



Dossier de presse

**Bilan 2018 des actions de
lutte contre la fraude
et actions de contrôles**

1^{er} octobre 2019

Contacts presse

Caisse nationale de l'Assurance Maladie

presse.cnam@assurance-maladie.fr

Céline Robert-Tissot- Tel : 01 72 60 13 37

Caroline Reynaud - Tél : 01 72 60 14 89

Sommaire

Communiqué de synthèse.....	3
1. Une démarche globale pour s’assurer du juste recours aux soins et au paiement à bon droit	4
2. Bilan 2018 de la lutte contre la fraude, des résultats qui traduisent l’amélioration continue de la stratégie menée	6
3. Annexes	15

#bilanfraude2018 #contrôles #Puma

Bilan 2018 de la lutte contre la fraude et des actions de contrôles

La lutte contre la fraude est un axe d'action prioritaire pour l'Assurance Maladie et ses organismes (caisses primaires et services médicaux). Au regard du poids qu'occupe l'Assurance Maladie dans les dépenses publiques (200 milliards €), **le paiement à bon droit des prestations et plus particulièrement la politique de contrôle et de lutte contre la fraude (LCF) constituent en effet des enjeux fondamentaux.**

Depuis 2005, ce sont près de **2,4 milliards d'euros de fraudes détectées, qui ont été stoppées et sanctionnées¹.**

Ces **résultats** connaissent une **progression rapide** : entre 2014 et 2018, 1,2 milliard d'euros de fraudes ont été détectées et stoppées contre 744 millions entre 2009 et 2013, soit une **augmentation de plus de 50%**. En 2018, ce montant s'élève **261,2 millions d'euros en 2018.**

Résultant d'actions irrégulières ou illicites d'une minorité (assurés, professionnels de santé, établissements...), 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 œuvre par l'Assurance Maladie **évoluent sans cesse** : rotation des champs investigués chaque année, adaptation de la réglementation, intensification des échanges de données entre les administrations, recours à de nouvelles techniques d'exploitation des bases de données statistiques de l'Assurance Maladie, grâce au *datamining* et même plus récemment via le recours au *big data*.

Les dispositifs de contrôles 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.

De surcroît, 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 de droits (plus d'un million de vérifications par an), aux contrôles en amont du versement des prestations, qu'il s'agisse du remboursement des soins ou de l'attribution de prestations en espèces.

Chiffres clés

En 2018, 261,2 M€ de préjudices détectés (2,4 Mds € depuis 2005) ;
Près de 23 000 enquêtes ;
8 500 actions contentieuses engagées.

¹ Date à partir de laquelle l'Assurance Maladie a installé un pilotage national de cette action, permettant de disposer d'un bilan consolidé des actions menées sur tout le territoire.

1. Une démarche globale pour s'assurer du juste recours aux soins et au paiement à bon droit

En amont des actions de lutte contre la fraude, **l'Assurance Maladie met en œuvre un ensemble d'actions de contrôles préalables** pour s'assurer de la **bonne attribution des droits** aux assurés ainsi que du **juste versement** des prestations, remboursements des soins et règlements des factures des professionnels de santé.

a. Un contrôle des droits ouverts sous condition de résidence pour tous les assurés

Depuis début 2016, la mise en place de la réforme Puma² permet l'ouverture de droits à la protection maladie pour tout assuré dès lors qu'il peut attester des conditions de résidence stables (3 mois) et régulière sur le territoire. Cette réforme vise à éviter des ruptures de droits et à simplifier les démarches des assurés. En contrepartie de cette simplification, l'Assurance Maladie effectue un ensemble de vérifications et de contrôles tant sur l'affiliation initiale de l'assuré, au moment de l'ouverture des droits que sur les critères de maintien des droits.

Lors d'une demande d'affiliation, l'Assurance Maladie vérifie d'abord l'identité du demandeur sur la base de pièces justificatives et la régularité de son séjour, en lien avec la préfecture (pour les ressortissants en dehors de l'UE). Ensuite, l'Assurance Maladie vérifie les autres conditions d'affiliation, soit en raison d'une activité professionnelle, soit du fait d'une résidence stable et régulière (depuis 3 mois). Le numéro de sécurité sociale est alors attribué puis certifié, avant émission de la carte Vitale. Pour les personnes nées à l'étranger, un service spécialisé, le Sandia (Service administratif national d'identification des assurés³) vérifie la complétude et la validité des pièces justificatives.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie s'assure que les droits sont toujours ouverts à bon escient, grâce aux échanges informatisés de données entre les administrations et aux contrôles effectués par son réseau d'organismes. Ces contrôles passent par les trois étapes suivantes.

Une première **vérification du critère de résidence** est réalisée via des contrôles récurrents dans les bases de traitement de l'Assurance Maladie par des croisements de données avec d'autres administrations. **En 2018, l'Assurance Maladie a identifié 1 149 077 assurés (sur les 43 millions inscrits au régime général) pour lesquels elle ne disposait pas d'informations récentes permettant d'établir ce critère de résidence.**

Des échanges informatiques de données avec d'autres administrations comme l'administration fiscale ou les autres branches de la Sécurité sociale (famille et vieillesse) ont lieu, pour établir la réalité de leur résidence sur le territoire. Cette première étape de vérification est invisible pour les assurés et n'exige aucune démarche de leur part. Elle a permis, en 2018, de confirmer la résidence de près de 800 000 assurés.

Dans un deuxième temps, et seulement quand les systèmes d'information ne fournissent pas d'informations suffisantes, les assurés pour lesquels un doute sur le respect des critères d'attribution de la Puma subsisterait sont **sollicités par leur caisse primaire afin de justifier de leurs droits** en leur

² Cette réforme, prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, parachève la logique initiée avec la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'Assurance Maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues.

³ Le Sandia est un service de la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV).

demandant la transmission de pièces nécessaires (carte d'identité, titre de séjour ou avis d'imposition) sous 75 jours (un délai rallongé à 105 jours en 2019). En 2018, cela a concerné **323 756 personnes**.

Parmi eux, un tiers ont ensuite vu leurs droits suspendus, en l'absence d'information attestant de leur résidence sur le territoire. Ainsi, tous les ans, l'Assurance Maladie tient à jour ses bases de données afin de s'assurer que les conditions d'ouverture de droit au régime général de l'ensemble de ses affiliés sont bien remplies.

Vrai ou faux : avoir une carte Vitale signifie-t-il qu'on a des droits ouverts ?

Faux. Emblématique du système de protection maladie, posséder une carte Vitale est devenu pour beaucoup synonyme de la détention de droits. Ce n'est pas exact. En fait, sa fonction première est de dématérialiser les paiements (remboursements des assurés et règlement des factures des professionnels de santé) pour être payé plus vite. On peut avoir des droits sans avoir de carte Vitale et on peut avoir une carte Vitale inutilisable : 42 millions de cartes ont ainsi été invalidées et désactivées depuis 1999, date de la création de la carte Vitale.

On dénombre 59 millions de cartes Vitale actives (tous régimes). C'est le nombre d'assurés de toute nationalité, ayant une résidence stable et régulière sur le territoire français, éligibles à la carte Vitale (avoir plus de 16 ans, un NIR certifié et une adresse connue).

b. Les contrôles des droits ouverts sous condition de ressources

L'Assurance Maladie ouvre également des droits à la prise en charge de dépenses non couvertes par le régime obligatoire, pour ses assurés en dessous d'un certain niveau de ressources. Ces dispositifs (CMU contributive et ACS) donnent également lieu à des vérifications, qui visent à s'assurer que les conditions de ressources sont bien respectées.

Concrètement, l'assuré déclare le montant de ses ressources (salaires, revenus non-salariés, pensions, retraites, rentes, pensions alimentaires, dons, ventes d'objets, gains aux jeux...) ainsi que la composition de son foyer. Les personnels de l'Assurance Maladie chargés d'instruire les dossiers d'attribution de la CMU-C et l'ACS, assurent un contrôle de vraisemblance concernant les ressources du demandeur, sur la base des montants figurant sur l'avis d'imposition de l'année précédente du demandeur.

Certaines ressources sont directement vérifiées, notamment à partir des bases mises à disposition par d'autres opérateurs ; c'est le cas des prestations versées par les caisses d'allocation familiales et des allocations chômage, afin de fiabiliser les informations et d'éviter les erreurs.

c. Le bon contrôle des paiements

Les comptes et la qualité de la gestion des fonds publics de l'Assurance Maladie font l'objet d'une vigilance spécifique (certification des comptes, audit). Pour cela, des dispositifs visant à assurer la maîtrise des risques attachés aux opérations qu'elle réalise, sont - comme pour les entreprises du secteur privé - constamment à l'œuvre au sein de l'Assurance Maladie.

C'est pourquoi les demandes de prises en charge des frais de santé font l'objet de **vérifications systématiques**, développées pour filtrer les anomalies de facturation en fonction de leur niveau de risque et de la nécessité d'une intervention humaine.

Le premier barrage permettant de prévenir les risques d'erreurs, mais également les risques de fraude, est composé de **contrôles largement automatisés** au sein de systèmes d'informations qui traitent des flux de données colossaux. L'intégralité des factures des frais de santé – près d'1,4 milliard par an – est passée au crible d'une série de vérifications de conformité ; elles portent notamment sur les droits des assurés,

l'activité du professionnel de santé, la correcte tarification des actes. L'ensemble de ce dispositif s'est déployé afin de répondre aux **objectifs de paiement à la fois juste, à bon droit et au bon destinataire tout en s'effectuant dans des délais satisfaisants.**

Environ 13 millions de factures, jugées non conformes, sont ainsi rejetées chaque année par les systèmes de contrôle intégrés au sein des applications informatiques de l'Assurance Maladie, exigeant souvent d'être revues par leurs émetteurs.

Le second barrage porte sur des **contrôles spécifiques**, déclenchés à partir d'analyses des risques financiers. Ils complètent le dispositif en intégrant des paramètres permettant d'enrichir la pertinence du contrôle portant, par exemple, sur la cohérence de la domiciliation bancaire, de l'absence de double paiement.

Le résultat de ces deux niveaux de contrôles de conformité est évalué à 230 millions d'euros (indus, c'est-à-dire des versements erronés ou dépenses évitées).

A l'issue de ces opérations, diverses mesures sont prises : certains dossiers sont transmis aux services de lutte contre la fraude pour déclencher des investigations complémentaires, d'autres contrôles font l'objet d'une intégration dans le système d'information pour être automatisés, d'autres font l'objet d'actions d'information spécifiques auprès des intéressés pour éviter des erreurs à venir.

Enfin, les comptes de la branche maladie sont certifiés par la Cour des comptes depuis plus d'une dizaine d'années. Dans ce cadre, les dispositifs de contrôle interne et les résultats que ceux-ci apportent sont scrupuleusement audités.

2. Bilan 2018 de la lutte contre la fraude, des résultats qui traduisent l'amélioration continue de la stratégie menée

La lutte contre la fraude vise à détecter à prévenir de nombreuses fraudes, fautes et abus.

En aval de tous les contrôles et vérifications sur l'ensemble de la chaîne de production, la lutte contre la fraude vise à identifier et à faire cesser les pratiques irrégulières et illicites qui justifient une action contentieuse visant notamment la récupération du préjudice financier causé, assortie souvent d'une sanction spécifique.

a. De quoi parle-t-on ?

La fraude embarque des pratiques très différentes et elle peut se situer sur tout le périmètre des remboursements de l'Assurance Maladie (assurés, professionnels de santé, fournisseurs et prestataires de santé, établissements de santé et médico-sociaux, employeurs).

Par facilité de langage, elle est trop souvent confondue avec l'abus et la faute. Ce qui la caractérise, c'est son caractère illicite, intentionnel et sa gravité.

Ainsi, concernant les arrêts de travail, on parle d'abus quand un assuré bénéficie d'un arrêt de travail prescrit par son médecin mais non nécessaire à son état de santé,

On parle de faute quand un assuré ou un employeur omet de façon volontaire d'informer sa caisse primaire d'une reprise anticipée de son travail,

On parle de **fraude** si l'assuré falsifie à son bénéfice la durée de l'arrêt de travail prescrit ou produit de faux bulletins de salaire ou encore, quand il exerce une activité non autorisée et rémunérée pendant un arrêt de travail indemnisé,

On parle de **fraude en bande organisée** quand un employé et un employeur de connivence ont déclaré une fausse entreprise, produit de faux bulletins de salaire, voire de faux accidents de travail.

Ces distinctions s'appliquent sur tout type de dépenses, comme ci-dessous sur la facturation de soins par un professionnel ou un établissement de santé :

On parle d'**abus** quand un professionnel de santé facture des actes qu'il réalise mais trop souvent répétés et non nécessités par l'état de santé de ses patients,

On parle de **faute** quand un établissement de santé utilise le mauvais tarif pour facturer ou quand un professionnel de santé survalue le tarif de façon volontaire et fréquente des actes qu'il réalise,

On parle de **fraude** quand un professionnel de santé facture des actes qu'il n'a pas réalisés,

On parle de **fraude en bande organisée** quand un professionnel de santé contribue délibérément par ses actes et prescriptions à un trafic (par exemple de produits de santé), en connivence avec d'autres acteurs (assurés, pharmaciens).

Ces distinctions sont fondamentales car elles induisent le choix de l'action contentieuse à engager (voir définition de chaque notion en annexe en page 16).

b. Comment s'organise-t-on pour la détecter, la sanctionner et la faire reculer ?

L'Assurance Maladie surveille ses bases de données pour détecter les données atypiques et aberrantes qui peuvent signaler des fraudes potentielles. Dans de telles situations, les agents en charge de la lutte contre la fraude s'assurent de la réalité des manquements et de leur gravité par un exigeant travail d'investigation. C'est en effet ce qui conditionnera la suite contentieuse choisie.

Au regard des lourdes conséquences pour les personnes concernées (à l'instar d'un contrôle fiscal), la lutte contre la fraude exige d'être conduite selon des **méthodes rigoureuses**, qui respectent les règles d'éthique. Cela nécessite des temps d'investigations et de procédures souvent longs (6 mois, souvent 18 et parfois beaucoup plus, notamment quand l'affaire fait l'objet d'une plainte pénale), **avec un travail préparatoire toujours important**.

Afin de garantir les règles d'éthique qui s'attachent à tout contrôle contentieux (voir en annexe), l'Assurance Maladie veille à respecter :

- L'égalité de traitement,
- La confidentialité,
- Le secret professionnel et le secret médical,
- La présomption d'innocence,
- Le principe du contradictoire et du droit de réponse,
- Le droit à l'erreur,
- L'exclusion des conflits d'intérêt.

Pour en savoir plus sur le droit à l'erreur (loi Essoc d'août 2018)

Depuis août 2018, tout usager, de bonne foi, a le droit de se tromper dans ses démarches administratives. L'erreur de bonne foi ne peut être sanctionnée, même si elle n'exclut pas le remboursement des prestations trop perçues, ni de mettre à jour sa situation.

Typiquement, c'est le cas d'un assuré qui oublie dans son dossier justifiant de ses revenus de déclarer le salaire lié à un travail saisonnier d'un enfant toujours rattaché à son foyer ou une rentrée financière liée à des ventes ponctuelles sur des sites Internet. Il lui sera demandé de rectifier son dossier mais il ne devra pas payer une amende.

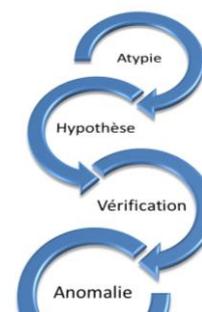
Par ailleurs, pour tous les offreurs de soins (professionnels de santé et établissements de santé), des chartes de contrôle ont été établies.

Tout dossier de fraude exige de passer par **trois grandes étapes** :

1. **La détection** : elle repose essentiellement sur les analyses des bases de données mais aussi plus ponctuellement sur les signalements internes ou externes.
2. **Les investigations** : elles se font à la fois sur dossiers à partir des documents, pièces justificatives ou études des bases de données et sur le terrain, via des équipes qui combinent enquêteurs assermentés, praticiens-conseils, juristes, statisticiens...

Les sanctions : elles sont proportionnées à la gravité des faits : pénalités financières et avertissements (7 331 en 2018), actions vers les ordres professionnels (180 plaintes ordinaires et 61 signalements), voies pénales (dépôt de 577 plaintes).

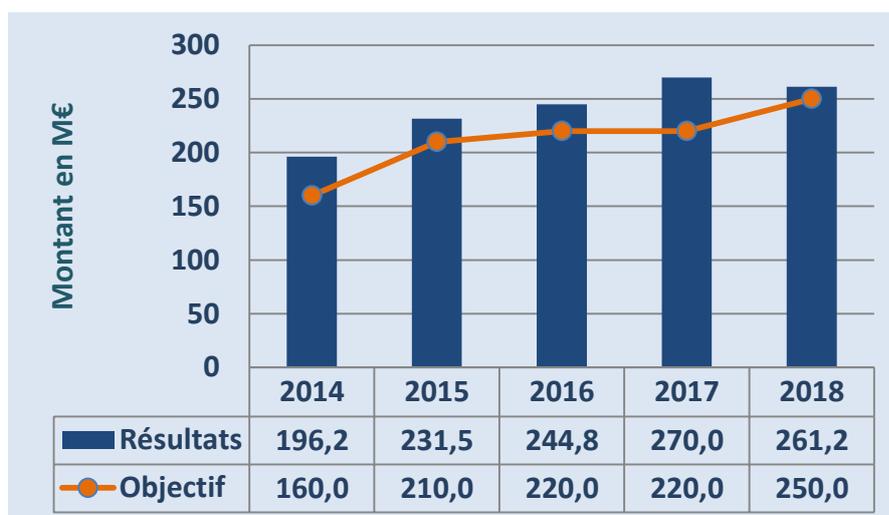
Passer d'une atypie à une anomalie



c. Une mobilisation importante avec des résultats en progression

La lutte contre la fraude en 2018 a permis de détecter et de stopper **261,2 M€ de préjudices**. Cela correspond à **23 000 enquêtes** menées. Par ailleurs, près de **8 500 actions contentieuses** ont été engagées l'an dernier.

La mobilisation de l'Assurance Maladie est forte, permettant d'atteindre et, le plus souvent de dépasser, les objectifs arrêtés avec l'Etat, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG).



En montant financier, les actions de lutte contre la fraude ont concerné à hauteur de 47 % les professionnels de santé et 30 % les établissements de santé, s’agissant principalement des contrôles de la tarification à l’activité (T2A)⁴.

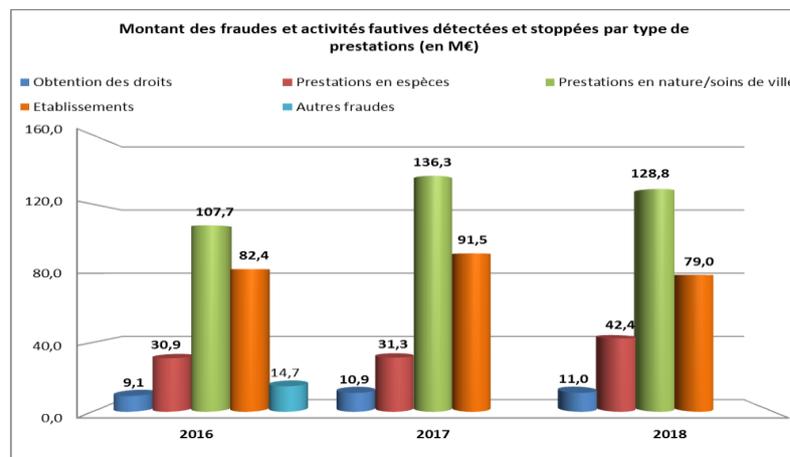
Si les assurés représentent plus de la moitié des cas de fraudes et de fautes détectées et stoppées (51,34 %) en volume, le préjudice financier causé par ceux-ci concerne 22,12 % des sommes en jeu.

Cette différence entre le nombre de cas en valeur absolue et le montant des préjudices en jeu explique l’importance d’une mobilisation concernant tous les types de fraudes.

Répartition par catégories d’acteurs et de types d’abus, de fautes et fraudes.



Répartition par grandes catégories de prestations⁵



* Depuis 2017, le poste « Autres fraudes » est réparti entre fraudes « obtention des droits », « prestations en espèces », « prestations en nature et établissements ».

⁴ La tarification à l’activité (T2A) a pour objectif de répartir de manière efficiente les financements entre les établissements de santé et repose sur un système déclaratif qui implique, en contrepartie, un contrôle du respect des règles de codage et des règles de législation de Sécurité Sociale, impactant cette facturation.

Les organismes de Sécurité sociale contrôlent la bonne application des règles de facturation et de codage fixées par les dispositions législatives. Le contrôle de la T2A, au titre de l’article L. 162-23-135 du CSS, est par conséquent un contrôle de régularité et de sincérité de la facturation. Ce n’est ni un audit de la qualité de codage, ni un contrôle de la pertinence des soins.

⁵ Il est difficile de comparer les progressions poste par poste d’une année sur l’autre et ce, pour deux raisons : d’une part, l’Assurance Maladie s’attache à diversifier les champs d’investigation de ses contrôles d’une année sur l’autre, d’autre part, les actions de lutte contre la fraude requièrent des procédures rigoureuses d’investigations et des actions contentieuses parfois longues, pouvant expliquer un décalage dans le temps entre le moment où les contrôles sont lancés et le moment où les résultats obtenus en termes financiers sont comptabilisés.

Chaque année, les préjudices détectés et stoppés les plus importants portent sur les prestations en nature (remboursements des soins de ville), ils s'élevèrent à 128,8 millions d'euros en 2018.

Des actions sont également menées sur l'obtention des droits. C'est le cas notamment du contrôle des droits ouverts sous conditions de ressources. Le dispositif de CMU-C donne lieu à un programme de contrôle spécifique. Il vise à s'assurer que les conditions de ressources sont bien respectées. L'Assurance Maladie, outre les éléments dont elle dispose (avis d'imposition, bases de données des autres opérateurs...), recourt au droit de communication bancaire⁶. Depuis 2015, 152 540 dossiers ont été contrôlés.

Quelques exemples de fraudes détectées et stoppées

Pour bénéficier de la CMU-C, un assuré a déclaré des ressources à hauteur de 14 531 €, juste en dessous du plafond (15 576 €) lui permettant de bénéficier de la CMU-C. Détecté par l'Assurance Maladie et après contrôle avec usage du droit de communication bancaire, l'Assurance Maladie a établi que ses ressources s'élevaient à 147 150 €. Cette fraude a donné lieu à une suppression immédiate de la CMU-C et à une pénalité financière (amende) de 13 000 €.

Un infirmier facturait à l'Assurance Maladie des soins qu'il ne réalisait pas ou qu'il faisait réaliser par sa conjointe (qui n'est pas infirmière, soit un exercice illégal de la profession). Par ailleurs, pour les actes qu'il réalisait il utilisait des tarifs supérieurs à ceux prévus. Après l'avoir détecté dans le cadre d'un programme national, l'Assurance Maladie l'a poursuivi ainsi que sa conjointe devant le pénal et a obtenu leurs condamnations à une peine de prison avec sursis (1 an pour l'infirmier et 9 mois pour sa conjointe) et au remboursement de 174 875€ représentant le préjudice subi par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, l'Ordre des infirmiers s'est joint à la plainte déposée par l'Assurance Maladie.

Un responsable d'entreprise de transports en ambulance utilisait différents moyens pour augmenter le montant de ses factures : facturations de transports non réalisés, faux et usages de faux, tarifs surfacturés... Après l'avoir détecté dans ses bases de données, confortée par un signalement externe, l'Assurance Maladie a porté plainte au pénal et obtenu sa condamnation à une peine de prison (30 mois). Le préjudice subi s'élevait à 512 906 €.

Un médecin spécialiste facturait des actes non réalisés et dans d'autres cas, facturait à des dates différentes des soins réalisés le même jour pour en obtenir un remboursement anormalement majoré. A partir d'un signalement d'assuré, l'Assurance Maladie a recherché toutes les anomalies de facturation de ce professionnel de santé dans ses bases de données. Les faits ayant été avérés ainsi que leur étendue, ce médecin a été sanctionné par une pénalité financière (amende administrative de 75 000 €) et a dû rembourser le montant du préjudice subi (52 040 €).

⁶ Le droit de communication bancaire existe depuis la LFSS de 2007. Il est codifié aux articles L114-19 à L 114-21. Il permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires aux agents des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes.

Les résultats de nos actions contentieuses

L'Assurance Maladie poursuit le déploiement de sa politique d'actions contentieuses (avec en 2018 une augmentation du nombre d'actions de + 4,1% par rapport à 2017). Pour cela, elle est amenée à choisir la suite contentieuse la plus appropriée : pénalités financières, saisines ordinales et conventionnelles, plaintes pénales en fonction, notamment, de la nature et de la gravité des griefs, du montant des préjudices financiers subis, en tenant compte également de la réitération des manquements.

Ainsi, 8 411 actions contentieuses ont été engagées en 2018 (8 077 en 2017). En 2018, 197 condamnations pénales dont 153 avec une peine de prison (soit 77 781 jours de prison) ont été prononcées. Les sanctions (pénalités financières, amendes, dommages et intérêts, ...) ont représenté un montant total de 20,9 millions d'euros.

d. Une amélioration continue de la démarche par plusieurs leviers

Les résultats en progression s'expliquent par une conjonction de facteurs qui ont permis de faire évoluer sans cesse les actions menées :

1. Un **important travail en réseau**, sur tout le territoire : les services de l'Assurance Maladie en charge de la lutte contre la fraude sont mobilisés pour déployer une stratégie croisée, à la fois nationale et locale. Pour ce faire, 22 programmes nationaux et 17 programmes régionaux ont été lancés et mis en œuvre sur le territoire en 2018.
2. La **professionnalisation des équipes**, via des formations en continu des agents sur tout le processus de la lutte contre la fraude (détection, investigations, actions contentieuses, *reporting*, etc.) : les équipes sont formées régulièrement à la fois grâce à des formations propres à l'Assurance Maladie mais également à celles de la Délégation Nationale Lutte contre la Fraude (DNLF).
3. L'**amélioration des méthodes de détection** grâce à de nouvelles techniques de **datamining** de plus en plus puissantes et au **big data**.

L'Assurance Maladie dispose de plusieurs outils, comme 'Profileur', un outil d'aide à la détection des activités atypiques des professionnels de santé.

De plus, un modèle de datamining a été développé en 2017 afin de mieux identifier la fraude à l'obtention des droits. Après une expérimentation en 2018 dans 16 caisses du réseau de l'Assurance Maladie, il a été étendu à l'ensemble du territoire en 2019. Un nouveau modèle de datamining 'par apprentissage supervisé'⁷ sera construit en 2019-2020. Il portera sur la thématique des dispositifs médicaux.

Enfin, l'Assurance Maladie a engagé des travaux ([cf. partenariat renouvelé avec l'Ecole Polytechnique sur les médicaments](#)) sur un *big data* concernant les médicaments. L'innovation réside dans le fait de croiser les données en recherchant les cas de fraudes sans critère prédéfini initialement, la base étant analysée dans son intégralité.

⁷ Voir explications en page 17.

4. Le **renforcement de l'arsenal juridique** via l'évolution de la réglementation, comme par exemple, le droit de communication bancaire introduit en 2007 et plus récemment, en 2012, la mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN)⁸.
5. **L'intensification de l'échange des données** avec les autres branches (famille, vieillesse) et les organismes complémentaires ainsi qu'avec d'autres acteurs, comme les consulats, les impôts (DGFIP), etc.
6. Le **partenariat renforcé avec les services de la justice et de la police**, notamment dans le cadre des Comités Opérationnels Départementaux anti-fraudes (CODAF) placés sous l'égide du procureur de la République dans chaque département.

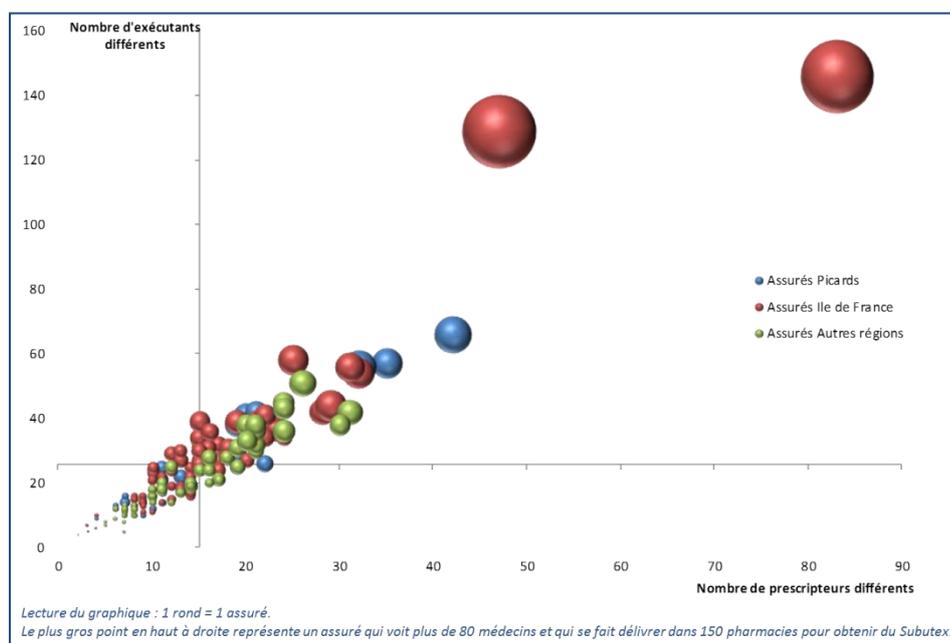
Ces partenariats renforcés sont essentiels, notamment dans le cadre de la lutte contre le trafic de médicaments, comme le Subutex® dont le mésusage comporte de forts enjeux de santé. Les actions pour lutter contre ce trafic de Subutex® s'appuient notamment sur des collaborations renforcées avec l'OCLAESP (office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique). L'Assurance Maladie poursuit sa forte activité de veille et de contrôle sur ces trafics. Ainsi, actuellement, 236 contrôles sont en cours sur l'ensemble du territoire portant sur des assurés, des professionnels de santé (médecins, pharmaciens) ou des affaires en bande organisée.

7. Les **travaux engagés au niveau international**, notamment européen, autour de priorités communes (intelligence artificielle, *datamining*, cartographie des risques, évolutions des législations, etc.).

⁸ La DSN – Déclaration Sociale Nominative est un fichier mensuel produit à partir de la paie destiné à communiquer les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées permettant de **remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles et diverses formalités administratives** adressées jusqu'à aujourd'hui par les employeurs à une diversité d'acteurs (CPAM, Urssaf, AGIRC ARRCO, Organismes complémentaires, Pôle emploi, Centre des impôts, Caisses régimes spéciaux, etc.

Exemple d'actions de lutte contre le trafic de Subutex® stoppée suite aux contrôles contentieux de l'Assurance Maladie (2016-2018)

Les bases de l'Assurance Maladie ont permis de repérer que 165 assurés domiciliés dans 31 départements de plusieurs régions (Picardie, Ile-de-France, Rhône-Alpes, Pays-de-Loire...) consultaient chacun de très nombreux médecins et se rendaient dans de nombreuses pharmacies afin d'obtenir de très fortes quantités de Subutex®.



L'Assurance Maladie a très rapidement rassemblé les éléments lui permettant de présumer d'un trafic en bande organisée sur lequel elle a échangé avec un Groupe d'Intervention Régional (GIR⁹). Le mode opératoire était en effet commun aux assurés : le Subutex® était majoritairement prescrit et délivré hors de leur département de résidence.

L'ampleur de l'affaire et les soupçons de trafic organisé ont conduit l'Assurance Maladie à saisir l'OCLAESP (Office Central de Lutte Contre les Atteintes à l'Environnement et à la Santé Publique) qui a engagé les investigations sous la direction d'un juge d'instruction.

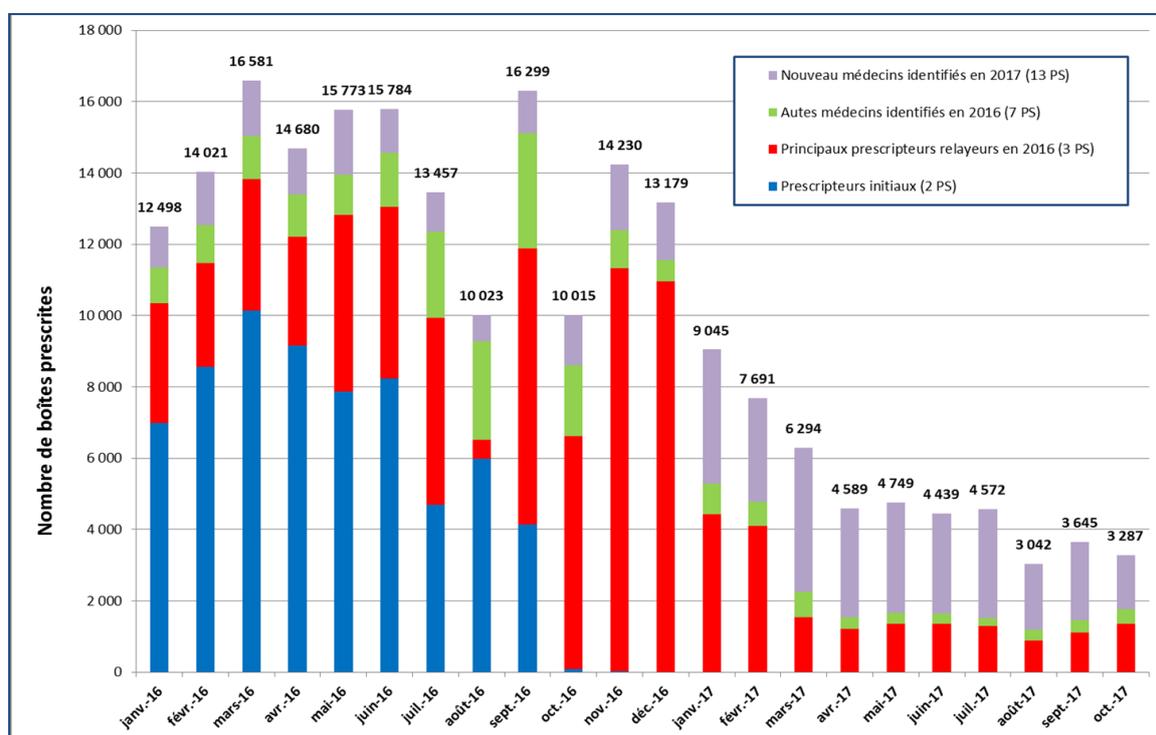
A différents stades de la procédure menée par l'OCLAESP, l'Assurance Maladie a répondu à de nombreuses réquisitions judiciaires adressées par les officiers de police judiciaire de l'OCLAESP.

L'enquête judiciaire a permis :

- En collaboration avec la douane suédoise, l'interpellation d'un trafiquant recelant dans son véhicule 14 000 comprimés de Subutex®. Ce trafic était destiné aux pays de l'Est.
- L'interpellation de 4 autres trafiquants dont l'un d'eux, grâce à des documents falsifiés disposait de 10 identités différentes.
- La condamnation d'un médecin à 5 ans d'emprisonnement dont 3 assortis du sursis simple et à une peine d'interdiction temporaire d'exercer pendant 5 ans.
- La condamnation d'un autre médecin à 4 ans d'emprisonnement dont 2 ans assortis du sursis simple et 5 ans d'interdiction d'exercer.

⁹ Groupe d'Intervention régional : police, gendarmerie, douanes.

Afin de voir l'impact de nos actions contentieuses, nous avons procédé à une analyse des gros prescripteurs dans les bases de données de l'Assurance Maladie.



Ce que montre ce graphique : initialement, le trafic repose majoritairement sur 2 médecins (en bleu sur le graphique). Suite aux interpellations de ces 2 prescripteurs, la prescription se concentre ensuite sur 3 autres médecins qui ont pris la relève (en rouge) qui augmentent nettement leur contribution au trafic. Suite aux contrôles mis en place pour ces 3 médecins « relayeurs », leurs prescriptions diminuent nettement en 6 mois.

A l'issue de ce recul, les volumes de Subutex® ont très nettement chuté par rapport aux volumes initiaux et les prescriptions reposent sur de nouveaux médecins avec une dispersion plus importante (en violet) mais le nombre global de prescriptions des médecins identifiés a été fortement diminué.

L'Assurance Maladie a ensuite informé le Conseil de l'Ordre des médecins (Cnom) de ces constats dans cette affaire. Le Cnom a fait paraître dans son bulletin national un article intitulé « *Subutex® : condamnations au pénal* » pour sensibiliser leurs pairs aux risques de négligence, voire de complaisance, qui peuvent les amener à contribuer, voire à être complice de trafic de Subutex®.

Par ailleurs, des travaux menés conjointement par l'Ordre national des médecins et celui des pharmaciens ont abouti à la publication de « *Recommandations des Conseils Nationaux de l'Ordre des Pharmaciens et des Médecins à propos de la prescription et de la dispensation des médicaments de substitution aux opiacés.* »

3. Annexes

a. Quelques définitions

Les fraudes :

Il s'agit de **faits illicites** au regard des textes juridiques, commis **intentionnellement** par une ou plusieurs personnes physiques ou morales **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. Une **liste exhaustive et limitative des manquements qualifiés de fraudes a été établie.**

Exemples : établissement ou usage de faux, fausse déclaration en vue de perception ou de majoration de prestations.

Les activités fautives

Elles concernent les activités qui rassemblent de manière réitérée des **faits irréguliers au regard de textes juridiques (notamment les nomenclatures)**, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales **en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives.**

Exemples : non-respect des règles de facturation des majorations prévues par la nomenclature.

Les activités abusives

Sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent **de manière réitérée** des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative **outrepassant des niveaux acceptables** par rapport à des **références ou des comparatifs non juridiques.**

Exemple : exécution d'actes médicaux au-delà du besoin de soins du patient.

b. Les règles éthiques du contrôle contentieux

- **Objectivité et neutralité des agents en charge des contrôles contentieux, absence de conflit d'intérêt**

Le contrôleur doit s'appuyer uniquement sur des faits ou des éléments chiffrés précis et ne porter aucun jugement de valeur. Le contrôleur a un devoir de réserve et de discrétion ainsi que l'obligation de ne pas divulguer ses opinions personnelles dans son expression écrite ou orale.

Le contrôleur ne doit pas entretenir avec le professionnel de santé, l'établissement de santé, l'assuré ou l'employeur contrôlé des relations présentes ou passées susceptibles de compromettre ou d'affecter son indépendance et son objectivité.

Il y a conflit d'intérêt chaque fois que l'activité d'un investigateur peut opposer l'intérêt personnel à l'intérêt général :

- Intérêt général = intérêt public dont l'organisme a la charge dans le cadre de ses missions
- Intérêt personnel = avantage retiré par une personne dans une situation particulière résultant d'un lien, quelle que soit sa nature, susceptible d'influencer son jugement.

- **Respect du secret professionnel et du secret médical**

Tout agent en charge des contrôles contentieux a obligation de ne pas divulguer des informations relatives à la santé, au comportement, à la situation familiale d'un usager. En dehors de cas expressément autorisés par la loi, la révélation de secret professionnel est punie d'un an de prison et de 15 000 € d'amende (art.226-13 du Code pénal).

Le secret médical est absolu (art. 4 du code de déontologie). Il porte sur tout ce dont le médecin a connaissance à l'occasion des soins. En dehors de cas expressément prévus par la loi, un médecin ne peut en aucun cas divulguer des données concernant ses patients (pathologie, traitement ...). Dans le cadre de ses missions de contrôle, le Service médical peut avoir accès aux données de santé des assurés sociaux.

- **Respect du contradictoire**

Il s'agit d'un principe général du droit qui s'applique à toutes les procédures, quelle que soit la juridiction. La personne concernée par le contrôle contentieux doit avoir connaissance des faits qui lui sont reprochés, pouvoir émettre des observations écrites ou orales, disposer d'un délai suffisant pour préparer son argumentation et éventuellement se faire assister d'un conseil. Toute décision notifiée par la Caisse (indus, pénalités financières) doit comporter la motivation de la décision, les informations relatives aux voies de recours (CRA, TGI à compter du 01/01/2019) et, en cas d'appel, la chambre sociale de la Cour d'Appel qui est compétente.

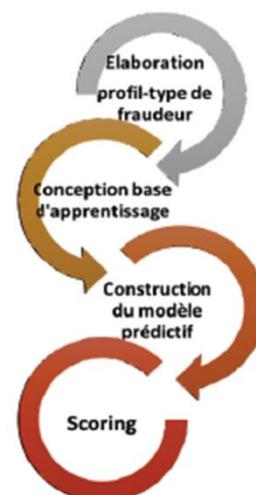
- **Respect des chartes de contrôles de l'Assurance Maladie**

Pour tous les offreurs de soins (professionnels de santé et établissements de soins), des chartes de contrôles contentieux ont été établies. Ces chartes ont pour objectif de contribuer au bon déroulement des opérations de contrôle menées par l'Assurance Maladie en les faisant mieux connaître et en précisant les principes que doivent observer les caisses d'Assurance Maladie, le service du contrôle médical mais aussi le professionnel de santé ou l'établissement de santé lors des investigations. Elle n'a pas pour vocation à se substituer aux textes législatifs, réglementaires et conventionnels.

c. Datamining et big data

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

- Le postulat est d'identifier des fraudes grâce à ces **nouvelles possibilités de « fouille » (datamining)**.
- Cela nécessite toutefois de disposer de **modèles de comparaison et de données fiables, opposables et pertinentes**.
- Le datamining **ne devine pas** le profil des « acteurs » à cibler, il **l'extrapole** à partir des données fournies.
- La **probabilité de détection** doit valoir au moins celle des procédés traditionnels pour être efficace.



Attention, de nombreuses fausses idées existent sur le *datamining* à l'heure du *big data*

- Toutes les données ne sont pas utilisables.
- Il ne s'agit pas simplement « d'appuyer sur un bouton ».
- Il faut rester pragmatique : des méthodes robustes, validées et comparées pour sélectionner la plus efficace.
- Et surtout ne jamais oublier la complexité des données spécifiques à l'Assurance Maladie.

Le datamining à l'Assurance Maladie

Les travaux de détection se basent pour la plupart sur des méthodes statistiques de « *datamining* raisonné », c'est-à-dire qu'à partir d'une « fouille » ordonnée des bases de données de l'Assurance Maladie, **des indicateurs de ciblage** sont construits 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 **datamining en apprentissage supervisé**. A partir de cas de fraudes identifiés et de cas de non fraudes, la création de modèle 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 fraudes en intégrant dans la base d'apprentissage des **cas de fraudes avérées** liés au type de fraude recherché.

En 2019, une nouvelle expérimentation datamining est 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 ». Des travaux sur un projet **Big Data** sur la thématique du **Médicament** ont également été lancés en partenariat avec l'Ecole Polytechnique.