. Des contacts ont par ailleurs été pris pour mettre en place dès le début 2021 un benchmark national et européen sur le sujet.

C. Outil d'aide juridique du contrôle contentieux de la lutte contre la fraude

En 2020, la Cnam a poursuivi l'élaboration de guides méthodologiques à destination du réseau pour une professionnalisation accrue du contrôle contentieux de la lutte contre la fraude.

Dans ce cadre, il a été mis à disposition des organismes un guide méthodologique sur la réalisation par le service du contrôle médical des analyses médicales d'activité des professionnels de santé sur le fondement de l'article L.315-1 IV CSS.

FOCUS : Les algorithmes de détection de communauté

Les algorithmes de détection de communautés apportent une vraie plus-value dans la recherche de potentiels trafics de médicament. En effet, ils présentent l'avantage de mettre en exergue tous les liens potentiellement suspects entourant la prescription/délivrance d'un médicament et ainsi d'identifier des réseaux impliquant différents acteurs (Médecins/Assurés/Pharmacies).

Le recours à un tel outil permet une visualisation des groupes de Médecins/Pharmacies liés entre eux et par une patientèle commune. Les éventuels déplacements de trafics peuvent également être repérés. La Cnam a pour objectif d'intégrer cet outil de détection dans ses programmes de contrôle-contentieux de trafic de médicaments dès 2021.

Ce guide méthodologique a vocation à rappeler les règles applicables tout au long de la procédure d'analyse médicale de l'activité d'un professionnel de santé et permet de répondre aux questions procédurales qui peuvent se poser à cette occasion : depuis le déclenchement de l'analyse avec l'information du professionnel et les prérogatives du service du contrôle médical pour la mener à bien, jusqu'à la phase contradictoire relative aux manquements constatés, la notification des griefs et les suites contentieuses envisagées.

1.2.3 LES DERNIÈRES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES ET JURISPRUDENTIELLES

A. Les nouveautés de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2020

EXTENSION DES PRÉROGATIVES DES AGENTS AGRÉÉS ET ASSERMENTÉS DES ORGANISMES SOCIAUX CHARGÉS DU CONTRÔLE ET MUTUALISATION DE LA VALEUR PROBANTE DE LEURS PROCÈS-VERBAUX.

Afin de rendre plus efficace la lutte contre la fraude, l'article 22 de la LFSS 2020 clarifie les dispositions sur la mutualisation inter-régimes et interbranches des résultats issus des contrôles, en autorisant l'exploitation directe par un organisme des résultats des enquêtes et vérifications menées par les agents d'autres organismes.

Une nouvelle rédaction des articles L. 114-10 et L. 114-10-1 du Code de la sécurité sociale permet désormais :

- aux agents chargés du contrôle du régime général et du régime agricole de mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de sécurité sociale;
- aux procès-verbaux ainsi transmis à un autre organisme de faire foi jusqu'à preuve du contraire ;
- au directeur de cet organisme de tirer les conséquences de ces procès-verbaux concernant le recouvrement des cotisations et des contributions et l'attribution de prestations.

SANCTIONNER D'UNE PÉNALITÉ FINANCIÈRE GRADUÉE ET DISSUASIVE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI NE MODIFIENT PAS LEUR PRATIQUE D'HYPER-PRESCRIPTION ALORS QU'ILS ONT FAIT L'OBJET DE NOMBREUSES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT (NOTAMMENT MSO/MSAP) SUR PLUSIEURS EXERCICES.

L'article 65 de la LFSS 2020 a modifié l'article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale relatif aux pénalités financières afin de pourvoir sanctionner d'une pénalité graduée et dissuasive les professionnels de santé « récidivistes » qui sont retrouvés chaque année pour leur pratique d'hyper-prescription en l'absence de modification de leur pratique alors qu'ils ont fait l'objet, sans succès, de nombreuses mesures d'accompagnement (notamment MSO/MSAP) sur plusieurs exercices.

Le montant de cette pénalité financière encourue sera fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire.

B. La jurisprudence significative 2020

CHAMBRE CRIMINELLE DE LA COUR DE CASSATION, ARRÊT DU 25 NOVEMBRE 2020 (PUBLIÉ AU BULLETIN). POURVOI N°18-85.947, OBLIGATION POUR LA COUR D'APPEL DE VALIDER (OU D'INVALIDER) LES ÉLÉMENTS DE PREUVE DE LA CAISSE FONDANT LES FAITS REPROCHÉS ET LE CALCUL DE SON PRÉJUDICE POUR ACTES FACTURÉS FRAUDULEUSEMENT CAR NON RÉALISÉS OU MATÉRIELLEMENT IRRÉALISABLES.

Extrait : (...) « 35. En quatrième lieu, la cour d'appel, qui ne s'est pas assurée de la pertinence et de la vraisemblance du temps de travail déclaré par la prévenue, se refusant à rechercher l'étendue de la fraude au-delà des actes fictifs individualisés et contrôlés, alors que, d'une part, la CPAM avait produit une analyse quant à l'activité globale alléguée par cette dernière qui impliquait en moyenne cinquante-cinq heures de travail par jour, sept jours sur sept, notamment entre le 1 octobre 2009 et le 31 mars 2012, d'autre part, les infractions étant susceptibles d'être établies par tout mode de preuve, la culpabilité peut résulter d'éléments statistiques mettant en évidence des invraisemblances et des incohérences quant au volume de prestations supposées, irréaliste par rapport à une force de travail même élevée, de l'absence de respect de la durée réglementaire des actes, de l'inobservation de la règle du non cumul des rémunérations s'agissant de certains d'entre eux et de leur nombre anormalement démultiplié en regard de ceux correspondant au montant de la rétribution allouée à d'autres professionnels de santé exerçant la même activité, n'a pas justifié sa décision.

36. En effet, la prévenue ayant perçu une rémunération mensuelle de l'ordre de 29 010 euros pour un montant d'actes remboursés de cinq à sept fois supérieur à celui de ses confrères, la cour d'appel qui ne s'est pas interrogée sur de telles distorsions correspondant à un paiement annuel notamment en 2010 en faveur de cette dernière de plus de 343 240 euros en rétribution de 27 794 actes déclarés alors

que les autres infirmiers libéraux ont reçu en moyenne en règlement des soins prodigués pour la même année 2010, 49 433 euros pour 6 256 actes, n'a pas justifié sa décision.

37. D'où il suit que la cassation est encore encourue de ce chef ».

CONSEIL D'ETAT, DÉCISION N°425566 DU 12 FÉVRIER 2020, LES PRATICIENS CONSEILS QUI RÉALISENT UNE ANALYSE MÉDICALE D'ACTIVITÉ D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ DANS LE CADRE DE LEURS MISSIONS ATTRIBUÉES LÉGALEMENT PAR L'ARTICLE L.315-1 IV DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE N'ONT PAS L'OBLIGATION D'ÊTRE AGRÉÉS ET ASSERMENTÉS.

Extrait : (...) « il résulte de la combinaison des dispositions législatives et réglementaires citées au point 4 [art L.315-1 et R.315-1 et suivants] et de celles de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale que l'exigence d'agrément et d'assermentation prévue par cet article ne s'applique pas aux médecins-conseils pour l'exercice, sur le fondement du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, de leur mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie ».

2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation, arrêt du 23 janvier 2020 (pourvoi n° 19-11.698). Recouvrement d'indu pour facturations en soins de ville de prestations incluses dans la dotation globale versée à la structure (SSIAD) : Sans reversement de la charge de la preuve, caractère suffisant pour fonder l'action en recouvrement de l'indu auprès de la structure de la preuve des paiements en doublon par l'Assurance Maladie des prestations en cause.

Extrait : (...) « Attendu que, pour accueillir ce recours, le jugement relève que la caisse ne verse aux débats que les seuls tableaux établis par elle, annexés à la notification de payer, qui reprennent, notamment, les numéros des bénéficiaires, les dates d'entrée et de sortie du dispositif, les noms des assurés, les dates de début et de fin des soins, les dates de mandatement, les numéros et noms des professionnels infirmiers, les actes, les honoraires, les bases de remboursement, les montants remboursés ; que la caisse ne produit ni les prescriptions médicales litigieuses correspondant aux indus notifiés, ni les factures émises, ni les preuves de paiement opérés en règlement des actes dispensés par les professionnels de santé libéraux ; que les seuls tableaux annexés sont insuffisants pour apprécier et caractériser l'existence ou non d'un indu imputable à l'association sur l'ensemble des sommes réclamées ; que la caisse est défaillante dans la charge de la preuve qui lui incombe ;

Qu'en statuant ainsi, alors qu'il résultait de ses propres constatations que la caisse établissait la nature et le montant de l'indu, de sorte qu'il appartenait à l'association d'apporter des éléments pour contester l'inobservation des règles de facturation et de tarification retenue par l'organisme de prise en charge au terme du contrôle, le tribunal a violé les textes susvisés ».

L'instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, dite « **circulaire frontière** », qui détaille les conditions de facturation des prises en charge en hôpital de jour (HDJ) par les établissements de santé, a fait l'objet d'une question préjudicielle portant sur sa légalité et son caractère impératif.

Par une **décision du 13 mars 2020** (n° 426568), le **Conseil d'Etat a validé**, dans sa grande majorité, la légalité de l'instruction frontière et sa simple publication au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé pour la rendre opposable aux établissements. Ainsi, l'instruction frontière, en ce qu'elle interprète des dispositions législatives et réglementaires, était bien applicable aux contrôles T2A.

L'**instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020**, relative à la gradation des prises en charge ambulatoires, est venue abroger et remplacer l'instruction du 15 Juin 2010.

Afin de sécuriser la facturation des établissements et d'éviter de futurs contentieux, cette nouvelle instruction instaure notamment une **procédure de rescrit tarifaire** donnant la possibilité pour les établissements d'obtenir, en dehors des périodes de contrôle, une prise de position formelle de l'Etat, sur les règles de facturation applicables.

02

RÉSULTATS

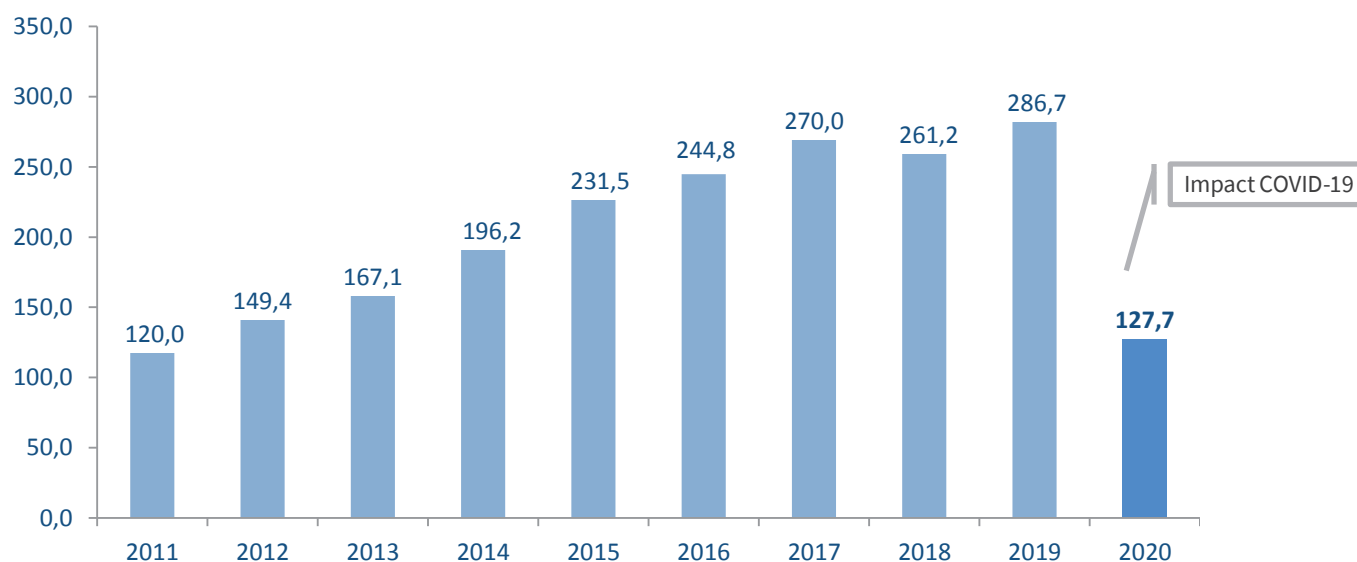
2.1

RÉSULTATS DES CONTRÔLES LCF

Au cours de l'année 2020, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé des fraudes et des activités fautives pour un montant de **127,7 millions d'euros** (286,7 millions d'euros en 2019). Les impacts de la crise sanitaire

COVID-19 sur les opérations de contrôle et de lutte contre la fraude et la disponibilité des équipes du réseau de l'Assurance Maladie expliquent ce résultat, ce qui limite les comparaisons entre les résultats 2019 et 2020.

Graphique - Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées par année (en M€)



Les 127,7 millions d'euros de préjudices détectés et stoppés se répartissent en **90,7 millions d'euros de préjudices subis** et **37 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 58,4 millions d'euros pour les préjudices subis et 16,2 millions d'euros pour les préjudices évités.

PRÉJUDICE SUBI



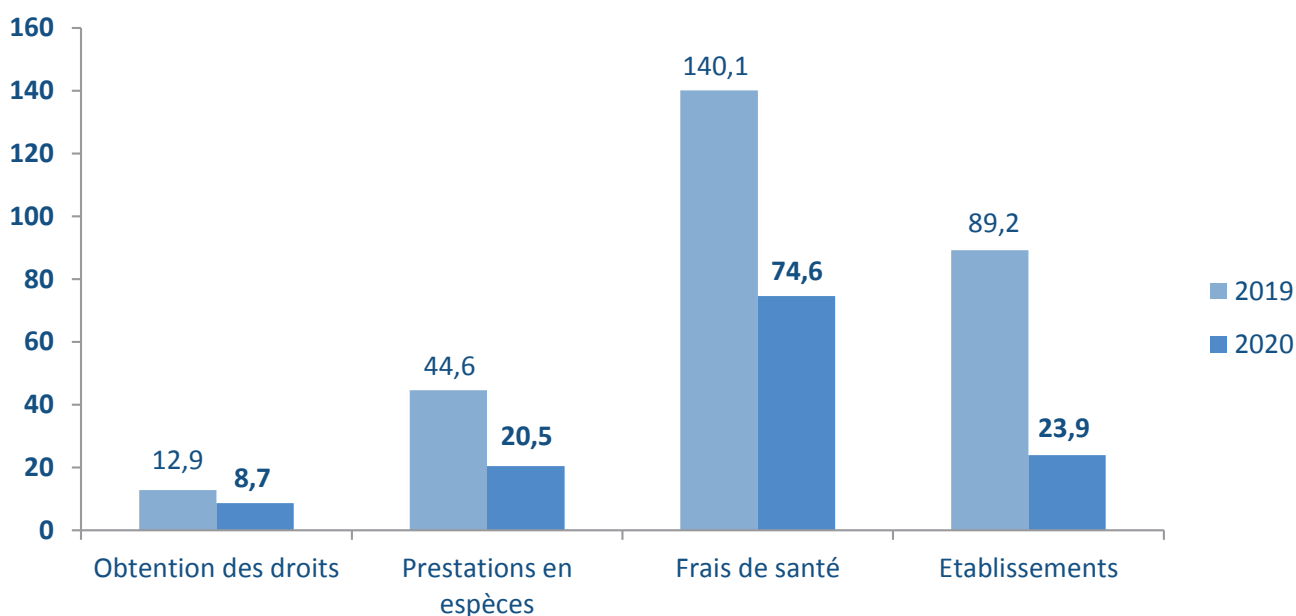
Sommes indues payées par l'Assurance Maladie et détectées

PRÉJUDICE ÉVITÉ



Montants remboursables dont l'action de l'organisme a permis d'empêcher le paiement des indus et/ou de modifier un comportement déviant

Graphique – Répartition des montants des préjudices financiers par catégorie (M€)¹

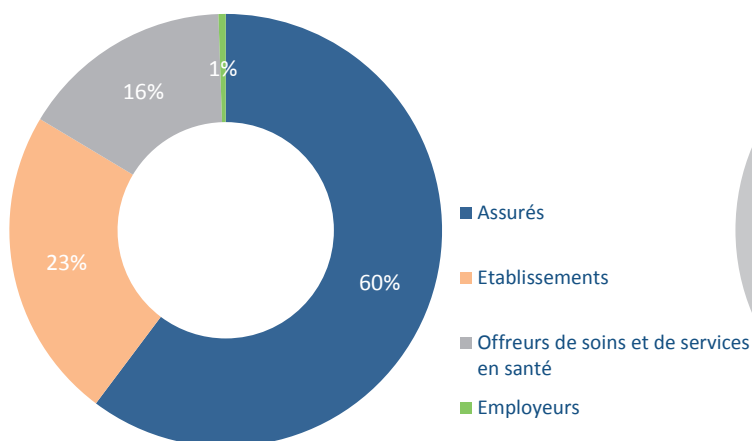


La structuration des fraudes et fautes par catégorie de prestations d'acteurs évolue entre 2019 et 2020, en conséquence des orientations stratégiques diffusées aux organismes locaux dans le contexte sanitaire (cf partie 1.1.1) représentent :

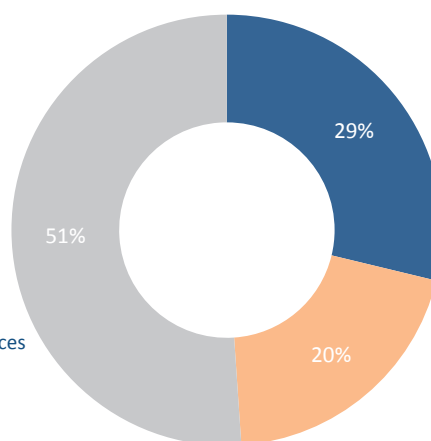
- en nombre, les assurés, 60 % des cas de fraudes et de fautes détectées et stoppées en 2020 (51 % en 2019), les offreurs de soins et de services en santé 16 % (20 % en 2019) et les établissements 23 % (29 % en 2019).
- en montant financier, les actions de lutte contre la fraude ont concerné à hauteur de 51 % les offreurs de soins et de services en santé (48 % en 2019), 29 % les assurés (21 % en 2019) et 20 % les établissements (31 % en 2019).

¹ 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 détectée.

Graphique – Répartition du nombre de fraudes et activités fautives détectées et stoppées en 2020 par acteurs (hors T2A et programme national de contrôle de la Chirurgie plastique)



Graphique – Répartition des montants de fraudes et activités fautives détectées et stoppées en 2020 par acteurs



2.1.1 L'OBTENTION DES DROITS

8,7
MILLIONS
D'EUROS

DE PRÉJUDICES
DÉTECTÉS ET STOPPÉS
EN MATIÈRE DE GESTION
DES DROITS (12,9 MILLIONS
D'EUROS EN 2019)

34 %

DES MONTANTS
CONCERNENT LES
DISPOSITIFS D'AIDES
(EX-CMU-C, ACS, AME)

66 %

DES MONTANTS
CONCERNENT LES
DROITS DE BASE
(PUMA)

Tableau – Répartition des montants des préjudices par nature de droits (en M€)

OBTENTION DES DROITS	2019	2020
Droits de base	4,9	5,7
Dispositifs d'aides (ex-CMU-C/ACS/AME)	8	3
TOTAL	12,9	8,7

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

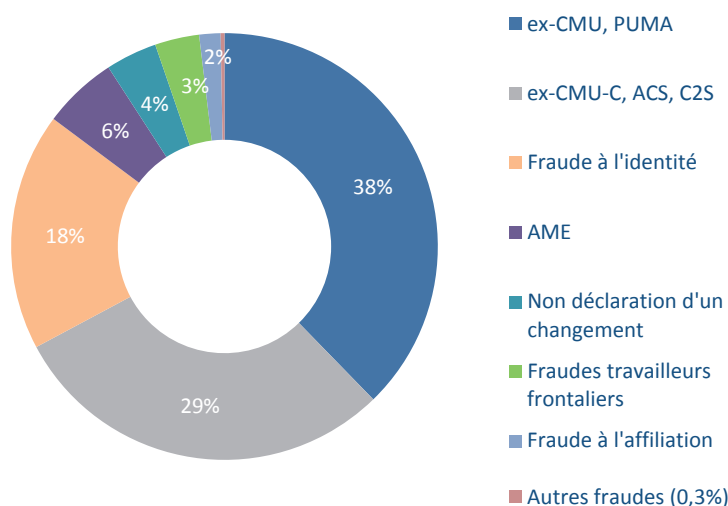
Le montant des fraudes et fautes relatives aux droits de base s'accroît en 2020, avec la montée progressive des résultats sur la PUMA¹ (de 1,4 millions d'euros en 2019 à près de 3,3 millions d'euros en 2020).

Sur les dispositifs d'aides (ex-CMU-c, ex-ACS, C2S² et AME), le montant des préjudices financiers s'élève à 3 millions d'euros (8 millions d'euros en 2019).

1 Protection Universelle Maladie

2 La contribution santé solidaire (C2S) a remplacé à compter du 1^{er} novembre 2019 la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-c) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Graphique – Répartition des montants des préjudices détectés et stoppés en 2020 – Obtention des droits



A. Les contrôles sur les droits de base

Les fraudes et fautes relatives aux droits de base s'élèvent à **5,7 millions d'euros** en 2020 contre 4,9 millions d'euros en 2019.

La Cnam a mis en place en juin 2019 un programme de contrôle contentieux PUMA généralisé sur l'ensemble du réseau. Il repose sur une sélection de dossiers issue d'une requête «multi-hébergeurs», sur des échanges avec les Consulats et 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) et des partenaires institutionnels (CAF, Pôle Emploi, DGFIP...).

L'objectif en 2020 était de contrôler 5000 dossiers sur l'ensemble du territoire. Cependant, compte tenu de la situation sanitaire, l'objectif a été révisé à hauteur de 2500 dossiers. Ce programme a permis de détecter 2,1 millions d'euros en 2020, après 0,5 million d'euros sur le deuxième semestre 2019, pour un préjudice moyen par dossier de 5987 euros.

Le montant des fraudes portant sur les usurpations d'identités et faux papiers d'identité s'élève à 1,6 millions d'euros en 2020 (1,2 millions d'euros en 2019).

B. Les contrôles sur les dispositifs d'aide

Les fraudes et les activités fautives relatives à l'ex-CMU-c et à l'ex-ACS, remplacées par la Contribution Santé Solidaire (C2S) depuis le 1^{er} novembre 2019, représentent un total de fraudes de l'ordre de 2,6 millions d'euros en 2020 contre 4,7 millions d'euros en 2019. Cette baisse de résultat s'explique par une révision de l'objectif de dossiers à contrôler en 2020 : 50% des dossiers ont pu être contrôlés par rapport à l'objectif initial, du fait de la crise sanitaire.

Le préjudice moyen par dossier issu du programme national de contrôle ex-CMU-C/C2S continue de progresser passant de 949 euros en 2018 à 1 048 euros en 2019 puis 1 093 euros en 2020.

Des travaux ont été réalisés en 2020 afin d'améliorer la détection des dossiers à contrôler, avec des outils qui seront mis à disposition du réseau au cours du deuxième trimestre 2021 (nouveau modèle de data mining national, nouvel outil de contrôle intégrant les travailleurs indépendants).

Le montant des fraudes relatives à l'AME est de 0,5 million d'euros en 2020 contre 3,3 millions d'euros en 2019 qui avait été marquée par l'identification d'une importante fraude en bande organisée (Cf. exemple ci-après).

EXEMPLE : Fraude en bande organisée – AME

Une fraude de grande ampleur a été mise en exergue concernant les pratiques de plusieurs individus visant à obtenir de manière frauduleuse le bénéfice de l'Aide Médicale d'Etat (AME), sans remplir les conditions légales en vigueur.

Un important travail d'investigation a permis, en moins d'un an, de repérer les agissements de près de 200 personnes qui, sur la base de fausses déclarations et avec l'intervention de différents acteurs, médicaux et associatifs, ont bénéficié à tort de l'AME, occasionnant ainsi un préjudice financier total de 2,4 millions d'euros au détriment de l'Assurance Maladie.

Les dossiers des assurés faisaient état de caractéristiques communes qui ont laissé penser qu'il s'agissait d'une

fraude en bande organisée, avec de fausses déclarations (fausses prescriptions médicales, délivrées par un nombre très restreint de médecins, attestant de la présence sur le territoire des assurés depuis plus de trois mois), des adresses de domiciliation répétées au sein de certaines associations et la réalisation suspicieuse de dossiers pour les demandeurs réalisée par les deux mêmes personnes.

La plainte pénale déposée par l'Assurance Maladie fin 2019 a donné lieu dès début 2020 aux perquisitions par les services de police et aux gardes à vues des personnes impliquées dans cette fraude en bande organisée. La procédure judiciaire est en cours.

2.1.2 LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

20,5
MILLIONS
D'EUROS

DE PRÉJUDICES
DÉTECTÉS ET STOPPÉS
AU TITRE DES FRAUDES AUX
PRESTATIONS EN ESPÈCES
(44,6 MILLIONS D'EUROS
EN 2019)

59 %

DES MONTANTS CONCERNENT
LES PRESTATIONS EN ESPÈCES
HORS INDEMNITÉS
JOURNALIÈRES

41 %

DES MONTANTS
CONCERNENT
LES INDEMNITÉS
JOURNALIÈRES

En 2020, des fraudes aux prestations en espèces ont été stoppées par l'Assurance Maladie pour un préjudice détecté de 20,5 millions d'euros contre 44,6 millions d'euros en 2019.

A. Les indemnités journalières

Le préjudice total relatif aux indemnités journalières est de **8,3 millions d'euros en 2020** (14,1 millions en 2019) 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.

L'Assurance Maladie a procédé en 2020 à 359 retenues financières, pour un montant de 1,7 millions d'euros (529 retenues financières pour 2,8 millions d'euros en 2019), 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.

EXEMPLE : Fraude aux arrêts de travail

Un assuré a bénéficié de l'indemnisation d'arrêts de travail au titre d'une maladie professionnelle. Un contrôle de son dossier par un agent agréé assermenté, avec usage du droit de communication bancaire, a permis de révéler que l'assuré avait pendant toute la durée de son indemnisation poursuivi son activité de micro entrepreneur. Or, l'exercice

de cette activité rémunérée pendant ses arrêts de travail n'avait pas été autorisé.

Cette fraude a entraîné la demande de remboursement de l'intégralité des indemnités perçues (50 500 €) et le prononcé d'une sanction financière d'un montant de 15 150 €.

B. Les rentes d'accident du travail et les pensions d'invalidité

Un peu plus de 12,2 millions d'euros de préjudices ont été détectés et stoppés en 2020 en matière de prestations en espèces « hors indemnités journalières » (30,5 millions d'euros en 2019).

Le programme pérenne national « 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 3,2 millions en 2020 contre 9,8 millions d'euros en 2019, compte-tenu de la forte baisse de dossiers à contrôler dans le contexte de la crise sanitaire.

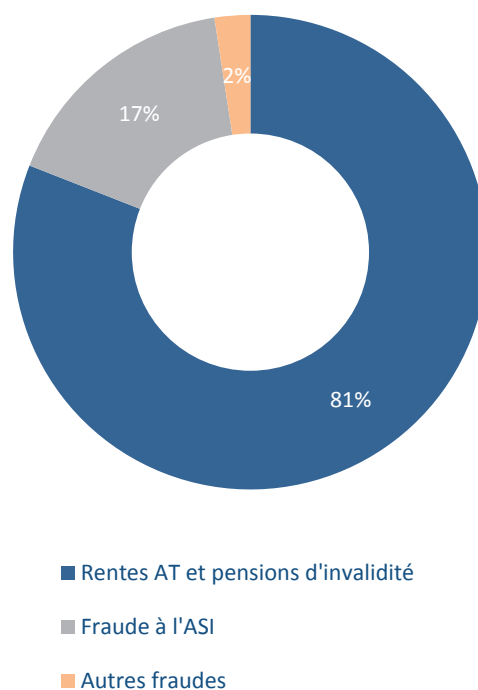
Les autres fraudes sur les pensions d'invalidité et rentes accidents du travail relevant d'initiatives locorégionales s'élèvent à 6,7 millions d'euros (14,6 millions d'euros en 2019).

Les fraudes à l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) représentent un préjudice de 2 millions d'euros (5,2 millions d'euros en 2019).

Les travaux initialement prévus sur un contrôle des rentes et pensions d'invalidité des conjoints survivants ont été repoussés à 2021, avant diffusion d'un nouveau programme national de contrôle-contentieux.

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

Graphique - Répartition des montants des préjudices détectés et stoppés en 2020 - prestations en espèces hors indemnités journalières



2.1.3 LES FRAIS DE SANTÉ

74,6
MILLIONS
D'EUROS

DE PRÉJUDICES
DÉTECTÉS ET STOPPÉS
AU TITRE DES FRAUDES
AUX FRAIS DE SANTÉ
(140,1 MILLIONS D'EUROS
EN 2019)

89 %

CONCERNENT
LES OFFREURS DE SOINS
ET DE SERVICES

11 %

CONCERNENT
LES CONSOMMATIONS
DE SOINS

Les **74,6 millions d'euros** de préjudices relatifs aux fraudes aux frais de santé sont essentiellement imputables aux offreurs de soins et de services en santé.

A. Les préjudices liés aux offreurs de soins et de services

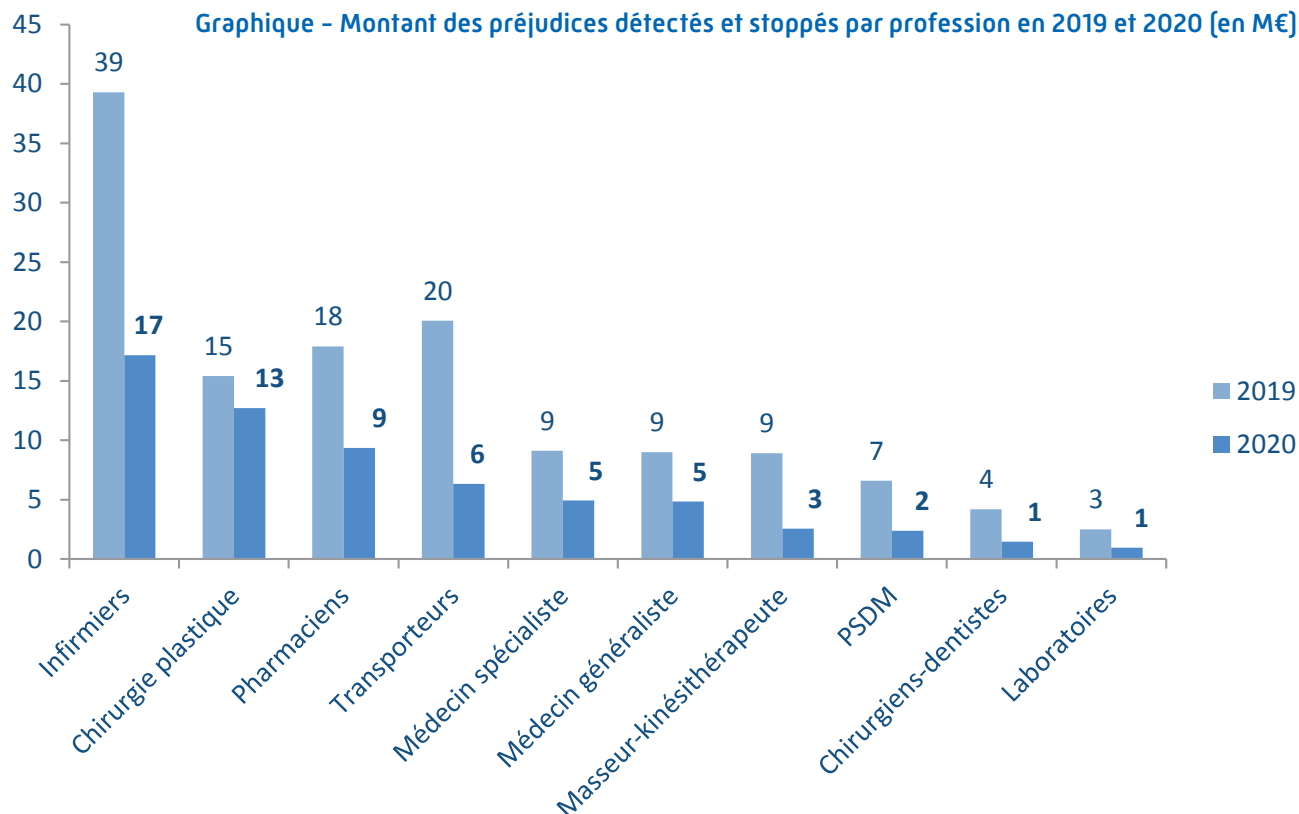
Les fraudes et activités fautives des offreurs de soins (professionnels de santé, prestataires de services et distributeurs de matériel, transporteurs) représentent 66,5 millions d'euros (135,1 millions d'euros en 2019), soit 89% du préjudice détecté et stoppé par l'Assurance Maladie en 2020 en matière de frais de santé.

Ces résultats sont issus notamment des programmes nationaux de contrôle suivants : professionnels de santé méga-actifs, centres de santé dentaires, infirmiers libéraux et chirurgie plastique.

En 2020, l'Assurance Maladie a détecté des fraudes et activités fautives :

- de professionnels de santé (hors transporteurs et fournisseurs) pour un total de 57,1 millions d'euros (107,8 millions d'euros en 2019), principalement en lien avec le non-respect des nomenclatures (53 %) et la facturation d'actes fictifs (21 %),
- de transporteurs pour un total de 6,3 millions d'euros (20,7 millions d'euros 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 3 millions d'euros (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).

Graphique - Montant des préjudices détectés et stoppés par profession en 2019 et 2020 (en M€)



Dans une affaire concernant un professionnel de santé libéral, l'Assurance Maladie a détecté en juin 2019 une suspicion de facturations d'actes fictifs pour des bénéficiaires affiliés France entière, avec trois régions particulièrement concernées (14 CPAM concernées en Ile-de-France, Grand-Est et PACA).

Suite à deux plaintes déposées respectivement en juin et octobre 2020 par l'Assurance Maladie, l'affaire a été prise en charge par un office central de gendarmerie et a conduit à la mise en garde à vue du professionnel de santé dès décembre 2020 avec la saisie de son véhicule et de ses comptes bancaires.

La mise en place d'une task-force nationale a permis une coordination nationale agile et une meilleure anticipation des voies contentieuses : le délai entre le repérage de la suspicion et le dépôt de plainte a été réduit à 1 an malgré le contexte de la crise sanitaire, contre 18 à 24 mois dans le cadre de ce type d'affaire. Puis le délai entre la première plainte et la garde à vue du professionnel de santé a pu être optimisé à 4 mois contre un délai de 1 à 2 ans minimum dans les procédures habituelles.

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 8,1 millions d'euros en 2020 (5 millions d'euros en 2019).

Cette forte augmentation entre 2019 et 2020 s'explique par un accroissement des montants de préjudices identifiés par dossier sur des affaires de vol ou falsifications d'ordonnances et feuilles de soins (+2,9 millions d'euros) ainsi que des dossiers ayant pour origine des gros consommateurs ou des trafics de médicaments (+0,8 millions d'euros).

2.1.4 LES ÉTABLISSEMENTS

23,9
MILLIONS
D'EUROS

DE PRÉJUDICES
DÉTECTÉS ET STOPPÉS
AU TITRE DES FRAUDES AUX
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
(89,2 MILLIONS D'EUROS
EN 2019)

33 %
CONCERNENT
LES CONTRÔLES T2A

67 %
CONCERNENT
LES CONTRÔLES
ÉTABLISSEMENTS
HORS T2A]

L'ensemble des actions de contrôle-contentieux des établissements a été très fortement impacté en 2020 par la crise sanitaire, compte-tenu de l'impossibilité de s'y déplacer sur une grande partie de l'année.

A. Le contrôle national externe de la tarification à l'activité des établissements de santé T2A

7,9 millions d'euros³ de préjudice détecté et stoppé ont été comptabilisés en 2020 sur les contrôles T2A (MCO et HAD) : ces résultats ont été enregistrés avant

le confinement de mars 2020, pour des campagnes de contrôle des années précédentes.

En mai 2020, la fin de la campagne T2A 2019 et le lancement d'une nouvelle campagne de contrôle pour 2020 ont été annulés.

³ Les résultats pris en compte pour 2020 sont ceux afférents aux contrôles finalisés dans l'année civile en cours, quelle que soit l'année de la campagne de contrôle concernée (méthode de calcul utilisée depuis 2015).

B . Les contrôles nationaux administratifs en établissements de santé

En 2020, de nouveaux contrôles administratifs sur les établissements ont été adaptés pour tenir compte des impacts de la crise sanitaire sur leurs activités. Les résultats ces programmes nationaux s'établissent à **11,4 millions d'euros** (24,7 millions d'euros en 2019).

Les Établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

La campagne de contrôle 2020 a permis de valoriser des préjudices évités du fait des changements de comportements observés, suite au précédent contrôle relatif aux doubles facturations pour des séjours en EHPAD (facturations imputées sur l'enveloppe « soins de ville » en sus des forfaits versés aux structures).

Sur l'ensemble des campagnes en cours en 2020, intégrant les résultats des campagnes des années précédentes, le montant de préjudice constaté atteint **5 millions d'euros** en 2020.

Les structures d'Hospitalisation à domicile (HAD)

Pour les structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD), l'Assurance Maladie a effectué en 2020 le même type de contrôle que pour les EHPAD, avec un montant de préjudice financier évité de **6 millions d'euros**.

Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Le contrôle des facturations des actes infirmiers inclus dans la dotation globale de soins des Services de soins infirmiers à domicile (articles R. 314-137 du CASF et R. 174-16-1 à R. 174-16-5 du CSS) mais émises sur l'enveloppe des soins de ville a permis de valoriser **0,4 million d'euros** au titre des fins de campagnes 2018 et 2019), en l'absence de nouvelle action de contrôle-contentieux en 2020.

C. Les autres contrôles des établissements de santé

Hors contrôles thématiques décrits ci-dessus, les contrôles-contentieux portant sur les établissements de santé ont permis de détecter et stopper un préjudice financier de **4,6 millions d'euros** en 2020 (12,6 millions d'euros en 2019).

Il s'agit essentiellement de dossiers identifiés localement, correspondant à des prestations facturées alors qu'elles relèvent de financements alternatifs ou bien ne respectant pas la réglementation et la nomenclature.

Par ailleurs, un nouveau programme de contrôle national sur les centres de dialyse rénale a été lancé fin 2019, pour un résultat de 0,4 million d'euros en 2020.

2.1.5 LES FRAUDES COMMISES DANS LE CADRE DES SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

En 2020, **549 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 **2,4 millions d'euros** (1,3 millions d'euros en 2019).

Le programme national pérenne de contrôle contentieux PUMA comporte un volet de contrôle 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 : Le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE)

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.

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.

Ces faits donnent lieu à signalement aux Caisses pour la mise en œuvre de procédures adéquates.

2.2 RÉSULTATS DES ACTIONS CONTENTIEUSES

4 771

ACTIONS CONTENTIEUSES
ENGAGÉES EN 2020
(8 872 EN 2019)

20

MILLIONS D'EUROS
CORRESPOND AU MONTANT TOTAL DES SANCTIONS
ET ASSIMILÉS (PÉNALITÉS FINANCIÈRES, AMENDES,
DOMMAGES ET INTÉRÊTS...)

149

CONDAMNATIONS PÉNALES
DONT **103**
AVEC UNE PEINE DE
PRISON PRONONCÉE

Pour sanctionner les auteurs à la hauteur de la gravité des faits avérés, l'Assurance Maladie a continué à déployer en 2020 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.

4 771 actions contentieuses ont été engagées en 2020 contre 8 872 en 2019.

FOCUS : La période juridiquement protégée : une mesure de l'état d'urgence sanitaire qui a impacté fortement le nombre d'actions contentieuses engagées en 2020.

La période juridiquement protégée (PJP) s'est étendue du 12 mars au 23 juin 2020 inclus et a constitué un dispositif dérogatoire et exceptionnel de report de divers délais et dates d'échéance.

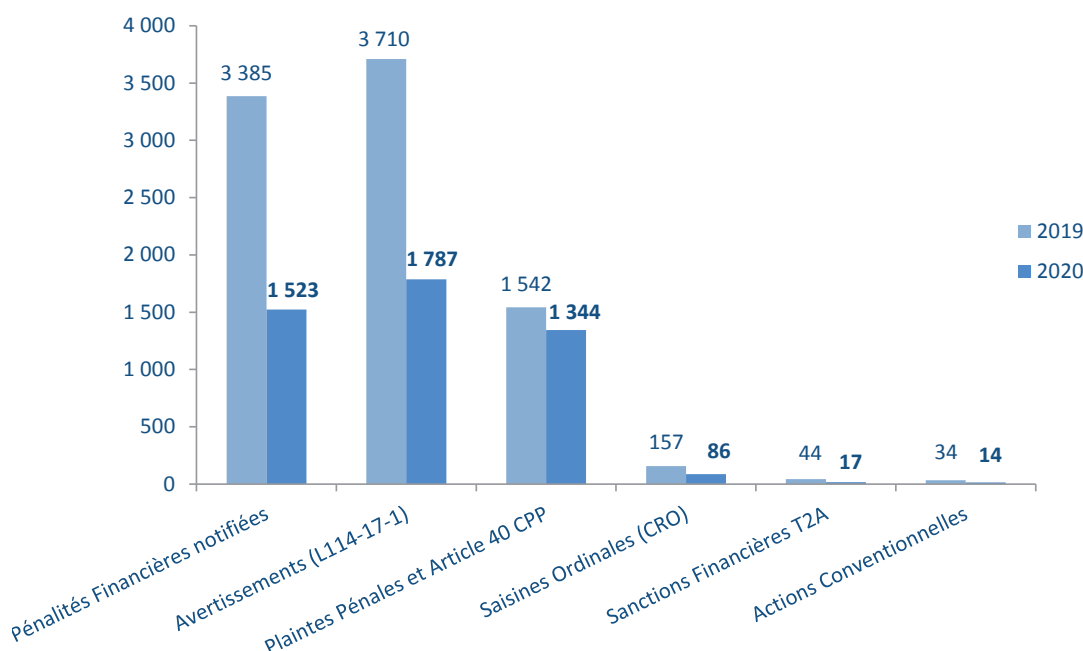
Ainsi, toutes les actions et toutes les décisions des organismes de sécurité sociale qui expiraient ou qui auraient dû être accomplies pendant cette période étaient susceptibles d'être réalisées à l'issue de la PJP en étant réputées avoir été faites à temps.

2.2.1 LES ACTIONS CONTENTIEUSES MENÉES EN 2020

Pendant toute la crise sanitaire, la priorité a été donnée au traitement des dossiers de fraudes à enjeux : les résultats 2020 montrent que les organismes d'Assurance Maladie ont bien suivi cette stratégie, avec une forte

augmentation de la proportion de suites pénales dans le total des actions contentieuses initiées (28 % en 2020 contre 17 % en 2019).

Graphique – Dénombrement des suites contentieuses mises en œuvre par type d’actions en 2019 et 2020



Le **total des sanctions et assimilés** (pénalités financières, amendes, dommages et intérêts...) s'élève à **20 millions d'euros** pour 2020 (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 par un rappel à la réglementation sans engagement de la procédure des pénalités financières.

En 2020, la crise sanitaire a fortement impacté le fonctionnement des commissions des pénalités financières des organismes qui n'ont pas pu se réunir pendant la période juridiquement protégée (du 12 mars au 23 juin 2020).

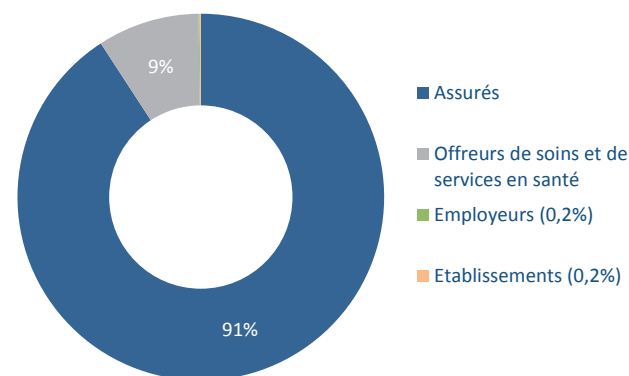
1 523 pénalités financières (3 385 en 2019) ont été prononcées par les Directeurs des organismes du réseau pour un montant global de l'ordre de 4,2 millions d'euros (9,9 millions d'euros en 2019).

En prévention de la récurrence, les Caisses ont adressé **1 787 avertissements** relevant de l'article L.114-17-1 du CSS (3 710 en 2019). Ces avertissements sont importants pour dissuader les acteurs de réitérer des actions répréhensibles. En cas de récurrence dans les 3 ans, ils

permettent de prononcer une pénalité dont le montant maximum est doublé (Art. R-147-5 III du CSS).

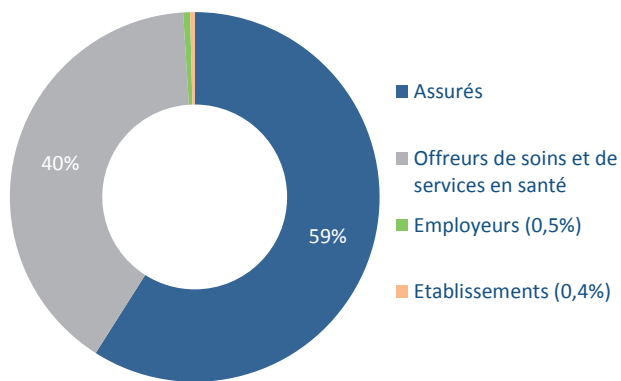
Plus de 90 % des pénalités notifiées ont concerné des assurés en 2020, contre 77 % en 2019, la part des offreurs de soins et de service passant de 15 % à 9,1 %.

Graphique – Répartition en nombre des pénalités notifiées en 2020



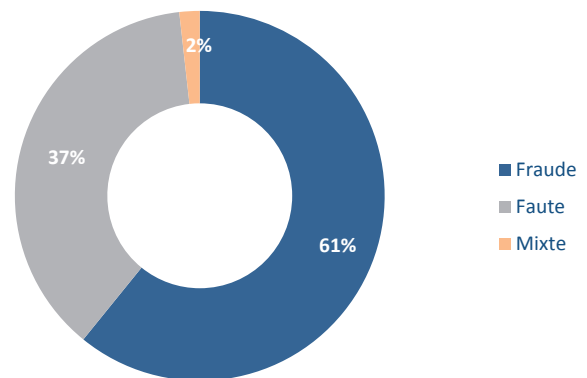
Sur les 4,2 millions d'euros de pénalités notifiées, 59 % de ce montant concerne les assurés et 40 % les offreurs de soins et de service (respectivement 35,4 % et 63,5 % en 2019).

Graphique - Répartition en montant des pénalités financières notifiées en 2020



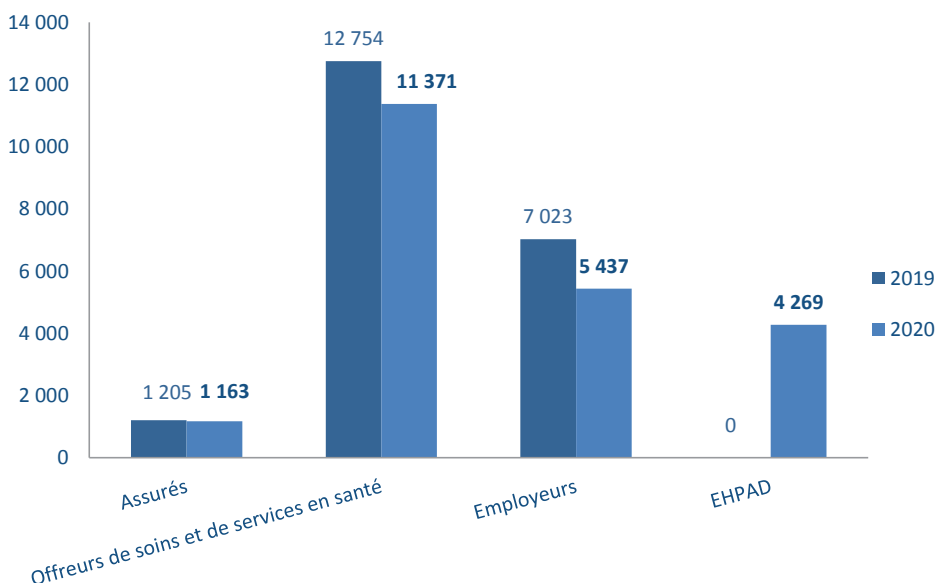
En 2020, il est constaté une hausse de la proportion de pénalités pour fraudes (61% contre 54% en 2019), en corrélation avec les instructions relatives à la priorisation des actions portant sur les pratiques frauduleuses.

Graphique - Répartition des pénalités financières notifiées en fonction de la qualification en 2020



Le montant moyen d'une pénalité est de 2 293 euros en 2020 (2 974 euros en 2019), variant de 1 163 euros pour les assurés à 15 640 euros pour les offreurs de soins et de services en santé.

Graphique - Montant moyen de pénalités (en €) par catégorie d'acteurs en 2020

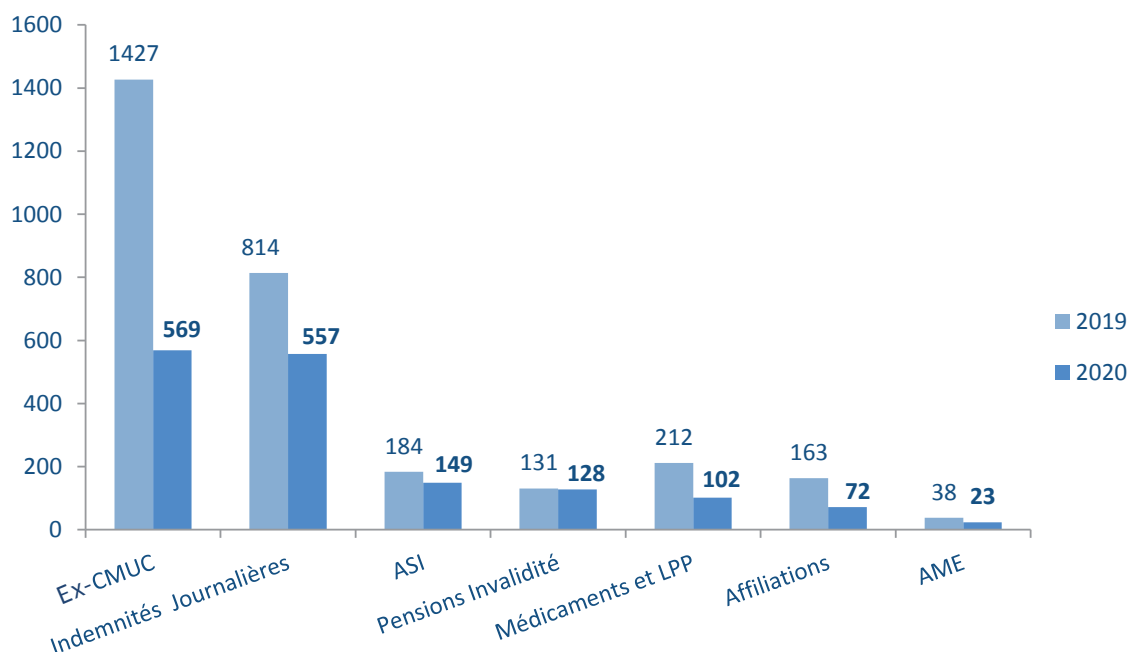


Les avis rendus⁴ par le Directeur général de l'Uncam pour prononcer une pénalité à l'encontre d'assurés ont principalement concerné l'ex-CMU-c/C2S et les indemnités journalières. Le nombre d'avis rendus pour

fausse déclaration lors de la demande de l'ex-CMU-c/C2S a fortement diminué en 2020 (-60 %), en lien avec la baisse du nombre de dossiers contrôlés par l'Assurance Maladie compte-tenu de la crise.

⁴ 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 assurés



2.2.3 LA VOIE PÉNALE

A. Le dépôt des plaintes pénales

L'Assurance Maladie engage la voie pénale autant que de besoin : la priorisation des actions sur les dossiers de fraudes à enjeux a conduit à une forte hausse de la proportion des suites pénales en 2020 (+11 points par rapport à 2020, soit 28 % contre 17 %).

Les Caisses ont déposé 1 344 plaintes pénales et signalements au titre de l'article 40 du NCPP au cours de l'année 2020, accompagnés de demandes en réparation du préjudice subi par l'Assurance Maladie pour un montant de plus de 31,8 millions d'euros (1 542 plaintes pour un montant de 47,5 millions d'euros en 2019).

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

470 signalements ont été faits au Procureur au titre de l'article 40 du NCPP en 2020 (424 en 2019).

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

TIERS	NOMBRE DE PLAINTES		MONTANT RÉCLAMÉ EN RÉPARATION (EN M€ ET EN %)	
Assurés	722	83 %	11	35 %
PS et autres	152	17 %	21	65 %
TOTAL	874	100 %	32	100 %
<i>Rappel 2019*</i>	<i>1 118</i>		<i>47,5</i>	

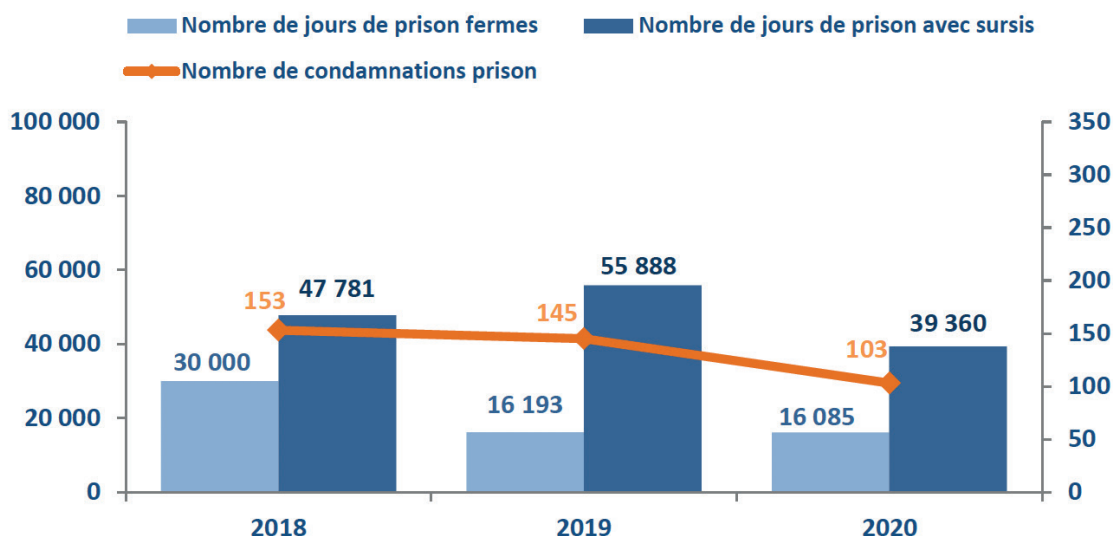
*Pour rappel, en 2019, de nombreuses plaintes pénales avaient été déposées dans le cadre d'actions sur de faux arrêts de travail de courte durée et de fraudes à l'AME.

B. Les sanctions prononcées

En 2020, les instances pénales ont prononcé 149 condamnations (174 en 2019). Parmi ces condamnations, 103 comportent une peine de prison (145 en 2019). Le nombre total de jours de prison prononcés est de 55 445 jours, dont 16 085 jours de prison ferme et 39 360 jours de prison avec sursis.

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

Graphique - Evolution du nombre de jours de prison ferme et avec sursis et du nombre de peines de prison prononcées de 2018 à 2020



2.2.4 LA VOIE ORDINALE

Le fonctionnement des ordres professionnels a été impacté par la crise sanitaire, ce qui a entraîné à la fois une baisse du nombre de saisines par l'Assurance Maladie et une diminution du nombre de décisions rendues.

A. Les saisines ordinales

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

Les principaux manquements concernent les cotations erronées, les actes non médicalement justifiés, les actes facturés non réalisés, la mise en danger des patients, l'exercice hors spécialité et les abus d'actes.

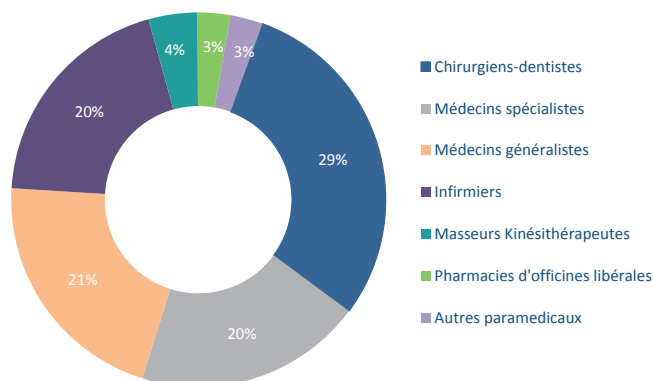
En 2020, le nombre de plaintes ordinaires déposées par l'Assurance Maladie devant la Section des assurances sociales d'un Conseil régional d'un Ordre est en baisse : 86 plaintes pour 157 en 2019.

Par rapport à 2019, la répartition des saisines ordinaires en fonction des catégories de professionnels de santé montre en 2020 une hausse des parts concernant les médecins généralistes (21 % au lieu de 12 %) et les infirmiers (20 % au lieu de 11 %).

Tableau - Répartition des saisines ordinaires déposées par l'Assurance Maladie en 2020

SAISINES OU RECOURS DÉPOSÉS	SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL DE L'ORDRE		CONSEIL D'ETAT	TOTAL
	RÉGIONAL	NATIONAL		
2020	86	40	4	130
Rappel 2019	157	65	13	235

Graphique – Répartition par profession des saisines des SAS des Conseils régionaux de l'Ordre en 2020



B. Les décisions ordinales

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

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

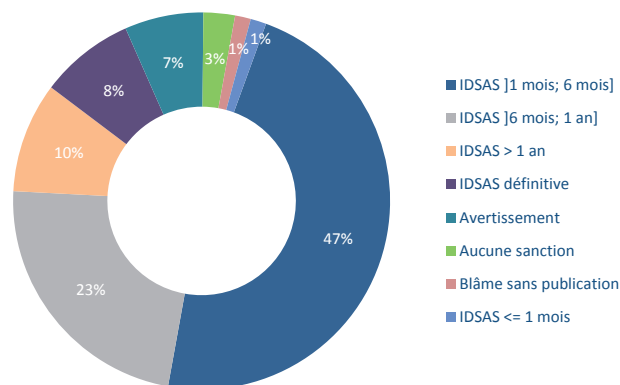
89 % des décisions prononcées par les Ordres sont des Interdictions de Donner des Soins aux Assurés Sociaux (ID-SAS) avec une durée d'interdiction qui est le plus souvent comprise entre un et six mois, généralement accompagnées d'un sursis partiel. Cette proportion est globalement stable par rapport à l'année 2019 (92 %).

L'ensemble des saisines ordinales de l'Assurance Maladie a ainsi fait l'objet d'une décision par les Ordres, avec une sanction dans 97 % des cas en 2020.

Tableau – Répartition des décisions ordinales rendues en 2020 par les Ordres

DÉCISIONS RENDUES	SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL DE L'ORDRE		CONSEIL D'ETAT	TOTAL
	RÉGIONAL	NATIONAL		
2020	64	35	8	107
Rappel 2019	106	92	8	206

Graphique – Décisions rendues en 2020 par les SAS des Conseils de l'Ordre (régionaux et nationaux)



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

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 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

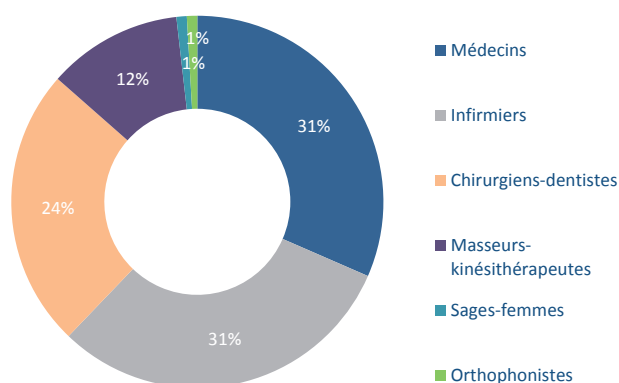
faits intéressant l'exercice de la profession à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux.

Chaque année, plus de 90% des décisions prononcées par les Ordres sont des interdictions de donner des soins aux assurés sociaux.

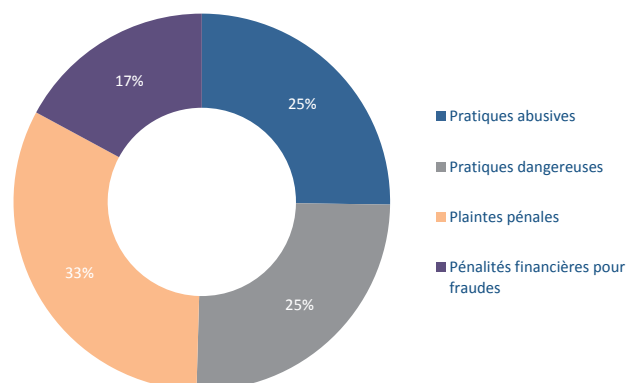
C. Les signalements aux ordres

En 2020, l'Assurance Maladie a adressé aux Conseils de l'Ordre des professionnels de santé **111 signalements** (130 en 2019) au titre de l'article L.162-1-19 du Code de la Sécurité sociale⁵, concernant principalement des médecins (31 %), des infirmiers (31 %) et des chirurgiens-dentistes (24 %).

Graphique - Répartition des signalements aux ordres en 2020



Graphique - Motifs des signalements aux ordres en 2020



2.2.5 LA PROCÉDURE CONVENTIONNELLE

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

67 % des procédures concernent des prestataires de services et distributeurs de matériel et 33 % des infirmiers.

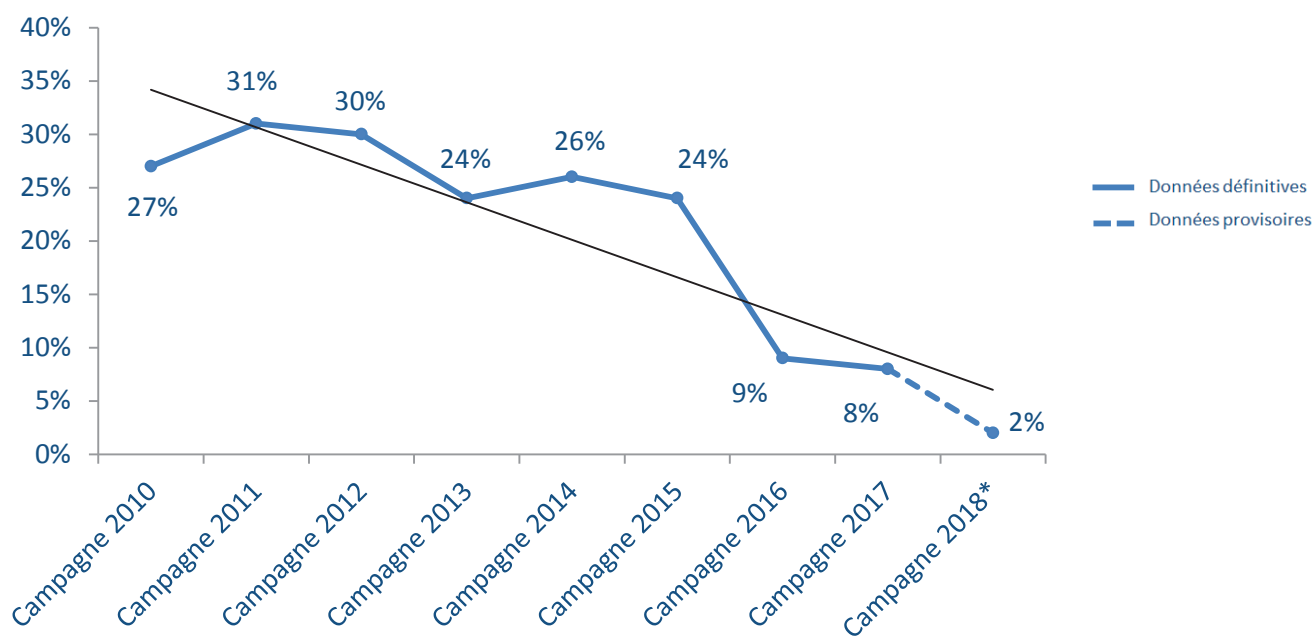
2.2.6 LES SANCTIONS FINANCIÈRES DU CONTRÔLE EXTERNE T2A

17 sanctions financières ont été prononcées par les Directeurs généraux des ARS à l'encontre d'établissements ayant fait l'objet d'un contrôle de la Tarification à l'activité (MCO ou HAD) en 2020 (44 en 2019) pour un montant de 1,2 millions d'euros (2,8 millions en 2019).

La période de crise sanitaire a entraîné la suspension de notification de sanctions par les ARS auprès d'établissements particulièrement impactés par la COVID-19.

⁵ 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 - Pourcentage du montant des sanctions notifiées par l'ARS par rapport au montant des sanctions transmises par les UCR



* La période de crise sanitaire a suspendu la notification des sanctions par les ARS auprès d'établissements particulièrement impactés par la Covid-19.

2.3

RÉSULTATS DU RECOUVREMENT DES INDUS FRAUDULEUX ET DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES

Source : Direction Déléguée aux Finances et à la comptabilité (DDFC)

Depuis 2016, la Direction Financière et Comptable de la Cnam assure le suivi du taux de recouvrement des indus frauduleux et des pénalités financières. Le principe de ces indicateurs de taux de recouvrement est

d'analyser les créances issues des activités fautives et frauduleuses constatées sur une année donnée puis de suivre leur recouvrement sur les 4 années qui suivent. Ainsi, l'exercice 2020 a permis le suivi des créances enregistrées par les CPAM et les CGSS sur l'exercice 2016 avec l'obtention des taux suivants :

Tableau - Recouvrement des indus frauduleux (fautes et fraudes)

	2019	2020	VARIATION EN %
MONTANT DES CRÉANCES ÉMISES	109 577 752,3 €	120 303 477,4 €	+9,79 %
TAUX DE RECOUVREMENT FAUTES/FRAUDES	59,99%	50,49 %	-9,5 points

Tableau - Recouvrement des pénalités financières prononcées (hors T2A)

	2019	2020	VARIATION EN %
MONTANT DES CRÉANCES ÉMISES	9 718 287,9 €	13 934 908,56 €	43,39 %
TAUX DE RECOUVREMENT FAUTES/FRAUDES	71,65%	72,92 %	+ 1,27 point

2.3.1 ANALYSE DE L'ACTIVITÉ 2020

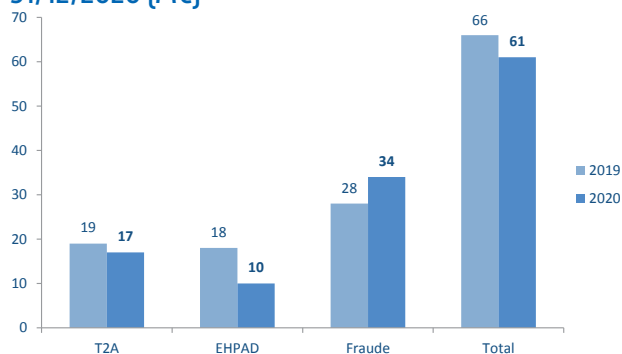
A. Les indus frauduleux – les impacts de la crise sanitaire :

Alors que ce taux de recouvrement augmentait régulièrement depuis 2017, cette baisse de plus de 9 points est directement imputable à la crise sanitaire et à la non priorisation de l'activité « recouvrement » des différents secteurs concernés au sein des organismes locaux. De même, les ordonnances ministérielles dites « ordonnances COVID » ont suspendu les actions de recouvrement habituellement mises en place dont les récupérations automatiques réalisées sur les flux de prestations des redevables concernés qui sont des

outils de recouvrement performants en temps normal (professionnels de santé notamment).

De même et plus généralement, l'année 2020 a été marquée par une baisse d'activité de la part des professionnels de santé compensée par le Dispositif d'Indemnisation de la Perte d'Activité (DIPA) avec, là aussi, une retenue sur les flux de prestations beaucoup moins ouverte et efficace que sur les autres années.

Graphique – Recouvrement des indus frauduleux 2015 et 2016 (fautes et fraudes) au 31/12/2019 et 31/12/2020 (M€)

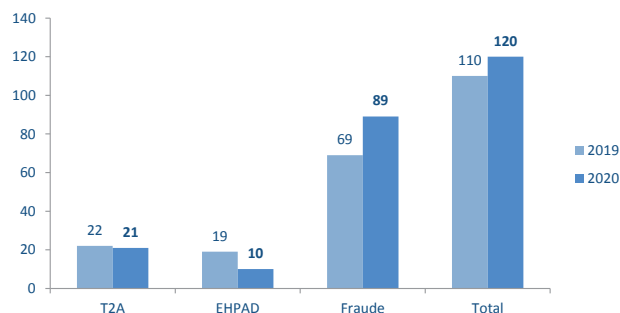


Enfin, le confinement et la suspension des audiences judiciaires sur l'ensemble du territoire n'a pas permis la clôture d'un certain nombre de dossiers souvent à fort enjeu financier et donc de fait leurs recouvrements.

B. Les indus frauduleux – Modification de la structure des créances

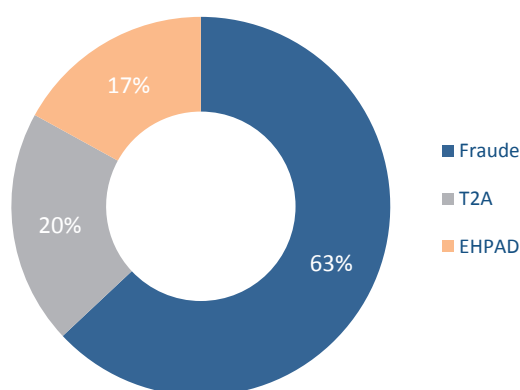
Alors qu'il est constaté une augmentation de 10 millions d'euros entre 2019 et 2020 (+ 9,8%) sur le total des constats de créances, la structure des typologies de créances pour activités frauduleuses ou fautives a évolué en parallèle entre les deux exercices.

Graphique – Constats de créances en 2020 (M€)

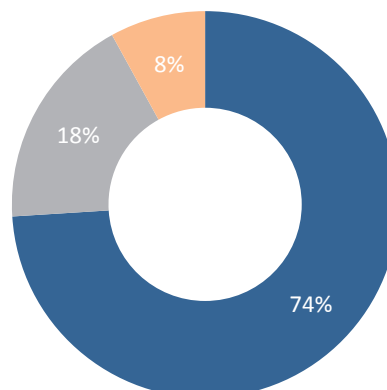


Graphique – Structure des indus frauduleux (fautes et fraudes)

Constats 2015 au 31/12/2019



Constats 2016 au 31/12/2020



La quote-part des indus frauduleux de 2016 est plus importante qu'elle ne l'était en 2015 pour représenter 74 % de la structure de ces indus contre 63% l'année passée.

Le poids de ces créances fraude et leur augmentation coïncident avec les mesures accrues de pilotage et de renforcement de lutte contre la fraude menées par la Cnam.

Cependant, ces créances étant recouvrées à plus long terme que les créances T2A ou EHPAD, le taux de recouvrement s'est donc dégradé entre ces deux années subissant les impacts de la crise sanitaire développés ci-dessus.

C. Les pénalités financières

Les pénalités financières sont, elles, recouvrées plus rapidement que les dossiers ouverts pour fraudes ou fautes. Ainsi, les constats de créances réalisées sur l'année 2016 sont principalement suivis de recouvrements sur les deux ou trois années qui suivent (soit 2017, 2018 et 2019). De fait, la crise sanitaire n'a pas eu le même effet négatif que sur les créances de nature frauduleuse ou fautive. Ainsi, malgré une forte hausse en montant des pénalités financières, le taux de recouvrement est resté stable.

En outre, les indicateurs de suivis de recouvrement mis en place par la Cnam depuis 2016 ont également incité les CPAM et les CGSS à rendre plus performant le recouvrement sur ce type de créances et à généraliser la récupération sur les flux de prestations versés aux professionnels de santé notamment.

2.3.2 ACCOMPAGNEMENT DU RÉSEAU DANS L'ANALYSE DU RECOUVREMENT AU TRAVERS DES DIALOGUES DE GESTION

Dans un contexte dégradé au sein du réseau du fait de la crise sanitaire, la Cnam a tout de même souhaité renforcer le pilotage de cet indicateur. Ainsi, elle a accompagné les organismes locaux sur le recouvrement de ces indus et a privilégié leur suivi au travers des dialogues de Gestion afin d'analyser et de mieux comprendre les problématiques afférentes à cette typologie de créances.

Ainsi, un diagnostic sur les créances déjà existantes et un plan d'actions sur leur recouvrement ont été demandés aux 13 CPAM expérimentatrices de cet accompagnement par la caisse nationale. Ces deux composantes permettent ainsi aux organismes de :

- Vérifier la bonne application des consignes présentées dans le guide de bonnes pratiques du recouvrement des créances frauduleuses,

- Réaliser une analyse juridique des dossiers pénaux et s'assurer auprès du procureur que les dossiers pénaux de plus de 18 mois d'ancienneté sont suivis, sachant que le guide de bonnes pratiques demande une notification de la créance passé ce délai,
- Réaliser une analyse juridique des dossiers non pénaux afin de vérifier que les voies d'exécution ouvertes aux organismes sociaux sont appliquées sur les créances frauduleuses de l'organisme,
- Contrôler la mise en place d'études de solvabilité,
- Analyser comptablement les dossiers non soldés et de s'assurer de la pertinence du montant comptabilisé (absence de préjudices extrapolés, pas de présence de dossier avec plainte contre X...),
- Prendre connaissance du module de formation et y inscrire des collaborateurs de l'organisme.

2.3.3 CONTINUITÉ DES ACTIONS DE FORMATIONS LIÉES AU RECOUVREMENT

Malgré la crise sanitaire, le module de formation destinée aux mesures conservatoires et aux voies d'exécution a été maintenu sur 2020 et suivi en distanciel par les collaborateurs de nombreuses CPAM et CGSS.

Cinq sessions ont été organisées sur le second semestre 2020 et ont accueilli un total de 54 participants.

Les objectifs de cette formation sur 2020 puis 2021 sont d'accompagner au mieux le réseau sur ces pratiques complexes juridiquement (articulation entre l'action

pénale et l'action civile, étude de solvabilité, mesures conservatoires...) en proposant une formation opérationnelle et pratique. Celle-ci fait d'ailleurs l'objet début 2021 d'une évaluation sur son contenu et sa mise en œuvre immédiate dans chaque organisme afin de l'adapter aux besoins réels des CPAM et CGSS.

La volonté de la Cnam est que l'ensemble des organismes aient pu bénéficier de ce module spécifique à l'activité frauduleuse au 31 décembre 2021.

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE 01

CONTRIBUTIONS LCF À LA RÉALISATION DE L'OBJECTIF ONDAM 2020

ANNEXE 2

RENDEMENT FINANCIER DES PROGRAMMES NATIONAUX CLÔTURÉS

ANNEXE 3

RÉSULTAT DES ACTIONS DE RÉPRESSION DES FRAUDES ET ACTIVITÉS FAUTIVES À L'INITIATIVE DU RÉSEAU (VOLET LOCORÉGIONAL)

ANNEXE 4

RÉSULTAT LCF 2020 DU CENTRE NATIONAL DES SOINS À L'ÉTRANGER

ANNEXE 5

SIGNALEMENTS INTER-PARTENAIRES ET TÉMOIGNAGES DE TIERS

ANNEXE 6

TABLEAU DE SUIVI DES PROCÉDURES PÉNALES

ANNEXE 7

LE DROIT DE COMMUNICATION DE L'ASSURANCE MALADIE

ANNEXE 8

EXEMPLES DE FRAUDES ET ACTIVITÉS FAUTIVES

ANNEXE 9

GLOSSAIRE

ANNEXE 01

CONTRIBUTIONS LCF À LA RÉALISATION DE
L'OBJECTIF ONDAM 2020

Les actions de lutte contre la fraude (LCF) concourent à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et sont articulées avec celles menées en matière de maîtrise médicalisée.

Les cinq axes prioritaires ont été mis en œuvre en 2020 :

Axe 1 : Professionnels de santé, prestataires de services et distributeurs de matériel

Axe 2 : Etablissements et centres de santé

Axe 3 : Prestations en espèces

Axe 4 : Droits de base et complémentaires

Axe 5 : Nouvelles méthodes d'identification de fraudes potentielles

Les résultats 2020 (en millions d'euros) figurent dans le tableau ci-dessous.

THÈMES		OBJECTIFS 2020 (M€)	RÉSULTATS AU 31/12/2020	TAUX D'ATTEINTE
RESULTATS AXE 1		39,0	43,5	111%
Professionnels de santé, PSDM	Renforcement des actions de contrôles des professionnels de santé et PSDM méga-actifs et/ou avec forte atypies d'activité ou de facturation	25,0	16,2	65%
	Accentuation des contrôles LPP dans le cadre du virage ambulatoire	5,0	1,7	35%
	Contrôles des offreurs de soins répétant des anomalies de facturation d'actes et de prestations	9,0	25,5	284%
RESULTATS AXE 2		28,0	14,2	51%
Établissements de santé et centres de santé	Poursuite des contrôles réglementaires des facturations des établissements de santé publics et privés (T2A MCO/HAD)	15,0	7,9	52%
	Double facturation forfait soins de ville des établissements médico sociaux (SSIAD/HAD...)	13,0	6,3	49%
RESULTATS AXE 3		8,0	59,3	741%
Prestations en espèces	Renforcement des moyens de détection des fraudes aux IJ pour recoupement d'informations	0,2	0,0	3%
	Mise sous objectif et sous accord préalable (MSO-MSAP) des prescriptions d'arrêts de travail	7,8	59,3	760%
RESULTATS AXE 4		12,9	28,5	221%
Droits de base et complémentaires	Poursuite des contrôles des bénéficiaires et des employeurs	10,0	18,9	189%
	Mise en œuvre du référentiel de contrôle sur la protection maladie universelle : contrôles de résidence	0,2	0,7	370%
	Plan de contrôle annuel sur l'attribution de prestations sous condition de ressources (ex-CMU-C, ACS, ASI...)	2,7	8,9	328%
RESULTATS AXE 5		0,1	0,0	0%
Nouvelles méthodes d'identification des fraudes potentielles	Expérimentation de nouvelles méthodes d'exploitation ou d'échanges de données	0,1	0,0	0%
TOTAL 2020		88,0	145,4	165%

ANNEXE 02

RENDEMENT FINANCIER DES PROGRAMMES NATIONAUX CLÔTURÉS

Les programmes de contrôle-contentieux nationaux clôturés ayant identifié au moins 4 millions d'euros de préjudices cumulés de 2014 à 2020 (données arrêtées au 31/12/2020) ont permis d'identifier un préjudice total de 502 936 379 € avec une fourchette allant de 4,3 millions d'euros à 59,9 millions d'euros.

PROGRAMMES NATIONAUX	ANNÉE DE LANCEMENT	MONTANT TOTAL
T2AMCO	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
EHPAD	2015	23 618 747
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
EHPAD	2013	10 765 199
HAD	2015	10 608 472
EHPAD	2016	10 253 677
HAD	2017	9 877 746
RENTES ACCIDENT DU TRAVAIL ET PENSIONS D'INVALIDITÉ	2018	9 803 617
HAD	2016	9 627 964
HAD	2016	9 627 964
RENTES ACCIDENT DU TRAVAIL ET PENSIONS D'INVALIDITÉ	2018	9 803 617
HAD	2017	9 877 746
BIOLOGIE	2015	9 141 189
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
RENTES ACCIDENT DU TRAVAIL ET PENSIONS D'INVALIDITÉ	2017	5 867 574
CMUC	2018	5 701 007
SSIAD	2016	5 465 420
LPP FOURNISSEURS	2014	5 276 677
SSIAD	2017	4 959 987
RENTES ACCIDENT DU TRAVAIL ET PENSIONS D'INVALIDITÉ	2014	4 533 096
LPP PHARMACIENS	2014	4 426 812
HAD	2014	4 363 627
CMUC	2016	4 327 867
TOTAL 2020		502 936 379 €

ANNEXE 03

RÉSULTAT DES ACTIONS DE RÉPRESSION DES FRAUDES ET ACTIVITÉS FAUTIVES À L'INITIATIVE DU RÉSEAU (VOLET LOCORÉGIONAL)

01. DÉNOMBREMENT DES FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION EN 2020 ET MONTANT DU PRÉJUDICE SUBI OU ÉVITÉ CORRESPONDANT PAR GRIEF TOUS ACTEURS

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION EN 2020		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Abus ou détournement de prestations en nature	35	0,76%	543 153	9 581	552 734	0,71%
Accidents du Travail	13	0,28%	139 544	759 780	899 324	1,16%
Autres fraudes	33	0,71%	816 676	200 862	1 017 538	1,31%
Cumul IJ ou non respect des règles de sortie	672	14,54%	3 883 700	695 799	4 579 499	5,91%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	30	0,65%	1 099 326	31 750	1 131 076	1,46%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	115	2,49%	1 279 136	187 484	1 466 620	1,89%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	55	1,19%	2 847 232	108 531	2 955 763	3,81%
Fraude à la gestion des droits	549	11,88%	2 146 644	1 418 525	3 565 169	4,60%
Fraude à la nomenclature	546	11,81%	14 682 502	399 077	15 081 579	19,46%
Fraude à la prescription	181	3,92%	6 591 013	296 875	6 887 888	8,89%
Fraude à l'agrément ou aux véhicules	10	0,22%	1 251 995	8 807	1 260 803	1,63%
Fraude à l'ASI	2	0,04%	4 591	7 119	11 710	0,02%
Fraude sur prestations en espèces	439	9,50%	2 259 356	2 575 495	4 834 851	6,24%
Fraudes Espèces - Falsification Pièces Justificatives, arrêt de travail	620	13,41%	2 693 615	975 989	3 669 605	4,73%
Fraudes travailleurs frontaliers	89	1,93%	247 847	45 518	293 365	0,38%
LPP	70	1,51%	1 079 287	51 637	1 130 924	1,46%
Médicaments abus et trafics	461	9,97%	4 561 932	347 791	4 909 723	6,33%
Non déclaration d'un changement dans la situation	305	6,60%	1 593 979	1 255 945	2 849 923	3,68%
Non respect de la réglementation	118	2,55%	2 697 987	35 907	2 733 894	3,53%
Pensions d'invalidité	4	0,09%	41 233	8 482	49 715	0,06%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	276	5,97%	15 619 965	2 005 440	17 625 405	22,74%
TOTAL 2020	4 623	100,00%	66 080 714	11 426 395	77 507 109	100,00%
TOTAL 2019	10 092	100,00%	132 646 536	25 413 597	158 060 133	100,00%
TOTAL 2018	9 891	100,00%	126 541 030	22 006 435	148 547 465	100,00%

02. DÉNOMBREMENT DES FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION EN 2020 ET MONTANT DU PRÉJUDICE SUBI OU ÉVITÉ CORRESPONDANT PAR GRIEF PAR ACTEUR

> ASSURÉS

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION EN 2020		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Abus ou détournement de prestations en nature	15	0,48%	155 459	9 581	165 039	0,60%
Accidents du Travail	13	0,42%	139 544	759 780	899 324	3,27%
Autres fraudes	27	0,87%	659 342	200 077	859 419	3,12%
Cumul IJ ou non respect des règles de sortie	671	21,62%	3 883 218	695 799	4 579 017	16,65%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	31	1,00%	443 256	73 995	517 251	1,88%
Fraude à la gestion des droits	462	14,88%	2 097 433	1 225 628	3 323 061	12,08%
Fraude à la nomenclature	1	0,03%	639	0	639	0,00%
Fraude à la prescription	65	2,09%	1 570 220	20 371	1 590 591	5,78%
Fraude à l'ASI	2	0,06%	4 591	7 119	11 710	0,04%
Fraude sur prestations en espèces	439	14,14%	2 259 356	2 575 495	4 834 851	17,58%
Fraudes Espèces - Falsification Pièces Justificatives, arrêt de travail	578	18,62%	1 965 887	717 864	2 683 751	9,76%
Fraudes travailleurs frontaliers	89	2,87%	247 847	45 518	293 365	1,07%
LPP	9	0,29%	48 186	80	48 266	0,18%
Médicaments abus et trafics	387	12,47%	4 368 618	341 199	4 709 818	17,12%
Non déclaration d'un changement dans la situation	305	9,83%	1 593 979	1 255 945	2 849 923	10,36%
Pensions d'invalidité	4	0,13%	41 233	8 482	49 715	0,18%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	6	0,19%	42 279	51 400	93 678	0,34%
TOTAL 2020	3 104	100,00%	19 521 086	7 988 333	27 509 419	100,00%
TOTAL 2019	5 346	100,00%	25 292 942	14 946 944	40 239 886	100,00%
TOTAL 2018	4 983	100,00%	23 728 906	15 127 454	38 856 360	100,00%

> PROFESSIONNELS DE SANTÉ

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Abus ou détournement de prestations en nature	5	6,67%	66 748	0	66 748	1,66%
Autres fraudes	1	1,33%	149 042	0	149 042	3,71%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	6	8,00%	188 982	13 480	202 462	5,04%
Fraude à la nomenclature	33	44,00%	790 728	42 649	833 377	20,76%
Fraude à la prescription	6	8,00%	28 977	36 693	65 670	1,64%
Non respect de la réglementation	1	1,33%	2 622	0	2 622	0,07%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	23	30,67%	2 621 792	73 335	2 695 127	67,13%
TOTAL 2020	75	100,00%	3 848 892	166 156	4 015 049	100,00%
TOTAL 2019	211	100,00%	7 057 765	307 064	7 364 829	100,00%
TOTAL 2018	174	100,00%	3 897 031	146 389	4 043 421	100,00%

MÉDECINS SPÉCIALISTES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Abus ou détournement de prestations en nature	1	1,06%	52 587	0	52 587	1,21%
Autres fraudes	1	1,06%	1 913	0	1 913	0,04%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	3	3,19%	200 727	509	201 235	4,62%
Fraude à la nomenclature	72	76,60%	2 290 282	16 480	2 306 762	52,98%
Fraude à la prescription	1	1,06%	90 833	708	91 541	2,10%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	16	17,02%	1 662 374	37 766	1 700 139	39,05%
TOTAL 2020	94	100,00%	4 298 717	55 462	4 354 179	100,00%
TOTAL 2019	200	100,00%	6 575 423	643 939	7 219 362	100,00%
TOTAL 2018	208	100,00%	4 100 052	375 826	4 475 878	100,00%

CHIRURGIENS DENTISTES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Abus ou détournement de prestations en nature	12	19,35%	211 394	0	211 394	25,82%
Fraude à la nomenclature	31	50,00%	341 395	17 343	358 738	43,82%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	19	30,65%	246 213	2 228	248 441	30,35%
TOTAL 2020	62	100,00%	799 003	19 570	818 573	100,00%
TOTAL 2019	189	100,00%	2 870 073	210 033	3 080 106	100,00%
TOTAL 2018	145	100,00%	1 486 738	30 574	1 517 312	100,00%

SAGES-FEMMES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Fraude à la nomenclature	6	85,71%	48 308	7 725	56 033	96,10%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	1	14,29%	2 277	0	2 277	3,90%
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%
TOTAL 2018	7	100,00%	262 031	0	262 031	100,00%

PHARMACIENS

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	1	0,66%	11 955	0	11 955	0,14%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	18	11,92%	555 987	12 535	568 521	6,52%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	10	6,62%	1 531 604	34 536	1 566 140	17,95%
Fraude à la nomenclature	35	23,18%	615 769	4 616	620 384	7,11%
Fraude à la prescription	55	36,42%	2 267 596	230 408	2 498 005	28,63%
LPP	1	0,66%	533	0	533	0,01%
Médicaments abus et trafics	3	1,99%	6 684	0	6 684	0,08%
Non respect de la réglementation	2	1,32%	33 614	0	33 614	0,39%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	26	17,22%	2 136 679	1 282 602	3 419 280	39,19%
TOTAL 2020	151	100,00%	7 160 420	1 564 696	8 725 116	100,00%
TOTAL 2019	402	100,00%	12 051 907	804 192	12 856 099	100,00%
TOTAL 2018	572	100,00%	11 776 081	527 872	12 303 952	100,00%

MASSEURS KINESITHERAPEUTES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Abus ou détournement de prestations en nature	1	0,75%	4 346	0	4 346	0,18%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	8	5,97%	32 672	17 762	50 434	2,09%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	6	5,22%	32 052	0	32 052	1,33%
Fraude à la nomenclature	54	52,24%	872 681	3 012	875 693	36,27%
Fraude à la prescription	4	5,22%	148 301	6 340	154 641	6,41%
Non respect de la réglementation	6	5,22%	24 116	0	24 116	1,00%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	26	25,37%	1 227 567	45 288	1 272 855	52,73%
TOTAL 2020	105	100,00%	2 341 734	72 402	2 414 136	100,00%
TOTAL 2019	387	100,00%	7 940 030	467 502	8 407 532	100,00%
TOTAL 2018	369	100,00%	5 532 559	507 669	6 040 229	100,00%

INFIRMIERS

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	3	0,93%	598 686	0	598 686	4,80%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	12	3,74%	22 691	0	22 691	0,18%
Fraude à la nomenclature	156	48,60%	5 926 516	268 188	6 194 705	49,66%
Fraude à la prescription	24	7,48%	1 261 751	2 313	1 264 064	10,13%
Non respect de la réglementation	32	9,97%	341 912	19 624	361 536	2,90%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	93	28,97%	3 788 613	191 812	3 980 425	31,91%
Abus ou détournement de prestations en nature	1	0,31%	52 620	0	52 620	0,42%
TOTAL 2020	321	100,00%	11 992 790	481 937	12 474 727	100,00%
TOTAL 2019	1 157	100,00%	29 542 130	3 184 671	32 726 801	100,00%
TOTAL 2018	1 382	100,00%	31 554 055	2 530 033	34 084 088	100,00%

ORTHOPHONISTES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Fraude à la nomenclature	5	45,45%	137 965	0	137 965	62,92%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	6	54,55%	78 405	2 909	81 314	37,08%
TOTAL 2020	11	100,00%	216 371	2 909	219 280	100,00%
TOTAL 2019	18	100,00%	498 415	25 308	523 723	100,00%
TOTAL 2018	13	100,00%	188 664	49 219	237 883	100,00%

PÉDICURES PODOLOGUES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Fraude à la nomenclature	1	100,00%	1 929	0	1 929	100,00%
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%
TOTAL 2018	6	100,00%	32 029	0	32 029	100,00%

AUTRES PARAMÉDICAUX

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Fraude à la nomenclature	1	20,00%	1 852	0	1 852	6,68%
Fraude à la prescription	1	20,00%	2 266	0	2 266	8,17%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	3	60,00%	23 616	0	23 616	85,15%
TOTAL 2020	5	100,00%	27 733	0	27 733	100,00%
TOTAL 2019	5	100,00%	69 237	0	69 237	100,00%
TOTAL 2018	43	100,00%	319 134	0	319 134	100,00%

LABORATOIRES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Autres fraudes	2	1,52%	6 184	0	6 184	0,65%
Fraude à la nomenclature	113	87,88%	759 715	0	759 715	79,47%
Fraude à la prescription	1	0,76%	1 601	0	1 601	0,17%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	10	9,85%	188 501	0	188 501	19,72%
TOTAL 2020	126	100,00%	956 002	0	956 002	100,00%
TOTAL 2019	168	100,00%	1 932 876	0	1 932 876	100,00%
TOTAL 2018	43	100,00%	572 927	0	572 927	100,00%

TRANSPORTEURS

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	7	5,15%	66 059	0	66 059	1,12%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	11	8,09%	822 823	0	822 823	13,90%
Fraude à la nomenclature	12	8,82%	309 489	39 064	348 554	5,89%
Fraude à la prescription	17	12,50%	605 524	0	605 524	10,23%
Fraude à l'agrément ou aux véhicules	10	7,35%	1 251 995	8 807	1 260 803	21,29%
Non respect de la réglementation	60	44,12%	1 864 273	16 283	1 880 557	31,76%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	19	13,97%	936 952	0	936 952	15,82%
TOTAL 2020	136	100,00%	5 857 117	64 155	5 921 272	100,00%
TOTAL 2019	507	100,00%	15 284 477	1 642 515	16 926 992	100,00%
TOTAL 2018	778	100,00%	15 313 042	986 343	16 299 385	100,00%

FOURNISSEURS

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Exercice illégal de la médecine ou d'une profession non médicale	2	2,19%	244	0	244	0,01%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	9	8,76%	68 837	4 088	72 925	3,57%
Fraude à la nomenclature	8	6,57%	61 921	0	61 921	3,03%
Fraude à la prescription	4	2,92%	235 146	0	235 146	11,51%
LPP	59	70,80%	1 027 549	51 557	1 079 105	52,84%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	11	8,76%	572 716	20 183	592 899	29,03%
TOTAL 2020	93	100,00%	1 966 413	75 828	2 042 241	100,00%
TOTAL 2019	408	100,00%	5 687 941	435 833	6 123 775	100,00%
TOTAL 2018	309	100,00%	6 281 619	1 016 628	7 298 248	100,00%

AUTRES PRESTATAIRES DE SERVICE

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Fraude à la gestion des droits	86	78,90%	40 544	192 897	233 441	27,66%
Fraudes Espèces - Falsification Pièces Justificatives, arrêt de travail	23	21,10%	379 178	231 381	610 559	72,34%
TOTAL 2020	109	100,00%	419 722	424 278	844 000	100,00%
TOTAL 2019	131	100,00%	118 190	277 015	395 206	100,00%
TOTAL 2018	69	100,00%	1 268 463	160 121	1 428 584	100,00%

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	69	59,48%	598 209	170 861	769 070	17,74%
Fraude à la nomenclature	16	13,79%	2 459 544	0	2 459 544	56,74%
Non respect de la réglementation	17	14,66%	431 449	0	431 449	9,95%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	14	12,07%	384 208	290 294	674 502	15,56%
TOTAL 2020	116	100,00%	3 873 410	461 155	4 334 565	100,00%
TOTAL 2019	480	100,00%	11 719 853	437 290	12 157 143	100,00%
TOTAL 2018	616	100,00%	13 636 267	347 809	13 984 077	100,00%

EMPLOYEURS

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Fraudes Espèces - Falsification Pièces Justificatives, arrêt de travail	5	100,00%	60 090	5 918	66 008	100,00%
TOTAL 2020	5	100,00%	60 090	5 918	66 008	100,00%
TOTAL 2019	28	100,00%	468 104	58 441	526 545	100,00%
TOTAL 2018	12	100,00%	297 443	59 772	357 215	100,00%

BANDES ORGANISÉES

GRIEFS	FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION		MONTANT € DU PRÉJUDICE SUBI ET/OU ÉVITÉ			
	NOMBRE D'ACTEURS	%	MONTANT PRÉJUDICE SUBI (€)	MONTANT PRÉJUDICE ÉVITÉ (€)	MONTANT TOTAL	%
Autres fraudes	2	1,82%	195	786	980	0,04%
Cumul IJ ou non respect des règles de sortie	1	0,91%	482	0	482	0,02%
Facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait	1	0,91%	1 360	0	1 360	0,05%
Factures falsifiées, surchargées, contrefaites	3	2,73%	49 549	0	49 549	1,82%
Fraude à la gestion des droits	1	1,82%	8 668	0	8 668	0,32%
Fraude à la nomenclature	2	2,73%	63 769	0	63 769	2,34%
Fraude à la prescription	3	5,45%	378 798	41	378 840	13,90%
Fraudes Espèces - Falsification Pièces Justificatives, arrêt de travail	14	15,45%	288 460	20 826	309 286	11,35%
LPP	1	0,91%	3 020		3 020	0,11%
Médicaments abus et trafics	71	64,55%	186 630	6 591	193 221	7,09%
Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses	3	2,73%	1 707 771	7 625	1 715 396	62,96%
TOTAL 2020	102	100,00%	2 688 701	35 869	2 724 571	100,00%
TOTAL 2019	416	100,00%	4 932 103	1 919 473	6 851 577	100,00%
TOTAL 2018	150	100,00%	6 165 043	135 324	6 300 368	100,00%

03. DÉNOMBREMENT DES FRAUDES AYANT DONNÉ LIEU À ACTION EN 2020 À NOTIFICATION D'INDUS OU TRANSACTION PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE MALADIE SELON L'ACTEUR

> DÉNOMBREMENT PAR ACTEUR DES PRINCIPALES ACTIONS ENGAGÉES EN 2020 SELON LEUR NATURE – FRANCE ENTIÈRE

ACTEURS	NOMBRE DE DOSSIERS FRAUDES	%	NOMBRE INDUS NOTIFIÉS	MONTANT INDUS NOTIFIÉS	%	NOMBRE TRAN-SACTIONS SIGNÉES	MONTANT TRAN-SACTIONS SIGNÉES	%	NOMBRE PÉNALITÉS FINANCIÈRES NOTIFIÉES	MONTANT PÉNALITÉS FINANCIÈRES NOTIFIÉES	%
Assurés	3 104	67,14%	1 774	7 649 687	54,84%	0	0	0%	1 377	1 604 340	90,47%
Autres et Bandes organisées	211	4,56%	2	9 951	0,06%	0	0	0%	5	2 500	0,33%
Autres paramédicaux	5	0,11%	4	25 468	0,12%	0	0	0%	0	0	0%
Chirurgiens dentistes	62	1,34%	64	568 667	1,98%	0	0	0%	6	47 493	0,39%
Employeurs	5	0,11%	6	60 090	0,19%	0	0	0%	3	21 000	0,20%
Etablissements de santé	116	2,51%	113	3 439 917	3,49%	0	0	0%	0	0	0%
EHPAD	0		0	0	0%	0	0	0%	3	15 577	0,20%
Fournisseurs et autres prestataires	93	2,01%	128	1 257 211	3,96%	0	0	0%	15	282 627	0,99%
Infirmiers	321	6,94%	352	7 320 605	10,88%	3	545 000	27,27%	62	1 163 869	4,07%
Laboratoires	126	2,73%	127	700 665	3,93%	4	255 230	36,36%			0%
Masseurs Kiné	105	2,27%	122	1 406 794	3,77%	2	16 301	18,18%	13	210 409	0,85%
Médecins Généralistes	75	1,62%	57	814 143	1,76%	1	57 550	9,09%	6	57 500	0,39%
Médecins Spécialistes	94	2,03%	118	2 782 535	3,65%	0	0	0%	3	36 374	0,20%
Orthophonistes	11	0,24%	10	75 722	0,31%	0	0	0%	2	24 974	0,13%
Orthoptistes	0	0	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Pédicures-podologues	1	0,02%	1	1 929	0,03%	0	0	0%	0	0	0%
Pharmaciens	151	3,27%	195	2 556 604	6,03%	0	0	0%	10	265 519	0,66%
Sages femmes	7	0,15%	7	50 584	0,22%	0	0	0%	0	0	0%
Transporteurs	136	2,94%	155	3 472 821	4,79%	1	60 000	9,09%	17	246 758	1,12%
TOTAL 2020	4 623	100%	3 235	32 193 394	100%	11	934 081	100%	1 522	3 978 939	100%
TOTAL 2019	10 092	100%	6 540	78 262 633	100%	48	2 479 358	100%	1 984	6 855 717	100%
TOTAL 2018	9 891	100%	6 751	71 376 790	100%	79	2 657 552	100%	1 630	3 983 361	100%

ANNEXE 04

RÉSULTATS LCF 2020

DU CENTRE NATIONAL DE REMBOURSEMENT DES SOINS À L'ÉTRANGER

En 2020, le CNSE a effectué 1 817 signalements aux organismes partenaires.

Tableau 1 – Signalements aux autres organismes de protection sociale en 2020

ORGANISMES	SIGNALEMENTS EFFECTUÉS EN 2020
Pôle Emploi	1 199
CPAM	493
CAF	103
CARSAT	22
TOTAL	1 817

Tableau 2 – Retours effectués par les organismes de protection sociale en 2020

ORGANISMES	RETOURS OBTENUS	INDU (€)
Pôle Emploi	291	731 278
CPAM	32	186 029
CAF	41	107 958
CARSAT	156	75 615
TOTAL	520	1 100 880

Au cours de l'année 2020, le CNSE a reçu 520 retours d'informations. Le tableau ci-dessous 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 1 100 880€ dont 16,8% concernent les CARSAT et 66 % Pôle Emploi. Le montant total est sans doute

sous-estimé car il n'y a pas de retour sur l'ensemble des signalements émis.

ANNEXE 05

SIGNALEMENTS INTER-PARTENAIRES ET TÉMOIGNAGES DE TIERS

Fiches de signalements émises par les caisses

Répartition des fiches par destinataires (nombre total de fiches émises : 620)

PARTENAIRES	NOMBRE	%
Pôle Emploi	287	46,30%
CAF / CNAF	125	20,20%
Autres	91	14,70%
URSSAF	36	5,80%
CARSAT / CNAVTS	35	5,60%
MSA	14	2,30%
CODAF	7	1,10%
Préfecture	6	1,00%
ARS	6	1,00%
Police/ Gendarmerie	5	0,80%
DIRRECTE	4	0,60%
Autres régimes (sauf MSA et RSI)	3	0,50%
Consulat	1	0,20%
TOTAL GÉNÉRAL	620	100%

TYPES DE FRAUDE	NOMBRE	%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	345	55,60%
Frais de santé - Soins de ville	124	20,00%
Gestion des droits - Droits de base et ex-CMUC/ C2S	90	14,50%
Gestion des droits - Droits de base	21	3,40%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	11	1,80%
Prestation en espèce - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	11	1,80%
Prestation en espèce - Autres	6	1,00%
Frais de santé - Soins en établissement	4	0,60%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	4	0,60%
Gestion des droits - AME	4	0,60%
TOTAL GÉNÉRAL	620	100%

Fiches de signalements reçues et traitées

Répartition des fiches par origine
(nombre de fiches reçues et traitées : 2982)

ORGANISME	NOMBRE	%
CAF / CNAF	1 225	41%
Autres	477	16,00%
Police/ Gendarmerie	312	10,50%
URSSAF	172	5,80%
Préfecture	151	5%
ARS	148	5,00%
Pôle Emploi	136	4,60%
Consulat	126	4,20%
MSA	91	3,10%
CODAF	57	1,90%
CARSAT / CNAV	47	1,60%
Administration fiscale	34	1,10%
RSI	6	0,20%
TOTAL GÉNÉRAL	2 982	100%

Sur 2 982 fiches reçues :

- 33% ont fait l'objet d'un classement sans suite
- 39% sont en cours de traitement
- 28% ont fait l'objet d'une suite.

SUITE	NOMBRE	%
Lettre de rappel à la réglementation	213	25,70%
Indu	193	23,20%
Suite pénale	161	20%
Pénalité financière	84	10,10%
Lettre d'avertissement (hors PF)	64	7,70%
Lettre de rappel - Loi Essoc	63	7,60%
Ex-CMUC/C2S Avis de somme à payer	19	2,30%
Retenue financière L 323-6 CSS	18	2,20%
Saisine ordinaire	1	0,10%
Responsabilité civile 1240 C. Civil	1	0,10%
Action conventionnelle	1	0,10%
TOTAL GÉNÉRAL	818	100%

Répartition des fiches par type de fraude :

TYPE DE FRAUDE	NOMBRE	%
Gestion des droits - Droits de base et ex-CMUC/C2S	880	29,50%
Gestion des droits - Droits de base	791	26,50%
Frais de santé - Soins de ville	540	18%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	393	13%
Frais de santé - Soins à l'étranger	241	8%
Gestion des droits - AME	61	2%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	19	0,63%
Prestation en espèce - Autres	17	0,57%
Frais de santé - Soins en établissement	16	0,50%
En cours	14	0,50%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	5	0,16%
Prestations en espèces - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	5	0,16%
TOTAL GÉNÉRAL	2 982	100%

MONTANT PRÉJUDICE EN €	
PRÉJUDICE SUBI	PRÉJUDICE ÉVITÉ
1 515 429	4 062 341

Témoignages de tiers

ÉMETTEURS	NOMBRE	%
Assuré	1 645	33%
Employeur	1 128	23%
Anonyme	1 089	22%
Professionnel de santé	1 022	20%
Etablissement	119	2%
TOTAL GÉNÉRAL	5 003	100%

Réparties comme suit :

PRESTATIONS	NOMBRE	%
Frais de santé - Soins de ville	2 470	49,40%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	1 820	36,40%
Gestion des droits - Droits de base	197	3,90%
Gestion des droits - Droits de base et ex-CMUC/C2S	147	2,90%
Frais de santé - Soins en établissement	120	2,40%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	76	1,50%
En cours	74	1,50%
Prestation en espèce - Autres	49	1,00%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	25	0,50%
Gestion des droits - AME	18	0,40%
Frais de santé - Soins à l'étranger	3	0,10%
Prestation en espèce - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	2	0,00%
Prestation en espèce - Capital décès	2	0,00%
TOTAL GÉNÉRAL	5 003	100,00%

Sur 5 003 signalements reçus, 16% ont fait l'objet d'une suite :

SUITES CONTENTIEUSES	NOMBRE	%
Indu	307	38%
Lettre de rappel à la réglementation	158	19,5%
Plainte Pénale Simple	73	9%
Avertissement	70	8,7%
Pénalité prononcée	68	8,4%
Retenue financière L 323-6 CSS	64	8%
Plainte avec constitution de partie civile	26	3,2%
Lettre de rappel - Loi Essoc	21	2,5%
Signalement au Procureur	11	1,4%
Ex-CMUC/C2S Avis de somme à payer	4	0,5%
Responsabilité civile 1240 C. Civil	3	0,4%
Saisine de la Section des Assurances Sociales du Conseil de l'Ordre	2	0,20%
Saisine de la Section Disciplinaire du Conseil de l'Ordre	1	0,10%
Action conventionnelle	1	0,10%
TOTAL GÉNÉRAL	809	100%

TABLEAU DE SUIVI DES PROCÉDURES PÉNALES 2020

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 2020** : les données relatives aux décisions rendues (y compris la nature des décisions) portent sur celles rendues en 2020 et qui ont été déposées auprès des institutions pénales en 2020.

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 ANNÉE N)
2020	819	783
2019	1 059	1 024

Plaintes avec constitution de partie civile

PROCÉDURES	PLAINTES DÉPOSÉES	DOSSIERS EN COURS OU SANS RÉPONSE (AUX 31/12 ANNÉES N)
2020	55	39
2019	59	55

Nombre de décisions rendues

NOMBRE TOTAL	
2020	65
2019	100

Nature de la décision rendue*

PROCÉDURES	EMPRISONNEMENTS/ PEINES PRONONCÉES		AMENDES		AUTRES	ABSENCE DE CONDAMNATION
	NOMBRE	DURÉE (MOIS)	NOMBRE	MONTANT (EN €)	MONTANT DES DOMMAGES ET INTÉRÊTS	NOMBRE
2020	37	210	13	142 420	2 951 895	18
2019	64	120	24	146 040	4 116 782	27

*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.

Nombre de droits de communication :

- 8 951 dossiers ex-CMU-c/C2S ouverts dans le cadre du contrôle en 2020
- 8 828 droits de communication autre que le programme national contrôle ex-CMU-c/C2S

Organismes interrogés

ORGANISME	NOMBRE	%
Banque	6 099	69%
Employeur d'un assuré	1 563	17,70%
Administration	521	5,90%
Autre	385	4,40%
Etablissement de santé	92	1,00%
Professionnel de santé	74	0,80%
Association sportive	26	0,30%
Complémentaire santé	19	0,20%
Bailleur	15	0,20%
Opérateur de téléphonie	11	0,10%
Fournisseur d'énergie	7	0,10%
Assureur	7	0,10%
Organisme de formation	5	0,10%
Organisme de formation	5	0,10%
TOTAL	8 828	100%

Détail par motif de l'exercice du 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	7 668	86%
Caractère contradictoire des pièces	511	6%
Doute sur validité ou authenticité	420	5%
Non présentation de pièces	187	2%
Refus de répondre	42	0,5%
TOTAL	8 828	100%

Cadre dans lequel s'exerce le droit de communication

CADRE	NOMBRE	%
Contrôle dans le cadre d'un arrêt de travail	4 068	46,10%
Contrôle des ressources	3 560	40,30%
Contrôle de la résidence	458	5,20%
Contrôle professionnel de santé	223	2,50%
Plusieurs de ces motifs	188	2,10%
Contrôle de la déclaration d'un assuré	186	2,10%
Contrôle du statut matrimonial	40	0,50%
Contrôle du domicile	28	0,30%
Contrôle de l'état civil	25	0,30%
Contrôle des coordonnées financières	15	0,20%
Contrôle de la régularité du séjour	14	0,20%
TOTAL	8 828	100%

Difficultés rencontrées

Des difficultés ont été rencontrées dans plus de 9,7% des cas.

TYPE DE DIFFICULTÉS	NOMBRE	%
Difficultés à obtenir copie des documents	320	37%
Silence gardé	210	25%
Difficultés à obtenir les renseignements souhaités	208	24%
Difficulté à joindre le bon interlocuteur	103	12%
Refus de l'organisme	15	2%
TOTAL	856	100%

Résultat de l'exercice du droit de communication

L'exercice du droit de communication a permis de détecter une fraude dans 57 % des cas.

- Type de prestations fraudées**

PRESTATION FRAUDÉE	NOMBRE	%
Prestation en espèce - Indemnités journalières	5 178	58,60%
Gestion des droits - Droits de base et ex-CMU-c/C2S	1 686	19,10%
Prestation en espèce - Pension d'invalidité	601	6,80%
Frais de santé - Soins de ville	452	5,10%
Gestion des droits - Droits de base	356	4,00%
Prestation en espèce - Allocation supplémentaire d'invalidité - ASI	266	3,00%
Prestation en espèce - Rentes AT/MP	90	1,00%
Frais de santé - Soins à l'étranger	57	0,60%
Non communiqué	60	0,70%
Prestation en espèce - Autres	43	0,50%
Gestion des droits - AME	31	0,40%
Frais de santé - Soins en établissement	5	0,10%
Prestation en espèce - Capital décès	2	0,00%
Prestation en espèce - Allocation des travailleurs de l'amiante - ATA	1	0,00%
TOTAL	8 828	100%

- Auteur de la fraude**

AUTEUR DE LA FRAUDE	NOMBRE	%
Assuré	8 489	96,20%
Professionnel de santé	312	3,50%
Employeur	18	0,20%
Autre	5	0,10%
Anonyme	4	0,00%
TOTAL	8 828	100%

- Suite principale donnée**

SUITE PRINCIPALE DONNÉE	NOMBRE	%
Indu	861	26%
Lettre de rappel à la réglementation	767	23%
Pénalité financière	497	15%
Retenue financière L 323-6 CSS	451	13%
Avertissement	356	11%
Ex-CMUC/C2S Avis de somme à payer	190	6%
Suite pénale	119	4%
Lettre de rappel - Loi Essoc	103	3%
Saisine de la Section des Assurances Sociales du Conseil de l'Ordre	1	0,03%
TOTAL	3345	100%

Exemple 1	
FRAUDE PHARMACIEN D'OFFICINE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestation : médicaments et produits LPP 2. Faits reprochés : facturations de médicaments et produits LPP non délivrés 3. Mode opératoire : facturations de médicaments et produits LPP à partir d'ordonnances hospitalières falsifiées, par modifications et ajouts sur la prescription et facturations de prestations fictives imputées aux membres de la famille du pharmacien titulaire de l'officine 4. Modalité de détection par l'Assurance Maladie: contrôle des remboursements par la CPAM au regard de l'évolution atypique de son chiffre d'affaires et bénéfice 5. Montant du préjudice : préjudice subi d'environ 660 000 euros 6. Action de la caisse : plainte pénale 7. Nature de la sanction (en sus des actions engagées pour récupérer le préjudice financier) : condamnation à 3 ans de prison dont 1 an et demi avec sursis, une amende de 10 000 euros et l'interdiction de gérer une entreprise durant 10 ans
Exemple 2	
FRAUDE CHIRURGIEN-DENTISTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestation : actes CCAM (soins et prothèses dentaires) 2. Faits reprochés : facturations d'actes non exécutés, fausses déclarations pour obtenir le versement de prestations injustifiées 3. Mode opératoire : facturation d'actes non exécutés et fausses déclarations par transmission à l'Assurance Maladie de codes CCAM ne correspondant pas à l'acte réalisé ou non-inscrits à la CCAM ayant entraîné le versement de prestations injustifiées 4. Modalité de détection par l'Assurance Maladie: programme national visant à repérer les chirurgiens-dentistes 5. Montant du préjudice : 30 390 euros 6. Action de la caisse : saisine de la SAS de l'ordre des Chirurgiens-dentistes 7. Nature de la sanction (en sus des actions engagées pour récupérer le préjudice financier) : interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant 3 ans
Exemple 3	
FRAUDE CHIRURGIENS-DENTISTES CENTRE DE SANTÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestation : actes CCAM (soins et prothèses dentaires) 2. Faits reprochés : facturations d'actes non exécutés, atteinte à l'intégrité physique des patients, fausses déclarations pour obtenir le versement de prestations injustifiées 3. Mode opératoire : facturation d'actes non exécutés, réalisation d'actes sur des dents saines ou peu délabrées ayant entraîné des délabrements volontaires non justifiés et fausses déclarations par transmission à l'Assurance Maladie de codes CCAM ne correspondant pas à l'acte réalisé ou non-inscrits à la CCAM ayant entraîné le versement de prestations injustifiées 4. Modalité de détection par l'Assurance Maladie: programme national visant à repérer les centres de santé présentant des pratiques de facturations atypiques 5. Montant du préjudice : 38 678 euros 6. Action de la caisse : saisine de la SAS de l'ordre des Chirurgiens-dentistes à l'encontre de plusieurs salariés du centre de santé 7. Nature de la sanction (en sus des actions engagées pour récupérer le préjudice financier) : interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant 2 ans

Exemple 4	1. Prestation : Indemnités journalières
FRAUDE ASSURÉ	2. Faits reprochés : exercice d'une activité non autorisée et rémunérée pendant une période d'arrêt de travail indemnisé 3. Mode opératoire : arrêt de travail indemnisé pour son activité salariée et poursuite de l'exercice de son activité de microentreprise (entretien de parc et jardin) générant un gain de 25 000 euros 4. Modalité de détection par l'Assurance Maladie: signalement 5. Montant du préjudice : 14 586 euros 6. Action de la caisse : procédure de pénalités financières 7. Nature de la sanction (en sus des actions engagées pour récupérer le préjudice financier) : prononcé d'une pénalité de 12 500 euros

Exemple 5	1. Prestation : actes
FRAUDE INFIRMIER	2. Faits reprochés : facturation frauduleuse 3. Mode opératoire : différentes anomalies de facturation : facturation d'actes non réalisés, falsifications d'ordonnances médicales, facturation d'actes non conformes à la NGAP (actes non remboursables, cotations erronées, non-respect des cumuls d'actes, déplacements non conformes, majorations non prescrites) 4. Modalité de détection par l'Assurance Maladie: contrôle des remboursements par la CPAM au regard de l'évolution atypique de son chiffre d'affaires 5. Montant du préjudice : 99 666 euros 6. Action de la caisse : procédure de pénalités financières 7. Nature de la sanction (en sus des actions engagées pour récupérer le préjudice financier) : prononcé d'une pénalité totale de 63 000 euros

ANNEXE 09

GLOSSAIRE

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'Oeuvre
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
CMUC	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-fraudes
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
DGCCRf	Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques

DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DLF	Directeur lutte contre la fraude
DNLF	Délégation nationale de lutte contre la fraude
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHFCN	European Healthcare Fraud and Corruption Network
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESSOC	Etat au Service d'une SOciété de Confiance
FSI	Fonds spécial d'invalidité
GONAF	Groupe Opérationnel National Anti-Fraude
GDR	Gestion du Risque
HAD	Hospitalisation à domicile
IDSAS	Interdictions de donner des soins aux assurés sociaux
IJ	Indemnités journalières
LCF	Lutte contre la fraude
LFSS	Loi de financement de la sécurité Sociale
LPP	Liste des produits et prestations
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MICAF	Mission Interministérielle de Coordination Anti-Fraude
MP	Maladie professionnelle
MSAP	Mise sous accord préalable
MSO	Mise sous objectif
NAAD	Nouveaux antiviraux d'action directe
NCPP	Nouveau code de procédure pénale
OCLAESP	Office Central de Lutte contre le Travail Illégal
OCLTI	Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique
OCRGDF	Office Central de Répression de la Grande Délinquance Financière
PSDM	Prestataires de services et de distributeurs de matériel
PUMA	Protection universelle maladie
SAS	Section des Assurances Sociales
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
T2A	Tarification à l'activité
TSO	Traitement de substitution aux opiacées
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
VSL	Véhicule sanitaire léger

BILAN 2020 de la politique de lutte contre la fraude et les activités fautives

Cnam Studio graphique – Sept. 2021



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun