

Dossier de presse

Mars 2020



**LUTTE CONTRE
LES ABUS ET LES
FRAUDES
à la CPAM de l'Allier**

Lutte contre les abus et les fraudes à la CPAM de l'Allier

Sommaire

1 – Les enjeux de la lutte contre les abus et les fraudes

- Les notions de fraude, faute et abus
- Les finalités
- Les enjeux financiers

2 – Les résultats 2019 de la lutte contre les abus et les fraudes dans l'Allier

3 – Les moyens mis en œuvre

- Les programmes nationaux
- Les programmes régionaux
- Les programmes locaux
- Les signalements internes et externes
- Les partenariats

4 – Les sanctions encourues



La lutte contre la fraude est un axe d'action prioritaire pour l'Assurance Maladie. Le paiement à bon droit des prestations et plus particulièrement la politique de contrôle et de lutte contre la fraude (LCF) constituent des enjeux fondamentaux. Résultant d'actions irrégulières ou illicites d'une minorité (assurés, professionnels de santé, établissement...), la fraude est diverse et mouvante. Elle exige donc une adaptation constante des moyens d'action.

C'est pourquoi les techniques et les dispositifs pour lutter contre la fraude mis en oeuvre par l'Assurance Maladie évoluent sans cesse. Les dispositifs de contrôle sont aussi divers que le sont les conditions d'accès aux droits et aux soins ou les modalités de tarification. Ils exigent de croiser le plus souvent expertise juridique et médicale, cette dernière étant nécessaire afin de prendre en compte la situation médicale du patient.

Les actions visant à détecter les pratiques frauduleuses s'inscrivent dans une stratégie plus globale de contrôle interne et de maîtrise des risques qui conduit l'Assurance Maladie à mener des vérifications en masse et des contrôles sur toute la chaîne, depuis l'attribution des droits aux contrôles en amont du versement des prestations, qu'il s'agisse du remboursement des soins ou de l'attribution de prestations en espèces.

1 – Les enjeux de la lutte contre les abus et les fraudes

Les notions de fraude, faute et abus

La fraude est un acte intentionnel commis par une ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie.

Exemple : fausses déclarations de salaires, usurpation d'identité, falsification notamment par surcharge, facturation répétée d'actes non réalisés ou de produits non délivrés.

La faute est un manquement aux obligations dont l'origine peut être une omission, une erreur, une imprudence, une négligence, une ignorance, une méconnaissance.

Exemple : méconnaissance des règles de cotation, non-respect des règles d'utilisation de l'ordonnancier bi-zone...

L'abus est un usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incompétence, complaisance ou négligence.

Exemple : abus de prescriptions de médicaments, d'arrêts de travail, abus de consultations.



Les finalités

La priorité de l'Assurance Maladie est d'abord de faire évoluer les comportements en favorisant le respect des bonnes pratiques et en responsabilisant tous les acteurs.

Même s'ils sont minoritaires, les comportements abusifs ou frauduleux nuisent au respect des règles collectives. Ils pénalisent l'ensemble des acteurs et doivent, par conséquent, faire l'objet de sanctions efficaces et appropriées.

Le développement des actions de lutte contre la fraude est un enjeu majeur au niveau national, régional et local.

La lutte contre les abus, les fautes et les fraudes répond à deux finalités premières :

- dissuader les acteurs du système de soins de transgresser les règles et porter préjudice à l'Assurance Maladie ;
- garantir une gestion saine des fonds publics confiés à l'Assurance Maladie.

Les enjeux financiers

Au plan national, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé des fraudes et activités fautives pour un montant de 261,2 millions d'euros en 2018. Cela représente environ 0,13 % des prestations versées par l'Assurance Maladie. Depuis 2005, ce sont près de 2,4 milliards d'euros de fraudes détectées, qui ont été stoppées et sanctionnées.

Au niveau local, les actions de la Cnam ont permis de détecter 774 300 euros de préjudice subi en 2019 (783 000 € en 2018 et 793 500 € en 2017).

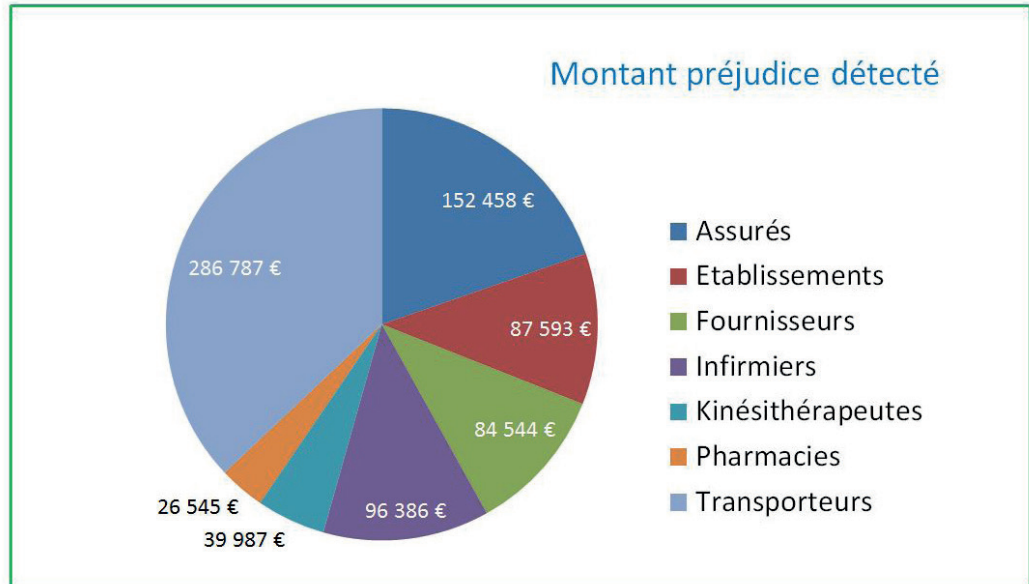
2 - Les résultats 2019 de la lutte contre les abus et les fraudes dans l'Allier

Les fraudes des assurés représentent 20 % des montants détectés. Des méthodes de contrôles sont prévues avant le paiement des prestations.

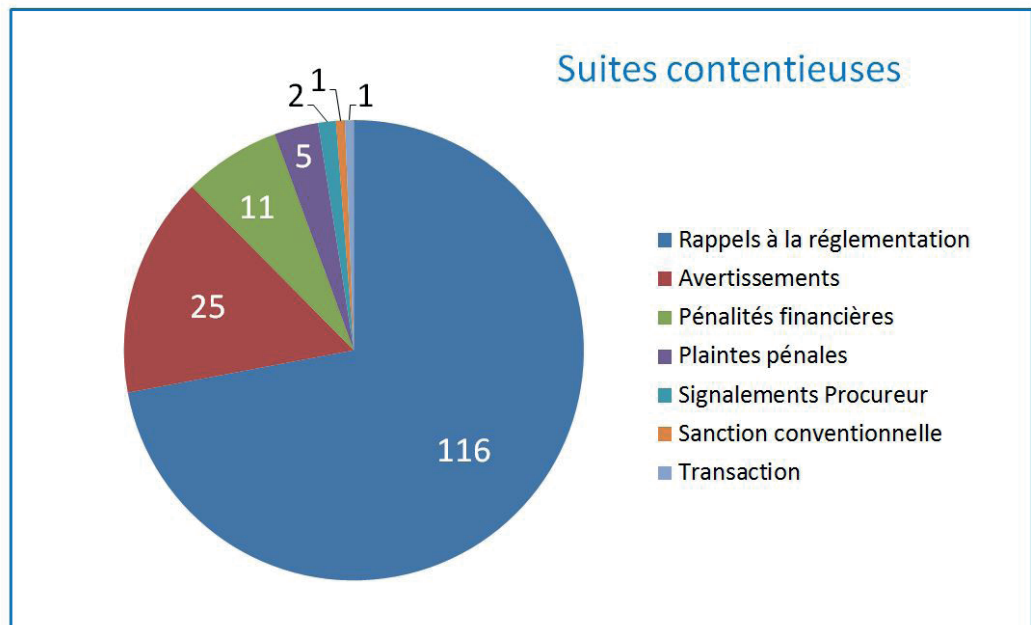
Les cas détectés correspondent le plus souvent à la poursuite d'une activité non autorisée pendant un arrêt de travail, la dissimulation de ressources dans le cadre d'une demande de CMU-C/ Complémentaire santé solidaire ou de l'aide supplémentaire invalidité et la falsification de prescriptions de médicaments.

Pour les professionnels de santé, il s'agit notamment de la facturation d'actes fictifs, d'utilisation de tarifs ne correspondant pas à la nature des soins réalisés, de facturations en double de certains actes.

Pour les établissements, il s'agit de la facturation de soins en plus de forfait déjà versé par l'Assurance Maladie.



La CPAM de l'Allier a en outre engagé près de 161 suites contentieuses en 2019, dont 11 pénalités et 5 dépôts de plainte auprès des juridictions.





3 – Les moyens mis en œuvre

La détection des fraudes est le fruit d'une politique active de la CPAM de l'Allier pour mettre en œuvre des programmes de contrôle et nourrir des partenariats avec des organismes susceptibles de contribuer à la détection de ces situations.

Les programmes de contrôle

Utiliser les bases de données considérables de l'Assurance Maladie pour identifier des situations potentiellement frauduleuses, puis mener une investigation complète afin d'établir le montant du préjudice pour la CPAM et le caractère intentionnel de la situation, c'est l'ambition des programmes de contrôles.

Ainsi, l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie mettent en œuvre des programmes nationaux communs concernant certains publics : CMU complémentaire, Protection Universelle Maladie (PUMA) établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, hôpitaux et cliniques.

Des actions de contrôles au niveau loco-régional ont aussi permis de détecter des comportements frauduleux dans des champs aussi divers que la facturation de matériel médical, les soins infirmiers, la cotation des masseurs-kinésithérapeutes et la consommation aberrante de médicaments.

Les signalements internes et externes

Lors du traitement des dossiers des assurés, pour leurs remboursements de soins, leur ouverture de droits pour leurs indemnités journalières, les techniciens de la CPAM peuvent aussi détecter des situations suspectes.

En 2019, un service spécialisé de la CPAM a ainsi exploité 268 signalements de suspicion de fraudes émanant des services internes. Il recherche les comportements atypiques par le biais de contrôles sur pièces, par consultation des bases informatiques et par des enquêtes de terrain. **Exemples : consommation de soins élevée pour des assurés, fausses ordonnances, volume d'actes médicaux ou montants d'honoraires supérieurs à la moyenne pour les professionnels de santé de même catégorie.**

Par ailleurs, la CPAM a mené des enquêtes à la suite des 331 signalements extérieurs provenant d'assurés, de professionnels de santé, d'employeurs, mais surtout de partenariats institutionnels construits avec d'autres administrations. **Exemples : signalement par un employeur de suspicion de travail au noir pendant un arrêt, signalement de la Caf ou de Pôle emploi d'un assuré ayant dissimulé des ressources.**

Les partenariats

Des partenariats sont mis en œuvre avec l'ensemble des services publics et des organismes de protection sociale (impôts, Caf, Urssaf, Pôle Emploi, Carsat, MSA...) et les échanges d'informations sont réguliers. Des bases de données sont partagées et consultables par les agents de la CPAM.



Des agents agréés et assermentés

Outre l'analyse des bases de données, des documents et des pièces justificatives, des investigations de terrain sont menées par des agents agréés assermentés. Les quatre personnes assermentées sont notamment amenées à auditionner des assurés, des professionnels de santé. Les constats opérés sont formalisés dans un procès-verbal pouvant être utilisé par la justice.

La CPAM utilise également le droit de communication. L'article L.114-19 du Code de la Sécurité Sociale permet aux organismes de sécurité sociale d'obtenir des informations et des documents auprès d'organismes tiers ou d'entreprises (établissements bancaires, fournisseurs d'énergie, employeurs) sans qu'il leur soit opposé le secret professionnel, y compris bancaire.

D'une manière plus globale, tout le personnel est sensibilisé à la lutte contre la fraude, que ce soit au niveau de l'instruction d'un dossier ou du paiement d'une prestation.

4 – Les sanctions encourues

En plus du remboursement systématique des sommes versées à tort, la répression des fraudes implique une gamme de sanction suffisamment large pour être proportionnée à la gravité des faits :

- de simples rappels à la réglementation ou avertissement, lorsque le caractère intentionnel de la fraude n'est pas certain ou que les montants mis en cause sont très faibles (141 en 2019) ;
- des pénalités financières prononcées par le directeur de la CPAM lorsque le caractère intentionnel est établi et que les montants sont significatifs (11 en 2019) ;
- des dépôts de plainte auprès des juridictions pénales ou des ordres professionnels, dans les cas les plus graves (5 en 2019).

Contact : Guillaume MAGNIERE
Département Communication de la Cpm de l'Allier
Tél : 04 70 48 37 88
guillaume.magniere@assurance-maladie.fr