



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

cotisations

Question écrite n° 72813

Texte de la question

Mme Véronique Louwagie attire l'attention de M. le ministre des finances et des comptes publics sur le thème de la campagne de caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Rhône : « Frauder tue le système de soins ». Ce message au titre évocateur sera largement diffusé auprès des professionnels et des assurés affiliés à la caisse. Les investigations effectuées par la CPAM du Rhône ont permis de détecter un préjudice de 4 691 880 euros sur l'année 2013, en hausse de 42 % par rapport à 2012. Il est ressorti de cette investigation que « les principaux motifs de fraude pour les assurés sont : la perception d'indemnités journalières pendant une activité salariée et la non-déclaration de ressources. Les assurés à l'imagination débordante vont même jusqu'à falsifier des ordonnances médicales, frauder à la CMUC, etc. Quant aux professionnels, les motifs de fraude sont entre autres des facturations abusives ou frauduleuses, des falsifications, des actes fictifs et des indemnités journalières facturées à tort ». L'ordre régional a été saisi par la caisse en 2013 pour onze plaintes portées à l'encontre de médecins, de chirurgiens-dentistes et de pharmaciens. Avec ces contrôles, la caisse espère économiser plusieurs millions d'euros sur les vingt prochaines années. Aussi souhaite-t-elle connaître ses intentions afin d'étendre ce dispositif important mis en place par la CPAM du Rhône à d'autres organismes.

Texte de la réponse

La lutte contre la fraude, qui constitue un des objectifs prioritaires de l'assurance maladie, s'est intensifiée et professionnalisée depuis 2006. Les efforts de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et, au niveau local, des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), ont ainsi permis une amélioration des résultats en matière de fraudes et d'activités fautives détectées : en 2013, leur montant atteint 167 millions d'euros, contre 149 millions d'euros en 2012 et 118 millions d'euros en 2006. Ce bilan s'explique tant par l'amélioration du pilotage des actions que par l'adaptation du cadre législatif et réglementaire. En effet, sur le plan institutionnel, la CNAMTS a mis en place, dès 2007, une direction chargée « du contrôle contentieux et de la répression des fraudes ». Celle-ci participe chaque année à l'élaboration d'un plan de contrôle, qui se décline en différents programmes nationaux, complétés, le cas échéant, par des actions locales des CPAM. Quant aux dispositions juridiques relatives à la lutte contre la fraude, elles ont été progressivement renforcées par les lois de financement de la sécurité sociale. Ainsi, les organismes d'assurance maladie disposent de divers moyens d'investigation. Ils peuvent échanger des informations avec les autres organismes de protection sociale – notamment dans le cadre du répertoire national commun de la protection sociale –, ainsi qu'avec différentes administrations telles que la direction générale des finances publiques, la direction générale du travail et les services en charge de l'état civil au ministère de l'intérieur. En outre, ils peuvent exercer un droit de communication auprès d'un certain nombre d'organismes ou d'entreprises, en particulier les établissements bancaires, les fournisseurs d'énergie et les opérateurs de téléphonie. Par ailleurs, différentes sanctions administratives, notamment des pénalités financières, peuvent être mises en œuvre par les directeurs des organismes d'assurance maladie. Pour les fraudes d'une certaine importance, les organismes doivent également porter plainte en se constituant partie civile. Enfin, les organismes peuvent engager une action sur le terrain ordinal ou conventionnel lorsque la fraude est commise par un professionnel de santé. Les actions de

l'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude concernent l'ensemble des acteurs du système de soins : assurés, professionnels de santé, employeurs. Pour les assurés, une attention particulière est portée à la fraude aux indemnités journalières, c'est-à-dire à l'exercice d'une activité rémunérée pendant un arrêt de travail indemnisé. Afin d'améliorer la détection de ces situations, les CPAM exploitent les fiches de signalement « salariés dissimulés » transmises par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocation familiales (Urssaf). Elles peuvent aussi, en coordination avec le service du contrôle médical, effectuer des contrôles à domicile des arrêts de travail. De plus, l'action de l'assurance maladie vise les fraudes à la couverture maladie universelle (CMU), lesquelles peuvent porter sur les ressources, la résidence ou l'identité. A ce titre, les organismes ont renforcé leur partenariat avec l'administration fiscale et les services compétents du ministère de l'intérieur. Concernant les professionnels de santé, les contrôles ciblent en particulier ceux qui présentent une activité atypique. Lorsque les volumes de prescription sont nettement supérieurs à la moyenne départementale ou régionale, les directeurs d'organismes peuvent soumettre les prescriptions en cause à l'accord préalable du service du contrôle médical. A cette mise sous accord préalable peut être préféré un dispositif plus souple, consistant à proposer au professionnel un objectif de réduction de ses prescriptions dans un délai déterminé, le non-respect de ces objectifs étant sanctionné par une pénalité financière. En outre, l'assurance maladie mène des opérations de contrôle auprès des établissements, des pharmacies, ou encore des transporteurs sanitaires. En matière d'entreprises, il s'agit en particulier pour les CPAM d'échanger des informations avec les Urssaf afin de détecter les entreprises « à risque », voire « les coquilles vides », dont les salariés auraient perçu indûment des indemnités journalières. L'amélioration des contrôles effectués par l'assurance maladie permet le prononcé de sanctions mieux adaptées. En 2013, 2 245 pénalités financières ont ainsi été notifiées, pour un montant global de 3,3 millions d'euros. En outre, 804 plaintes pénales ont été déposées auprès du Parquet par les directeurs d'organismes. Forts de ces résultats, l'assurance maladie et les pouvoirs publics se sont engagés à renforcer leurs actions dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée pour la période 2014-2017. A ce titre, la CNAMTS s'engage à optimiser les techniques de détection de la fraude. Sont ainsi prévues des expérimentations de nouveaux échanges de données inter-partenaires ; il s'agira par exemple de développer les échanges avec la caisse nationale d'assurance vieillesse en matière de lutte contre la fraude aux indemnités journalières. La CNAMTS veillera également à renforcer les contrôles à la fois sur les assurés - pour vérifier l'attribution à bon droit des prestations soumises notamment à condition de ressources -, et sur les professionnels de santé - en accroissant la politique existante de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable des praticiens ayant réalisé un volume atypique de prescriptions ou d'actes -. Pour faciliter le déploiement de l'ensemble de ces actions, l'Etat s'engage de son côté à clarifier et à améliorer les dispositions juridiques qui fondent la compétence de l'assurance maladie en matière de détection des fraudes et de sanctions.

Données clés

Auteur : [Mme Véronique Louwagie](#)

Circonscription : Orne (2^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 72813

Rubrique : Sécurité sociale

Ministère interrogé : Finances et comptes publics

Ministère attributaire : Économie et finances

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [20 janvier 2015](#), page 322

Réponse publiée au JO le : [20 septembre 2016](#), page 8458