RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

La lutte contre la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie

OCTOBRE 2025

Anne-Michelle **BASTERI**
Émilie **MAYSONNAVE**
Arturo **GARCIA-GONZALEZ**
Mouad **EL ISSAMI**

Mireille **GAÜZÈRE**
Frédéric **TURBLIN**
Jean-Philippe **VINQUANT**
Esther **DEVILLERS**

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

Igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Inspection générale des finances

N° 2025-E-047-03

Inspection générale des affaires sociales

N° 2025-049R

LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX PRESCRIPTIONS ET AUX FACTURATIONS À L'ASSURANCE MALADIE

ÉMILIE **MAYSONNAVE**
Inspectrice des finances

ARTURO **GARCIA-GONZALEZ**
Inspecteur des finances adjoint

Avec le concours de
MOUAD **EL ISSAMI**
Data scientist au pôle science des données de l'IGF

Sous la supervision de
ANNE-MICHELLE **BASTERI**
Inspectrice générale des finances

MIREILLE **GAÜZÈRE**
Inspectrice générale des affaires sociales

FRÉDÉRIC **TURBLIN**
Inspecteur général des affaires sociales

JEAN-PHILIPPE **VINQUANT**
Inspecteur général des affaires sociales

Avec le concours de
ESTHER **DEVILLERS**
Stagiaire à l'IGAS

– OCTOBRE 2025 –

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

SYNTHÈSE

À la demande du Premier ministre, l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont conduit une revue de dépenses relative à la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie, dont les dépenses, au titre du régime général, s'élèvent à 244 Md€ en 2024**. La fraude à l'assurance maladie, dont la détection atteint 628 M€ en 2024**, **provient essentiellement de professionnels de santé** ou de personnes usurpant ou falsifiant leur identité. Ces fraudes représentent en effet près de 70 % des montants de fraude détectée et stoppée par l'assurance maladie. Ces fraudes résultent de la facturation d'actes fictifs, de la cotation inappropriée des actes dans les facturations, ou encore de la falsification d'ordonnances.

La fraude à l'assurance maladie s'inscrit dans un contexte de **généralisation du tiers payant depuis 2016** et des offres 100 % santé ces dernières années, associée à une moindre vigilance de l'assuré, et **de rapidité de remboursement par l'assurance maladie** (sous 4,4 jours en 2025), créant des zones de fragilité dans une chaîne de paiement insuffisamment sécurisée.

De ce fait, l'assurance maladie a déployé une stratégie assumée de lutte contre la fraude essentiellement fondée sur des contrôles réalisés après paiement. La lutte contre la fraude est désormais l'un de ses objectifs prioritaires au titre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) la liant à l'État pour la période 2023-2027, illustré par un renforcement des moyens dédiés (+ 27 % d'effectifs entre 2020 et 2024). Son organisation administrative actuelle en matière de lutte contre la fraude - avec un rôle déterminant des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et un pilotage national fort de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) - semble satisfaisante. Elle a été renforcée par le déploiement des six pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires, qui apparaît prometteur pour traiter des dossiers de fraude à enjeux, même s'il est trop récent pour évaluer son efficacité.

L'assurance maladie affiche en conséquence des résultats favorables en matière de détection de la fraude, avec un triplement des montants depuis 2021 et un dépassement des objectifs fixés par la COG. **Ce bilan est davantage contrasté en matière de recouvrement des indus**, qui ne permet de récupérer qu'environ la moitié des sommes concernées. En outre, l'estimation de la fraude réalisée par la CNAM ne couvre pas l'ensemble du champ des dépenses et n'est pas utilisée pour piloter l'action de lutte contre la fraude : or, il faut connaître pour lutter. À cet égard, l'écart entre la fraude détectée et la fraude estimée suggère **l'existence de gisements de fraudes non détectées.**

Deux projets d'ampleur relevant de la transition numérique dans le secteur de la santé offrent des perspectives de changement d'échelle dans la lutte contre la fraude à l'assurance maladie, en ce qu'ils opèrent une bascule stratégique de l'aval vers l'amont, par une sécurisation accrue des paiements : le projet METEORe, qui vise à intégrer des contrôles embarqués dans le logiciel de paiement de l'assurance maladie, et l'ordonnance numérique. Le premier permettra de rejeter avant paiement des indus et sera de ce fait vecteur de gains d'efficience, selon la logique « un rejet vaut mieux qu'un indu ». Le second permettra de se prémunir contre les fausses ordonnances et de sécuriser la chaîne de prescription et de facturation, par un rapprochement à terme entre données de prescription et d'exécution.

Ces deux projets, en cours mais avec des échéances indéfinies ou lointaines, doivent être plus étroitement pilotés par la CNAM afin d'accélérer leur mise en œuvre. L'horizon 2030 pour le déploiement complet de METEORe apparaît en effet très tardif : la mission recommande de renforcer les moyens alloués à ce projet. Quant à l'ordonnance numérique, l'échéance fixée par la loi de fin décembre 2024 n'a pas été respectée, ce qui incite à se doter d'une feuille de route visant à l'implémenter au plus tôt.

En parallèle, plusieurs leviers doivent être activés pour renforcer la lutte contre la fraude.

Premièrement, **le ciblage des contrôles par des requêtes statistiques doit être amélioré**. En particulier, **la pression de contrôle diffère entre catégories de professionnels de santé et certaines demeurent peu couvertes.** Plusieurs critères de contrôle pourraient s'appliquer systématiquement à toutes les professions, et le ciblage gagnerait à prendre appui sur les potentialités de la science des données (*datamining* ou *machine learning*), afin de mettre en évidence de potentiels schémas frauduleux nouveaux. Le renforcement des échanges avec des partenaires, dont les organismes complémentaires et des services de l'État, est également de nature à améliorer le ciblage. Par ailleurs, le curseur du volume de contrôles entre dossiers à faibles et forts enjeux financiers mériterait d'être modifié au profit de ces derniers, dans le but de maximiser le montant des fraudes détectées et d'optimiser l'allocation des moyens humains. **En effet, les dossiers inférieurs à 1 000 € de préjudice représentent 30 % des dossiers traités, mais moins de 1 % du préjudice total,** ces dossiers étant pour la plupart liés à des fraudes d'assurés, alors que plus le préjudice par dossier est important, plus les fraudes des professionnels de santé sont surreprésentées.

Deuxièmement, **le processus de facturation des professionnels de santé et de remboursement par l'assurance maladie présente une forte asymétrie entre les deux parties**. Alors que l'assurance maladie est soumise à une garantie de paiement en sept jours assortie de pénalités, les professionnels de santé disposent de modalités de facturation très favorables (délais de transmission longs, possibilité de transmissions non sécurisées et sans pièces justificatives). Il convient de rééquilibrer les contraintes en enjoignant ces derniers à :

- facturer mieux : alors que la loi prévoit un principe d'application du tiers payant sur présentation de la carte Vitale de l'assuré, le taux de recours à des « flux dégradés », c'est-à-dire sans carte Vitale, s'élève à 16 % des feuilles de soins en 2024 : ce principe doit être rendu pleinement opérationnel en l'assortissant des flexibilités nécessaires (par exemple, en fixant une tolérance de taux de flux dégradés à ne pas dépasser) ;
- facturer plus vite : la réglementation doit être adaptée pour réduire le délai opposable de facturation à l'assurance maladie, de deux ans et un trimestre à quatre mois.

Troisièmement, **un levier essentiel d'amélioration de l'action contentieuse consiste en une meilleure coordination entre les CPAM et les parquets**, pour articuler l'action administrative et judiciaire le plus en amont possible des dossiers. La définition d'une stratégie contentieuse commune sur des fraudes à enjeux permettrait de lutter efficacement contre ces dernières et de tirer parti des prérogatives de l'autorité judiciaire en matière de saisies, facilitant le recouvrement.

Au-delà, **l'éventail de sanctions à la main de l'assurance maladie est diversifié et potentiellement dissuasif mais reste insuffisamment utilisé.** Ainsi, de nombreux dossiers frauduleux ne font l'objet d'aucune sanction, puisque seulement 20 000 suites contentieuses ont été engagées en 2024 sur un total de 36 000 dossiers. L'évolution de certaines procédures, notamment l'harmonisation des modalités de déconventionnement et l'allègement des procédures de pénalités financières, permettrait d'améliorer l'action répressive des CPAM.

Pour mettre en œuvre l'ensemble de ces leviers, **une réflexion stratégique sur les effectifs dédiés à la lutte contre la fraude doit être conduite**. De nouvelles augmentations d'effectifs et le renfort de certaines compétences, notamment statistiques, pourront être nécessaires dans le contexte de rééquilibrage de la lutte contre la fraude de l'aval vers l'amont.

Les propositions portées par la mission ambitionnent d'amplifier la prévention et la lutte contre la fraude. Au-delà de sa contribution à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, cette action participe du contrat social en ce qu'elle renforce l'adhésion des citoyens au modèle de protection sociale. Il s'agit à ce titre d'un objectif de valeur constitutionnelle, dont la mission a constaté qu'il est aujourd'hui largement partagé.

LISTE DES PROPOSITIONS

N°	Intitulé	Porteurs
Thématique : améliorer le pilotage de l'action de lutte contre la fraude		
1	Renforcer le pilotage de la lutte contre la fraude par la CNAM en : 1/ développant une connaissance de la répartition des ETP dédiés à la lutte contre la fraude par compétence ; 2/ conduisant une évaluation systématique des programmes nationaux de contrôle ; 3/ affinant l'indicateur de suites contentieuses pour ne valoriser que les suites à impact et en l'individualisant par CPAM ; 4/ analysant les difficultés de recouvrement rencontrées par les CPAM, afin d'y remédier.	CNAM
3	Dès à présent dans le cadre de la COG actuelle et dans la perspective de la négociation de la COG 2028-2032, conduire une réflexion stratégique sur les besoins en effectifs pour les prochaines années en lutte contre la fraude, en particulier : 1/ pour renforcer les moyens en science des données à l'échelon national ; 2/ pour procéder à des renforts d'effectifs dans les CPAM le nécessitant.	CNAM
Thématique : améliorer le ciblage des contrôles		
2	Faire évoluer les méthodes de ciblage des contrôles, autour des axes suivants : 1/ plus de transversalité des ciblages afin de couvrir l'ensemble des professionnels de santé ; 2/ un appui plus fort sur les potentialités de la science des données en développant un modèle de *datamining/machine learning* pour le ciblage des contrôles en allant vers de l'intelligence artificielle pour détecter de nouveaux schémas de fraude.	CNAM
4	Prioriser davantage les dossiers de contrôle des professionnels de santé, porteurs de forts enjeux financiers, par rapport au contrôle des assurés, afin d'augmenter le rendement de la lutte contre la fraude en matière de détection.	CNAM
5	Prévoir la réciprocité des échanges d'informations entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires par voie législative et mettre en place un groupe de travail visant à définir le cadre opérationnel d'échange : contenu, modalités, opportunité d'un acteur intermédiaire.	DSS et CNAM
6	Renforcer la coopération entre la CNAM et les services de l'État impliqués dans la lutte contre la fraude, en initiant des échanges opérationnels visant à formaliser une expression de besoin réciproque et à aboutir à un protocole d'échanges en commençant par Tracfin, la DGCCRF et la DGFiP.	CNAM, Tracfin, DGCCRF, DGFiP

N°	Intitulé	Porteurs
Thématique : améliorer la performance de l'action contentieuse		
7	Dans chaque CPAM, mettre en place une coordination effective avec le parquet, qui peut passer par la désignation de référents et des échanges réguliers, et, pour les dossiers à enjeux le nécessitant, définir une stratégie avec le parquet en amont des premières actions administratives, aux fins d'articulation avec une éventuelle action judiciaire.	CNAM et CPAM
8	Introduire dans le code de la sécurité sociale des dispositions visant à harmoniser les procédures et les durées des sanctions conventionnelles, s'appliquant à tous les professionnels de santé conventionnés avec l'assurance maladie.	DSS
9	Pour améliorer la performance de l'action contentieuse dans son volet administratif : 1/ rendre facultatif le passage en commission des pénalités financières pour des dossiers d'abus et/ou de fautes en-dessous d'un seuil de préjudice financier ; 2/ mettre en place un barème indicatif de pénalités financières à des fins d'harmonisation des sanctions prononcées, puis supprimer l'avis obligatoire du directeur général de l'UNCAM préalable au prononcé de ces pénalités.	DSS et CNAM
Thématique : sécuriser la chaîne de facturation et de paiement		
10	Assurer le respect de l'obligation, fixée par la loi, de l'application du tiers payant conditionnée à la présentation de la carte Vitale. À cette fin : 1/ prévoir une marge de flexibilité pour traiter les cas exceptionnels avec un taux maximum de flux dégradés à ne pas dépasser par catégorie de professionnel ; 2/ prévoir des sanctions administratives pour les professionnels en cas de manquement ; 3/ mettre en place des groupes de travail spécifiques visant à faire évoluer les pratiques des professionnels intervenant à domicile.	DSS et CNAM
11	Ramener le délai maximum de facturation des professionnels de santé à l'assurance maladie, de deux ans à quatre mois (transmission des feuilles de soins et des pièces justificatives les accompagnant, selon tout format, électronique ou papier). Passé ce délai, les facturations seraient rejetées.	DSS et CNAM
12	Étudier la faisabilité de conditionner les remboursements de dépenses de santé à la complétude du dossier présenté par le professionnel de santé : feuille de soins et pièces justificatives. Pour cela, rendre obligatoire l'utilisation du téléservice SCOR pour la transmission des pièces justificatives dématérialisées.	DSS et CNAM
15	Donner la possibilité aux CPAM de lever temporairement la garantie de paiement en cas de suspicion de fraude entendue *stricto sensu*, afin de procéder à des contrôles en amont des remboursements.	DSS

N°	Intitulé	Porteurs
Thématique : opérer une bascule des contrôles de l'aval vers l'amont		
13	Opérer la bascule vers le contrôle embarqué avant paiement, en renforçant les moyens dédiés au projet METEORe afin d'accélérer son calendrier de déploiement sur les différents champs de dépenses de l'assurance maladie.	CNAM
14	Établir une feuille de route crédible pour le déploiement de l'ordonnance numérique à l'ensemble des acteurs concernés, avec des échéances fermes et un chaînage entre les mesures incitatives déjà en vigueur et des mesures coercitives à déployer, vis-à-vis des éditeurs de logiciel puis des professionnels de santé.	CNAM

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. L'ASSURANCE MALADIE SE MOBILISE DANS LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE, AVEC DES RÉSULTATS EN CROISSANCE MAIS CONTRASTÉS, DANS UN CONTEXTE DE HAUSSE DES MOYENS QUI Y SONT DÉDIÉS **4**

1.1. La lutte contre la fraude, qui a bénéficié d'un renforcement récent de ses moyens, repose sur une stratégie assumée de contrôle *a posteriori* et un pilotage affirmé du réseau 4

1.1.1. La priorité à la célérité de paiement, objectif central de l'assurance maladie, a conduit celle-ci à privilégier de facto le contrôle a posteriori *4*

1.1.2. L'organisation départementale historique de l'assurance maladie, en réalité largement pilotée par la CNAM, se double d'une dimension régionale et interrégionale en matière de lutte contre la fraude *6*

1.1.3. Les moyens juridiques et humains en matière de lutte contre la fraude ont été renforcés ces dernières années dans un contexte de baisse des effectifs globaux de l'assurance maladie *9*

1.2. En conséquence, la détection des fraudes est en hausse, avec des marges de progression 11

1.2.1. Si la détection de la fraude s'est fortement améliorée ces dernières années, elle ne représente qu'une partie de l'estimation de la fraude à l'assurance maladie *11*

1.2.2. Les disparités de performance des CPAM en détection de la fraude s'expliquent notamment par l'adéquation entre offre et demande de soins *16*

1.3. Les résultats en matière d'action contentieuse et de recouvrement apparaissent plus en retrait que la détection de la fraude 17

1.3.1. Si les sanctions administratives ont fortement augmenté depuis 2021, dans un contexte de priorisation de la voie pénale pour les dossiers à forts enjeux, la mise en œuvre par le réseau des suites contentieuses est difficile à évaluer *17*

1.3.2. Le recouvrement des sommes est le parent pauvre de la lutte contre la fraude, alors qu'un des objectifs-clés de celle-ci est budgétaire *18*

2. LES MODALITÉS DE CIBLAGE DES CONTRÔLES PEUVENT ÊTRE AMÉLIORÉES ET L'ACTION CONTENTIEUSE MIEUX ARTICULÉE AVEC LES PARQUETS **19**

2.1. Le ciblage des contrôles et la détection des cas de fraude pourraient être améliorés par une transversalité accrue, un recours plus important à la science des données et une coopération renforcée 19

2.1.1. L'exercice d'estimation de la fraude devrait évoluer pour devenir un outil d'orientation des actions de lutte contre la fraude *19*

2.1.2. Le ciblage des contrôles pourrait être amélioré, en prenant davantage appui sur les potentialités de la science des données et en renforçant sa transversalité *20*

2.1.3. Le curseur des contrôles entre dossiers à faibles, moyens ou forts enjeux pourrait être redéfini, afin de privilégier les dossiers à forts enjeux, qui émanent des professionnels de santé *23*

2.1.4. Une coopération accrue avec certains partenaires de l'assurance maladie permettrait également de nourrir le ciblage des contrôles *25*

2.2. La performance de l'action contentieuse peut être améliorée par une articulation plus en amont avec les parquets d'une part et par la simplification des procédures de sanctions administratives d'autre part 27

2.2.1. Une stratégie contentieuse, articulant les voies administrative et pénale, doit être définie avec le parquet, en particulier pour les dossiers à enjeux *27*

2.2.2. Certaines procédures de sanction administrative pourraient être harmonisées ou simplifiées, de manière à amplifier l'action contentieuse *29*

3. UN LEVIER MAJEUR DE TRANSFORMATION DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE CONSISTERAIT À OPÉRER UNE BASCULE PLUS MARQUÉE VERS L'AMONT DE LA CHAÎNE POUR SÉCURISER LES PAIEMENTS 31

3.1. Le processus de facturation à l'assurance maladie comporte plusieurs failles, permettant à la fraude de prospérer, qu'il convient de sécuriser au plus vite 32

3.1.1. Le principe, prévu par la loi, d'application du tiers payant sur présentation de la carte Vitale, doit être rendu pleinement opérationnel *32*

3.1.2. Les délais de facturation à l'assurance maladie par les professionnels de santé doivent être raccourcis *35*

3.1.3. L'assurance maladie doit réexaminer son processus consistant à rembourser des dépenses de soins sans que les dossiers présentés soient complets *36*

3.2. Tirer parti du développement des systèmes d'information et du numérique pour limiter la fraude 37

3.2.1. La bascule vers le contrôle embarqué, c'est-à-dire automatique, doit être opérée plus vigoureusement *37*

3.2.2. La dématérialisation des flux doit être encore renforcée par le recours à l'ordonnance numérique que la loi avait rendue obligatoire au plus tard au 31 décembre 2024, sans que cet objectif soit atteint *39*

3.3. Un aménagement de la garantie de paiement doit être envisagé afin de pouvoir différer les remboursements aux professionnels suspectés de fraude, le temps d'opérer des contrôles nécessaires 40

3.4. Encore plus en amont, l'objectif de prévention de la fraude doit être intégré dès le stade de conception des politiques publiques ainsi que dans l'accompagnement des professionnels de santé 41

3.4.1. Les risques liés au déploiement de l'offre « 100 % santé » sur les fauteuils roulants illustrent l'importance d'intégrer l'objectif de lutte contre la fraude le plus en amont possible de la mise en œuvre de tels dispositifs *41*

3.4.2. Face à une nomenclature complexe, la formation continue des professionnels de santé pourra être renforcée sur le volet économique de leur activité *43*

INTRODUCTION

Par lettre de mission du 19 mai 2025, le Premier ministre a confié à l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une revue de dépenses relative à la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie.

Tout d'abord, la **fraude à l'assurance maladie est une des composantes de la fraude sociale**, qui concerne l'ensemble des organismes sociaux et représenterait, selon les dernières estimations du haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS)[1], près de 13 milliards d'euros (Md€) annuels. Au sein de la fraude à l'assurance maladie, les fraudes réalisées par des professionnels de santé (ou des personnes usurpant ou falsifiant leur identité) sont prédominantes par rapport aux fraudes des assurés, des établissements de santé et des employeurs : en 2024, elles s'élèvent à 70 % du montant des fraudes détectées et stoppées[2].

La lutte contre la fraude concourt à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, en faisant baisser la dépense indue, et ce dans un contexte de déficit de la branche maladie (13,8 Md€ en 2024). Elle paraît faire aujourd'hui largement consensus, la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) ayant récemment opéré un changement de culture à cet égard pour en faire l'une de ses priorités ; les membres de la gouvernance paritaire de l'assurance maladie semblent partager cet objectif qui figure dans les attributions des Conseils des caisses, même si le rôle direct des partenaires sociaux se limite à leur participation aux commissions de recours amiable et aux commissions des pénalités.

La mission avait trois principaux objectifs :

- documenter la fraude à l'assurance maladie et en particulier celle à l'initiative des professionnels de santé ;
- évaluer l'efficience des mesures nouvelles prises ces dernières années en matière de lutte contre la fraude à l'assurance maladie : moyens juridiques et humains notamment ;
- proposer de nouveaux leviers d'action visant à amplifier la lutte contre la fraude, de nature à faire baisser les dépenses indues ou à engendrer de nouvelles recettes (*via* le recouvrement des indus et des pénalités financières).

En termes de périmètre, la mission s'est concentrée sur le régime général de l'assurance maladie, qui couvre les salariés du secteur privé, les fonctionnaires non gérés par une mutuelle délégataire, les travailleurs indépendants et étudiants, ainsi que les assurés rattachés au titre de la protection universelle maladie (PUMa). La branche est constituée d'un réseau comprenant principalement les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Le régime agricole, géré par la Mutualité sociale agricole (MSA)[3], a été étudié à titre de parangonnage sur les méthodes de lutte contre la fraude et de coopération entre les organismes. Les régimes spéciaux ont été exclus de l'analyse. Il convient toutefois de noter que les chiffres de lutte contre la fraude de la CNAM repris dans le présent rapport portent sur un périmètre dépassant la seule branche maladie, car ils sont issus du contrôle sur l'ensemble des

[1] Rapport du haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFIPS), *Lutte contre la fraude sociale, état des lieux et enjeux*, juillet 2024.

[2] On désigne par « fraudes détectées et stoppées » l'ensemble des fraudes identifiées en contrôle *a posteriori*, donnant lieu à des indus (préjudice subi), mais aussi en contrôle *a priori* : la fraude est ainsi stoppée avant qu'elle ne se réalise (préjudice évité).

[3] La MSA est la deuxième composante de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), qui est l'institution compétente pour signer les conventions avec les professionnels de santé, et le deuxième régime d'assurance maladie derrière le régime général que pilote la CNAM.

prestations légales servies par les CPAM, incluant celles de la branche accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP).

L'objet de la revue de dépense, les « fraudes aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie », a conduit *de facto* la mission à se concentrer sur les fraudes commises par l'ensemble des **professionnels de santé, prestataires et autres offreurs de soins, de services ou de biens remboursables** par l'assurance maladie (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, transporteurs sanitaires, etc.), par rapport aux fraudes des assurés[4] et des établissements de santé. Ces fraudes peuvent notamment résulter de la facturation d'actes fictifs ou d'une cotation inappropriée des actes. Elles peuvent aussi résulter de fraudes dans la prescription d'examens, de médicaments ou de dispositifs médicaux. Elles peuvent enfin consister en une falsification d'ordonnances ou une facturation d'actes non réalisés par des fraudeurs qui n'ont pas la qualité de professionnel de santé. Pour l'élaboration de ses recommandations, **la mission a toutefois adopté une approche transversale portant sur l'ensemble de la lutte contre la fraude**, incluant professionnels de santé et assurés.

À l'inverse, les fraudes pouvant résulter de la tarification à l'activité (T2A) et de sa facturation pour les séjours, séances ou médicaments de la « liste en sus »[5] hospitaliers ont été exclus de l'analyse, conformément à la lettre de mission. Les contrôles afférents ont été interrompus entre 2020 et 2024 et ont repris en 2025.

De plus, **la mission s'est focalisée sur le volet administratif de la lutte contre la fraude, relevant des CPAM** ; le volet de l'action propre des services du contrôle médical n'a pas été particulièrement étudié, sauf lorsque des investigations à fins de lutte contre la fraude sont conjointes avec le volet administratif.

Afin de qualifier les manquements intentionnels auxquels l'assurance maladie fait face en matière de lutte contre la fraude, sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale, la CNAM a explicité des notions de « fraude », « abus » et « faute » à l'attention du réseau de l'assurance maladie[6] :

- la fraude est définie comme un *« fait illicite au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) 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 fraude ne peut être qualifiée en tant que telle que si l'infraction correspondante est expressément prévue par un texte juridique »* ;
- pour sa part, l'abus est défini comme une *« activité qui rassemble 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 » ;*
- définie par défaut, la faute est une *« activité qui rassemble de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives. Les activités fautives ne sont pas susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale. Elles ont la particularité d'être constitutives de faits irréguliers au regard de référentiels tels que notamment les nomenclatures dont l'interprétation peut être extensive et les évolutions parfois retardées par rapport aux pratiques ».*

---

[4] Par exemple, les fraudes à la carte Vitale n'ont pas été particulièrement étudiées, elles ont déjà été documentées dans le rapport IGF-IGAS : *Les évolutions de la carte Vitale et la carte Vitale biométrique*, avril 2023.

[5] Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant (source : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/).

[6] CNAM, circulaire CIR-1/2012.

La mission a également retenu le périmètre de ce ***continuum* « faute-abus-fraude »** dans ses travaux, le terme de « fraude » étant ici entendu au sens large.

La méthodologie déployée par la mission a consisté en une série d'entretiens avec les parties prenantes : administrations concernées relevant du ministère chargé de la santé (notamment la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS)) ou du ministère chargé de l'économie et des finances (la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), Tracfin, la mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF)), la CNAM et ses différentes directions concernées, les autres caisses nationales (la caisse centrale de la MSA (CCMSA), l'Urssaf Caisse nationale, la caisse nationale des allocations familiales (CNAF)), un échantillon de complémentaires santé, des personnalités qualifiées ou encore des agences (Agence du numérique en santé), les Ordres d'une sélection de professions de santé, ainsi que le groupement d'intérêt économique (GIE) SESAM-Vitale.

Des déplacements ont été organisés dans cinq CPAM (Paris, Essonne, Eure, Bouches-du-Rhône et Gironde). Ces déplacements ont également permis de rencontrer des partenaires des CPAM : trois parquets, une préfecture, deux agences régionales de santé (ARS), un conseil départemental d'un Ordre professionnel.

Au total, près de 300 personnes ont été auditionnées.

Les présents travaux ont bénéficié de l'appui du pôle « science des données » de l'IGF, qui a développé un modèle de régression linéaire pour éclairer les disparités de performance des CPAM en matière de détection de la fraude. Ce pôle a aussi expertisé les méthodes d'estimation de la fraude déployées par la CNAM.

La mission a organisé ses travaux autour de plusieurs modules [redacted] :

- le panorama des fraudes à l'assurance maladie [redacted] ;
- la stratégie, l'organisation et les ressources humaines de l'assurance maladie pour la lutte contre la fraude [redacted] ;
- la sécurisation des flux et les contrôles avant paiement [redacted] ;
- le ciblage et la programmation des contrôles [redacted] ;
- les suites contentieuses et le recouvrement [redacted] ;
- la coopération entre l'assurance maladie et ses partenaires [redacted].

La liste des personnes rencontrées par la mission figure [redacted] en annexe [redacted].

Le présent rapport s'articule en trois parties :

- tout d'abord, la mission présente la stratégie de l'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude et évalue les effets de sa mise en œuvre ainsi que des mesures nouvelles déployées ces dernières années (outils juridiques, techniques ou moyens humains) ;
- puis, la mission propose plusieurs leviers de nature à améliorer l'action de lutte contre la fraude telle qu'elle est menée aujourd'hui, notamment en matière de ciblage des contrôles et de politique contentieuse ;
- enfin, la mission recommande, en préconisation centrale, une bascule stratégique de l'effort de l'aval vers l'amont de la chaîne de traitement des remboursements, pour sécuriser les paiements et lutter contre la fraude « à la source ».

1. L'assurance maladie se mobilise dans la lutte contre la fraude, avec des résultats en croissance mais contrastés, dans un contexte de hausse des moyens qui y sont dédiés

Depuis la période ayant suivi la pandémie de Covid-19, durant laquelle nombre de contrôles ont été suspendus et qui a donné lieu à de vastes fraudes sur la délivrance de tests et de vaccins, **la lutte contre la fraude est affichée comme une des priorités de la CNAM**. Elle fait partie des cinq axes de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État pour la période 2023-2027, avec un rehaussement du niveau des résultats annuels à atteindre en termes de fraudes détectées ou évitées et des moyens humains supplémentaires.

1.1. La lutte contre la fraude, qui a bénéficié d'un renforcement récent de ses moyens, repose sur une stratégie assumée de contrôle *a posteriori* et un pilotage affirmé du réseau

L'assurance maladie verse des prestations aux assurés[7] et rembourse les soins de santé éligibles[8] soit aux assurés ayant fait l'avance de frais, soit directement aux professionnels de santé dans le cadre du mécanisme de tiers payant. **Les fraudes aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie se déploient dans le cadre de la chaîne de paiement de l'assurance maladie**, dont il résulte un préjudice pour celle-ci.

1.1.1. La priorité à la célérité de paiement, objectif central de l'assurance maladie, a conduit celle-ci à privilégier *de facto* le contrôle *a posteriori*

Deux orientations fortes caractérisent depuis une vingtaine d'années le processus de remboursement par l'assurance maladie aux assurés, ou aux professionnels de santé en cas de tiers payant, des dépenses de santé qu'ils ont engagées :

- **un engagement de célérité de remboursement**, dans le cadre des COG liant l'État et l'assurance maladie[9] ;
- **la dématérialisation progressive des flux de facturation** envoyés à l'assurance maladie, en privilégiant les feuilles de soins électroniques par rapport aux feuilles de soins papier.

En 2005, pour accompagner l'objectif de maîtrise des délais de remboursement des feuilles de soins électroniques, un système d'ordonnancement global explicite (dit « OGE ») a été mis en place, et permet aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de procéder au remboursement des flux des factures télétransmises par les professionnels de santé et les établissements, sans même attendre la réception des pièces justificatives[10].

Ce système conduit l'assurance maladie à rembourser très rapidement sans contrôles *a priori*, notamment de l'adéquation entre la délivrance des soins, la prescription et leur facturation, dans un contexte où les contrôles informatiques sont très limités et ne permettent que peu de vérifications de cohérence et de rejets automatiques (cf. partie 3). **Le remboursement est donc pour l'essentiel fait « à l'aveugle »**.

---

[7] Prestations en espèces, par exemple les indemnités journalières.
[8] Prestations en nature.
[9] Depuis la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour la période 2006-2009, l'objectif est fixé à sept jours au neuvième décile.
[10] Pour les professions dites prescrites (pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers), la pièce justificative est l'ordonnance du médecin prescripteur, qui peut ainsi être transmise après le remboursement du soin.

En outre, **le système de paiement direct par le patient a progressivement été remplacé par un système de « tiers payant »**, consistant à pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie dans le but de faciliter l'accès aux soins. La généralisation de ce système, en 2016[11], a renforcé l'exigence de rapidité de paiement en instaurant une « garantie de paiement » au profit des professionnels de santé, afin de ne pas leur en faire supporter le coût en trésorerie. Cette garantie prévoit **le remboursement par l'assurance maladie sous sept jours ouvrés et des pénalités de retard le cas échéant[12].**

En conséquence, **en 2025, 90 % des feuilles de soin électroniques sont remboursées en moins de 4,4 jours, ce qui est significativement en-deçà du plafond légal**.

Les offres « *100 % santé* » sur les soins dentaires, optiques et les audioprothèses depuis 2021 (et celles qui entrera en vigueur pour les fauteuils roulants à compter du 1er décembre 2025, cf. partie 3.4.1) prévoient quant à elles un tiers payant intégral, sur les parts relevant du régime obligatoire et complémentaire, avec un reste à charge nul pour l'assuré dans ces domaines. Ces évolutions ont entraîné **une moindre vigilance de l'assuré sur les frais de santé engagés**, du fait de l'absence de signal-prix : l'usager, qui devait précédemment faire l'avance de frais, se limite désormais à une éventuelle vérification *ex post* de la bonne adéquation entre la facturation établie par le professionnel de santé et les soins reçus, *via* ses décomptes de Sécurité sociale.

Le couplage de la généralisation du tiers payant, qui couvre en 2024 plus de 95 % des actes des professionnels de santé[13], et de la célérité de remboursement a créé des zones de fragilité dans la chaîne de paiement de l'assurance maladie, avec des risques de facturation d'actes fictifs ou de surfacturation (cotation inappropriée avec un montant de remboursement plus élevé que celui de l'acte réellement réalisé) de certains actes. Le développement récent de centres de santé, dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, associé à l'application obligatoire du tiers payant dans ces structures, a renforcé ces zones de fragilité[14].

Compte tenu des exigences de rapidité des remboursements, l'assurance maladie a déployé une stratégie assumée de contrôle *a posteriori* de ceux-ci.

La mission relève que les organismes complémentaires qu'elle a auditionnés ont fait le choix inverse : un contrôle *a priori*, c'est-à-dire avant le paiement pour éviter de créer un indu, ce qui n'est pas présenté par ces entités comme antinomique avec un objectif de compression des délais de remboursement grâce à des outils informatiques appropriés.

---

[11] Dans le cadre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[12] Cette garantie s'applique aux seules feuilles de soins électroniques transmises en mode sécurisé SESAM-Vitale, dans le cadre du tiers payant.

[13] En 2024, le tiers payant sur la part obligatoire concerne quasiment 100 % des actes facturés à l'assurance maladie pour les pharmaciens, les laboratoires de biologie, les infirmiers, les transporteurs et les centres de santé, avec des taux dépassant 99,5 %. Pour les médecins, ce taux est moindre, à 64,2 %. Les dentistes sont la profession la moins concernée avec 31,5 %. Des cas d'application obligatoire du tiers payant sont prévus par la loi (par exemple des examens de prévention[redacted]. Les professionnels de santé en ville peuvent également proposer le tiers payant sur la part obligatoire à tous les assurés, quelle que soit leur situation, sans que cela soit une obligation.

[14] Le rapport de l'IGAS et de l'IGF de mai 2025 relatif aux causes et effets de la financiarisation du système de santé met en avant des dérives marquées dans le secteur des centres de soins dentaires, ce qui suggère un caractère systémique, sans que l'on puisse en mesurer l'ampleur réelle.

1.1.2. L'organisation départementale historique de l'assurance maladie, en réalité largement pilotée par la CNAM, se double d'une dimension régionale et interrégionale en matière de lutte contre la fraude

1.1.2.1. L'action de lutte contre la fraude est déployée à plusieurs échelons territoriaux sous le pilotage de la CNAM

L'organisation historique de l'assurance maladie est départementale[15], avec des CPAM qui gèrent les remboursements des soins pour les assurés de leur ressort. Les directeurs de CPAM sont responsables de l'ensemble des diligences de lutte contre la fraude concernant les flux de remboursement que leur CPAM opère : détection de cas de fraude, investigations, notification des indus frauduleux, prise de sanctions administratives et dépôts de plainte, avec l'appui du service du contrôle médical (cf. *infra*) quand un volet d'expertise médicale est nécessaire en complément du travail administratif[16].

L'action des CPAM est toutefois étroitement pilotée par la CNAM, seule à même d'évaluer les risques à l'échelle nationale et de cibler les grandes actions de contrôle à mener, mais aussi d'assurer une forme d'équité territoriale dans la politique de contrôle.

En complément, et à la suite d'évolutions plus récentes :

- **une coordination régionale de la lutte contre la fraude est assurée par des directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR)** [redacted] ;
- **six pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires (PIEJ) ont été mis en place en 2024,** représentant 60 ETP supplémentaires. Rattachés administrativement à une CPAM de leur périmètre, ils sont coordonnés par un service de la CNAM, l'unité de contrôle et d'investigations des fraudes émergentes (UCIFE). C'est l'échelon qui aura, à compter de 2026, l'accès le plus large aux bases de données assurés et professionnels au sein du réseau de l'assurance maladie, d'ampleur nationale[17].

Les PIEJ, initialement conçus pour lutter contre la cybercriminalité, pourront mener, sur saisine des parquets ou en autonomie, des investigations approfondies sur des fraudes à enjeux, dites du « haut du spectre », comme :

- les sites internet frauduleux, à l'image de ceux qui ont proposé récemment la mise à disposition de faux arrêts de travail[18] ;
- le trafic de médicaments, dont l'un des *modus operandi* consiste à s'appuyer sur un réseau épars de personnes se procurant des médicaments en vue de leur revente à l'étranger par des réseaux.

Concernant le volet médical de la lutte contre la fraude, **une réforme organisationnelle majeure du service du contrôle médical (SCM) consistant à son intégration au sein du réseau des CPAM et DCGDR,** entre progressivement en vigueur à compter d'octobre 2025, avec une perspective de réorganisation des services à une échéance non encore connue.

[redacted]

[16] Par exemple, l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé sous l'angle de sa pratique médicale doit être réalisée par un praticien-conseil du service du contrôle médical, seul habilité au secret médical.

[17] Les CPAM ont un accès départemental à ces bases tandis que les DCGDR ont un accès régional. Si la CNAM a accès à des bases nationales, celle des assurés est anonymisée, ce qui lui permet de réaliser des analyses statistiques mais pas, par exemple, de mener à son niveau des investigations sur des dossiers.

[18] La CNAM a rendu obligatoire à compter du 1er septembre 2025 l'utilisation d'un nouveau *Cerfa* sécurisé pour les arrêts de travail prescrits sous forme papier (un téléservice étant encouragé par ailleurs), ce qui devrait permettre de lutter contre ce phénomène.

Cette réforme fait suite à un rapport de l'IGAS de 2024[19], qui pointait notamment des difficultés du SCM, souffrant de personnels médicaux en sous-effectifs, à contribuer significativement à la lutte contre la fraude alors même que son appui est nécessaire à l'évaluation des aspects médicaux des dossiers contentieux[20]. Des effets positifs en matière de lutte contre la fraude en sont attendus, essentiellement :

- des synergies dans la conception et la mise en œuvre des plans de contrôle ;
- la mise à disposition de la lutte contre la fraude de ressources humaines à forte valeur ajoutée, dont les statisticiens en poste au sein du service médical ;
- des économies dans les coûts de coordination et dans le pilotage, qui devraient permettre, selon les estimations de la CNAM, de dégager un total de 987 équivalents temps plein (ETP)[21], pouvant être redéployés, à terme, sur des actions de gestion du risque et de lutte contre la fraude.

1.1.2.2. L'organisation territoriale actuelle paraît pertinente sous réserve d'évaluer les programmes nationaux et de laisser une marge de manœuvre aux CPAM

L'exécution des programmes nationaux lancés par la CNAM est prioritaire dans le plan de charge des équipes de lutte contre la fraude des CPAM, par rapport aux programmes qui peuvent être développés au niveau local. En complément, les CPAM traitent en fonction du temps disponible, d'éventuelles requêtes développées à leur niveau et surtout les signalements qu'elles reçoivent : elles appliquent pour ce faire une méthode de priorisation de ceux-ci mise à disposition par la CNAM (cf. encadré 1 pour les différentes sources de contrôle).

Encadré 1 : Deux sources principales pour le contrôle : ciblages et signalements

Deux sources permettent aux CPAM de diligenter des contrôles de dossiers :

- **les ciblages, qui découlent de requêtes statistiques et du calcul d'indicateurs de risque** et qui ont pour objectif de faire ressortir des atypies de certains professionnels [redacted], qui sont à contrôler en tant que zones de risques. Ces ciblages peuvent être d'origine nationale ou locale. Agissant comme un « tamis », ils permettent de couvrir un large spectre de situations ou de professionnels de santé ;
- **les signalements, qui portent sur des dossiers spécifiques identifiés par des tiers comme suspects**, sont transmis à la CNAM (signalements nationaux) ou à une CPAM (locaux), et peuvent provenir de sources internes (autres services des CPAM par exemple) ou externes (assurés, professionnels de santé, mutuelles, partenaires dans le cadre des comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF[22])). Les signalements offrent un focus sur des cas spécifiques, mais peuvent également jouer un rôle de « signaux faibles » dans la détection des zones ou situations à risques.

Ces deux sources présentent ainsi des différences de nature, de visée et de portée.

Source : Mission, à partir d'informations transmises par la CNAM et les CPAM visitées.

Aujourd'hui, les signalements comptent pour plus de la moitié du préjudice détecté pour fraude des professionnels de santé (54 %), comme le montre le graphique 1 : en particulier, les dossiers issus de signalements locaux constituent le premier poste dans le préjudice détecté (36 %). De plus, le préjudice moyen par dossier est plus élevé pour les signalements locaux (25 k€) que pour les dossiers issus du ciblage national (12 k€).

[19] IGAS, *L'organisation du service du contrôle médical de l'Assurance maladie*, janvier 2024.
[20] En 2022, la contribution du SCM était à hauteur de 5 % des dossiers de fraude et 11 % du préjudice financier total. Le rendement des dossiers avec contribution du SCM (35 500 € en moyenne) est supérieur à celui sans contribution (14 875 €), traduisant possiblement cette contribution sur des dossiers à enjeux.
[21] Estimation de la direction déléguée aux opérations (DDO) de la CNAM.
[redacted]

Graphique 1 : Répartition du préjudice détecté pour fraude par méthode de ciblage

Source : Mission, d'après des données de l'outil de reporting OG3S transmises par la CNAM.

Cet état de fait plaide pour conserver une marge de manœuvre locale en matière d'investigations, sur la base des signalements. Ceux-ci, en offrant une focale sur des dossiers suspects, s'inscrivent en complément d'une politique plus large d'évaluation et de maîtrise du risque, sur un spectre étendu de situations et des critères prédéfinis.

La faiblesse de l'outil actuel de *reporting*, caractérisé par l'absence de visibilité sur « l'assiette » initiale de chacune des deux sources[23], nuit toutefois à une évaluation robuste de la politique de contrôle. Il n'est notamment pas possible aujourd'hui de savoir si les gisements liés aux signalements sont correctement exploités. La CNAM devrait y remédier[24].

Au total, à condition de conserver une marge de manœuvre locale mais aussi d'évaluer mieux et en continu l'efficacité et la pertinence des programmes nationaux (rendement, taux de détection des fraudes sur le nombre de dossiers ciblés), **l'organisation actuelle, fondée sur un échelon départemental chargé des contrôles sous le pilotage de la CNAM, apparaît pertinente.**

Le parangonnage réalisé par la mission montre d'ailleurs **des similitudes organisationnelles avec d'autres administrations** ou opérateurs dans le renforcement des capacités de pilotage du réseau par l'échelon central. **Les choix d'organisation de la CNAM apparaissent toutefois spécifiques concernant la détection de la fraude à enjeux** : la CNAM a choisi un échelon interrégional pour la mise en place des PIEJ, dont elle n'assure qu'un suivi fonctionnel (cf. partie 1.1.2.1 *supra*), favorisant, en principe, la proximité avec la CPAM de rattachement[25] mais pouvant compliquer leur pilotage et la nécessaire visibilité que doit garder la tête de réseau sur les fraudes à enjeux. À l'inverse, des administrations ou opérateurs comme la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) ou la CNAF ont constitué des unités ou services nationaux dédiés à la lutte contre les fraudes à enjeux qui leur sont directement rattachés.

Si le déploiement des PIEJ semble de nature à répondre à un réel besoin et est unanimement estimé prometteur, il est trop tôt[26] pour porter un jugement sur leur action. La mission **suggère d'en conduire une évaluation à l'horizon de trois ou quatre ans, en y incluant un questionnement sur leur organisation territoriale et le niveau le plus pertinent de rattachement (local ou national).** Cette démarche pourra utilement être portée dans le cadre de la préparation de la prochaine COG.

---

[23] En effet, on ne connaît pas les « assiettes » de chaque source et donc leur rendement final : nombre de contrôles lancés au titre des programmes nationaux et taux de fraude détectée, nombre total de signalements reçus.

[24] Un projet de refonte des outils informatiques est piloté par la CNAM, dans lequel les fonctionnalités de *reporting* du réseau seront améliorées.

[25] Sous réserve du secret de l'instruction judiciaire des dossiers transmis aux PIEJ, dont ne peuvent pas connaître les directeurs de CPAM et les cellules locales en charge de la lutte contre la fraude.

[26] En effet, à la date d'examen par la mission, le recrutement des 60 agents que les PIEJ emploient au total vient tout récemment d'être achevé et 10 agents doivent encore être commissionnés. Les contacts des PIEJ avec les parquets restent, selon les ressorts, soit préliminaires, soit à organiser.

1.1.3. Les moyens juridiques et humains en matière de lutte contre la fraude ont été renforcés ces dernières années dans un contexte de baisse des effectifs globaux de l'assurance maladie

1.1.3.1. Les moyens juridiques de l'assurance maladie, notamment en matière de sanctions, sont globalement satisfaisants

Les moyens juridiques de la lutte contre la fraude dans la branche maladie dans ses volets « investigations » et « sanctions » ont été renforcés ces dernières années et constituent désormais une palette d'outils à la main des CPAM globalement satisfaisante.

Ainsi, le réseau des CPAM peut mobiliser des agents enquêteurs agréés et assermentés (cf. *infra* – leur part dans le total des effectifs dédiés à la lutte contre la fraude n'étant toutefois pas connue) pour effectuer des investigations de terrain, émettre des droits de communication et réaliser des auditions d'assurés ; depuis 2024, **l'assurance maladie peut également doter certains agents de pouvoirs de police judiciaire[27], en les commissionnant** dans le cadre des PIEJ, ce qui leur permet de réaliser des investigations plus poussées (avec notamment des pouvoirs de cyber-enquête, face aux fraudes émergentes), en particulier sous la direction des parquets [redacted].

Au-delà, l'éventail de sanctions opposables aux fraudes des professionnels de santé est diversifié et potentiellement dissuasif. En effet, si les sanctions les plus lourdes ne peuvent être prononcées que par le juge, qu'il soit ordinal ou pénal (interdiction d'exercer, peines de prison, inscription au casier judiciaire), **les CPAM ont directement à leur main un large spectre de sanctions administratives** qui vont de l'envoi d'un simple avertissement à la notification d'une pénalité financière, jusqu'au déconventionnement (mise d'un professionnel de santé « hors convention »). Cette dernière sanction peut limiter fortement l'activité libérale des professionnels concernés, du fait de la réduction des remboursements de l'assurance maladie à un tarif minimal, dit « d'autorité », voire entraîner leur cessation d'activité libérale[28]. L'échelle des sanctions administratives permet en outre de proportionner la répression à la gravité des faits :

- **les pénalités sont fixées en fonction du préjudice subi** et peuvent désormais aller **jusqu'à trois fois son montant en cas de fraude[29]**, soit possiblement plus que le plafond des amendes pénales sur des cas similaires, exprimé en valeur absolue à 30 000 €[30] ;
- **le déconventionnement peut être prononcé sur plusieurs années**, cette durée variant toutefois selon les conventions professionnelles.

Le pouvoir de sanction administrative est d'autant plus appréciable, dans un contexte de délais judiciaires importants[31], qu'il **peut se cumuler avec un dépôt de plainte par les CPAM[32]**.

---

[27] Articles L. 114-22-3 et R. 114-9 à R. 114-9-6 du code de la sécurité sociale.
[28] L'impact réel doit être relativisé : par exemple, un infirmier déconventionné peut se faire recruter comme salarié dans un hôpital.
[29] Précédemment plafonné à deux fois le préjudice subi, le plafond des pénalités financières a été réhaussé par la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. Dans des cas de fraude en bande organisée, ce plafond est encore réhaussé (quatre fois le montant du préjudice).
[30] Plafond porté à 750 000 € et 1 M€ respectivement en cas d'escroquerie et lorsque celle-ci est en bande organisée.
[31] Parmi les décisions rendues par les juridictions en 2024 sur plainte des CPAM, certaines avaient être déposées plus de dix ans auparavant [redacted], de tels délais nuisant à l'effectivité, *in fine*, de la sanction pénale.
[32] Elles peuvent aussi émettre des signalements (en vertu de l'article 40 du code de procédure pénale notamment).

La loi a récemment apporté une première réponse à la nécessité d'une action administrative rapide et d'ordre public, en ouvrant la possibilité d'un déconventionnement en urgence, le temps de mener les procédures classiques à terme[33] et d'un déconventionnement d'office, en cas de récidive. D'autres procédures contentieuses mériteraient, dans la même logique, d'être simplifiées (cf. partie 2, *infra*), afin d'amplifier la mise en œuvre des suites contentieuses, détaillée dans la partie 1.3.1.

1.1.3.2. Les effectifs dédiés à la lutte contre la fraude, dans les services administratifs et au sein du contrôle médical, ont augmenté de 27 % entre 2020 et 2024

Les effectifs dédiés à la lutte contre la fraude ont augmenté de 27 % entre 2020 et 2024, principalement ceux de nature administrative, traduisant la priorité mise sur cette mission. **Cet effort est d'autant plus notable qu'il s'inscrit dans un contexte général de baisse des effectifs de l'assurance maladie[34].**

Tableau 1 : Évolution du nombre d'ETP dédiés à la lutte contre la fraude au sein de l'assurance maladie, entre 2020 et 2024

Catégorie d'ETP	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2020-24
Services administratifs	840	951	1 008	1 051	1 134	+ 35 %
Services du contrôle médical	431	401	429	452	478	+ 11 %
Nombre total d'ETP	**1 271**	**1 352**	**1 437**	**1 503**	**1 612**	**+ 27 %**

Source : Mission, d'après éléments transmis par la CNAM. Note : Il s'agit d'ETP occupés.

La répartition exacte de ces effectifs selon leurs profils n'est toutefois pas connue. Or, les agents dédiés à la lutte contre la fraude dans les CPAM disposent de compétences variées et peu substituables entre elles : au-delà des enquêteurs administratifs, qui sont en charge d'investigations en chambre et sur pièces, le réseau s'appuie sur l'expertise d'agents agréés et assermentés en charge des investigations de terrain, de statisticiens, juristes, praticiens-conseils, infirmiers du service médical, etc. L'outil de comptabilité analytique de l'assurance maladie ne permet pas de disposer de données annuelles détaillées de la répartition des ETP par profil, nature de métiers ou type de fonctions, **ce qui amoindrit les capacités de pilotage de la CNAM en la matière[35] et ne permet pas d'évaluer précisément là où demeurent des besoins.**

Par ailleurs, **l'augmentation du nombre d'ETP de lutte contre la fraude dans les CPAM a favorisé la constitution de plus grandes équipes** en la matière[36], avec une moyenne de 10,8 ETP par caisse, une médiane à 8,1 ETP et un maximum à 45,0 ETP. Toutefois **un quart des équipes reste en-dessous de 5 ETP,** seuil critique, selon la CNAM, pour professionnaliser l'action de lutte contre la fraude, appelant des réponses précises (renforcement ou mutualisation) pour maintenir une compétence correcte et homogène sur le territoire.

---

[33] Lorsque la violation de la convention est particulièrement grave ou lorsqu'elle a entrainé un préjudice financier pour l'assurance maladie. La suspension est limitée à trois mois.

[34] Ainsi, la COG 2018-2022 liant la CNAM à l'État prévoyait une trajectoire pluriannuelle de baisse des dépenses de fonctionnement et notamment une diminution globale des postes de - 2,5 % en moyenne annuelle à périmètre constant. La mission de l'IGAS d'évaluation de cette COG, conduite en 2022, estimait que « la trajectoire de moyens, bouleversée par la crise, devrait être respectée en termes d'effectifs au terme de la COG » (source : rapport de l'IGAS, *Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement*, janvier 2023).

[35] Une enquête avait été réalisée début 2023 auprès du réseau, sur une base déclarative ne garantissant pas l'exhaustivité, et a fourni une ventilation des effectifs, sans mise à jour depuis : s'agissant des services administratifs, près de 46 % des ETP étaient des investigateurs administratifs, 22 % des agents agréés et assermentés, 10 % des juristes et 3 % des statisticiens.

[36] Le nombre des équipes dotées d'au moins 20 ETP est passé de 4 en 2020 à 16 en 2024 et celui de moins de 5 ETP de 42 à 26 caisses.

1.2. En conséquence, la détection des fraudes est en hausse, avec des marges de progression

Pour apprécier l'enjeu financier de la fraude à l'assurance maladie, quatre catégories d'agrégats sont nécessaires, selon un raisonnement « en entonnoir » :

- tout d'abord, les dépenses de santé engagées par l'assurance maladie, qui s'élèvent à 244,1 Md€ en 2024[37], première assiette à laquelle comparer les chiffres de lutte contre la fraude ;
- ensuite, l'estimation de la fraude, c'est-à-dire sa prévalence au sein des prestations remboursées par l'assurance maladie telle qu'évaluée par la CNAM selon des méthodes statistiques (cf. partie 1.2.1.2) ;
- puis, les montants de fraudes « détectées et stoppées »[38] dans le cadre d'opérations de contrôle, les indus frauduleux en découlant devant être, *a priori*, inférieurs ou égaux à la fraude estimée (cf. partie 1.2.1.1) ;
- enfin, les montants recouvrés sur les indus frauduleux notifiés par l'assurance maladie, mais également sur les pénalités financières prononcées à l'encontre des fraudeurs (cf. partie 1.3.2).

Les chiffres détaillés dans la présente partie portent sur la fraude au sens large (incluant fraudes, fautes et abus) et sans distinction, pour certains, entre professionnels de santé et assurés.

1.2.1. Si la détection de la fraude s'est fortement améliorée ces dernières années, elle ne représente qu'une partie de l'estimation de la fraude à l'assurance maladie

1.2.1.1. Les montants de fraude détectée et stoppée ont été multipliés par deux entre 2022 et 2024

1.2.1.1.1. La hausse de la fraude détectée et stoppée entre 2022 et 2024 est due en majorité au dynamisme du préjudice évité

Les résultats de fraude détectée et stoppée se sont fortement améliorés dans la période post-Covid-19 (cf. graphique 2) : en particulier, le montant record de 628 M€ de préjudices en 2024 représente une hausse de 35 % par rapport à 2023 et de 186 % par rapport à 2021.

Ces montants se décomposent en préjudices évités et subis (cf. encadré 2). Du fait de changements méthodologiques intervenus depuis 2019 pour estimer le préjudice évité[39], on ne peut qu'analyser sur longue période **l'évolution du préjudice subi, qui a augmenté de + 127 % entre 2014 et 2024**. Plus généralement, les résultats de la comparaison intertemporelle doivent être nuancés, avec l'effet de la période du Covid-19 (suspension des contrôles, puis reprise) qu'il est difficile de neutraliser[40].

À cet égard, on peut noter que **les objectifs des COG** en matière de montants de fraude détectée et stoppée (préjudices subi et évité) **sont systématiquement dépassés** depuis 2014, dont assez significativement en 2024, laissant suggérer qu'ils n'étaient peut-être pas assez

[37] Commission des comptes de la sécurité sociale, *Résultats 2024, prévisions 2025*, juin 2025.
[38] Selon la terminologie de la CNAM, cet agrégat incluant les préjudices subis et évités par l'action de contrôle.
[39] L'estimation repose sur un contrefactuel où le comportement frauduleux perdure à l'avenir.
[40] Par exemple : la suppression des contrôles de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, qui ont repris début 2025, ou encore de possibles effets de report des contrôles sur les années suivantes.

ambitieux, et appelant à la vigilance sur la pertinence des cibles à fixer dans le cadre de la prochaine COG (2028-2032).

Encadré 2 : Préjudice évité et subi

On parle de « préjudice évité » lorsque la fraude est identifiée avant un remboursement de l'assurance maladie, stoppant la mise en paiement imminente et la succession de celles qui auraient découlé de la perpétuation du comportement frauduleux dans le futur sans coup d'arrêt permis par l'action de contrôle :

- le **préjudice évité est dit « certain » ou « avéré »** pour les versements identifiés de façon précise qui auraient été réalisés si l'intervention de l'assurance maladie n'avait pas permis de les bloquer en amont du paiement ;
- le **préjudice évité est par contre « extrapolé »** s'agissant des versements futurs interrompus, estimés sur la base de méthodes de calcul de la CNAM et mobilisant diverses hypothèses[41].

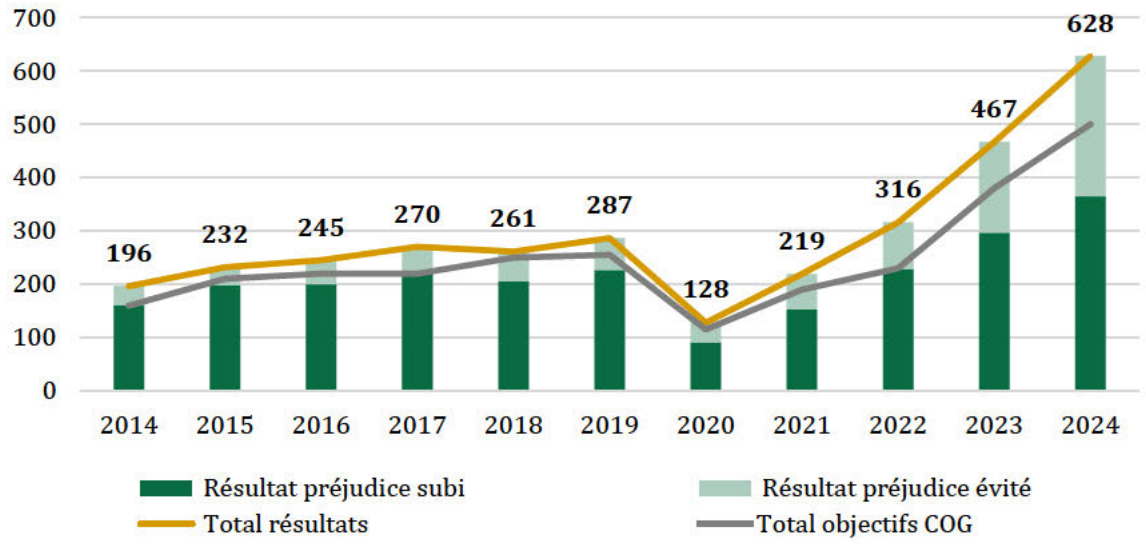
Le « préjudice subi » concerne les cas où la fraude est identifiée après paiement, devant donner lieu, théoriquement, à la notification d'un indu qui sera mis en recouvrement.

Source : Mission, d'après la CNAM.

Sous un angle plus qualitatif, les résultats obtenus par l'assurance maladie ces dernières années ont aussi montré **la capacité du réseau à se mobiliser fortement sur des sujets d'actualité et sur de nouveaux schémas de fraude**. Ainsi, le premier poste de fraudes détectées et stoppées commises par les professionnels de santé est constitué par :

- en 2022, celles commises par des pharmaciens (103 M€), avec une explosion des fraudes aux tests antigéniques (Covid-19) ;
- en 2023, derrière les fraudes de pharmaciens à nouveau (60 M€), les centres de santé, dont certains ont défrayé la chronique avec des fraudes d'ampleur (58 M€) ;
- en 2024, les fraudes aux audioprothèses (115 M€), dans le contexte du déploiement de l'offre 100 % santé et de l'exploitation massive des failles de ce dispositif.

Graphique 2 : Évolution du montant des fraudes détectées par l'assurance maladie entre 2014 et 2024 (en M€)



Source : Mission, d'après des données de la CNAM. La comparabilité intertemporelle des montants de préjudice évité sur cette période est limitée par les changements de méthode intervenus dans le calcul de ces préjudices.

[41] Par exemple, sur la facturation future d'un professionnel de santé qui aurait continué de frauder l'assurance maladie si l'action de contrôle n'avait pas permis d'identifier ses fraudes.

À noter qu'entre 2022 et 2024, **l'augmentation du préjudice évité explique plus de la moitié (56 %) de la hausse de la fraude détectée et stoppée**, ce qui en fait un poste très dynamique.

Cet agrégat permet de valoriser l'action du réseau, notamment sur des dossiers à enjeux[42], même dans des cas où aucun indu n'aurait pu être constaté. C'est le cas notamment des dossiers de fraudes aux audioprothèses, fraude d'ampleur à laquelle la CNAM et les CPAM ont consacré d'importants moyens en 2023-2024, et pour lesquels le préjudice évité est significativement plus important que le préjudice subi. Ainsi, sur un total de 115 M€ de fraudes détectées et stoppées en 2024 sur ce seul type de dossiers, 27 M€ relèvent de préjudices subis et 88 M€ de préjudices évités, dont 31 M€ de préjudices évités avérés et 57 M€ de préjudices évités extrapolés (ce dernier poste représentant en conséquence près de la moitié du préjudice total).

Compte tenu du dynamisme des préjudices évités, qui assoient notamment le calcul d'économies associées à la lutte contre la fraude au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) (cf. encadré 3), il est regrettable que les modalités de *reporting* de l'assurance maladie n'aient pas permis, par le passé, de distinguer en leur sein les préjudices évités « certains » et ceux « extrapolés ». La distinction est désormais possible depuis 2025, ce qui individualisera la part purement estimative des préjudices, dépendante des méthodes de calcul déployées et notamment de l'horizon temporel retenu. Aujourd'hui, il est au maximum d'un an, pour les fraudes des professionnels de santé.

Encadré 3 : Des économies liées à la lutte contre la fraude inscrites dans le tendanciel de l'Ondam qui s'appuient sur la notion de « préjudice évité »

Les fraudes détectées après dépenses (préjudice subi) sont associées à des montants recouvrés (indu et pénalités le cas échéant) qui s'inscrivent en produits dans les comptes des organismes de sécurité sociale. *A contrario*, les fraudes détectées avant paiement (préjudice évité) sont décomptées en « économies » et contribuent à l'effort structurel de réduction des dépenses sociales.

Dès lors, dans le cadre actuel de pilotage des comptes sociaux au travers des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), il y a un intérêt à valoriser les dépenses évitées pour les régimes obligatoires d'assurance maladie du champ placé sous norme, tant par la loi pluriannuelle de programmation des finances publiques que le rapport annexé aux PLFSS.

Cependant, les modalités de présentation des économies réalisées par les fraudes évitées ne sont pas transparentes. Présentées en PLFSS dans un poste d'économies comprenant aussi les économies réalisées au travers de la gestion du risque et relevant aussi largement de la maîtrise médicalisée, elles ne sont pas documentées par des actions identifiées de lutte contre la fraude.

Le comité d'alerte de l'Ondam, instance indépendante, estime dans son avis en date du 18 juin 2025 que ce poste d'économie présente un caractère très incertain, les économies réalisées étant peu documentées.

Source : Mission, à partir d'éléments fournis par la CNAM et la direction de la sécurité sociale.

1.2.1.1.2. Les fraudes détectées et stoppées commises par des professionnels de santé représentent en 2024 moins de 30 % des dossiers mais près de 70 % du préjudice financier

Parmi les fraudes détectées et stoppées en 2024[43], 69 % des montants de préjudice relèvent de la fraude des professionnels de santé, bien que ces derniers ne représentent que 27 % des dossiers de fraude (cf. tableau 2).

[42] D'autres organismes de Sécurité sociale valorisent du préjudice évité : la CNAV, France Travail, l'Agirc-Arrco. Le HCFiPS recommande en 2024 de généraliser l'estimation du préjudice évité dans toutes les branches (source : Rapport du HCFiPS, *La lutte contre la fraude sociale - état des lieux et enjeux*, juillet 2024).
[43] Qui comprennent préjudices subis et évités.

Les fraudes commises par des assurés représentent quant à elles 52 % des dossiers détectés par l'assurance maladie, mais seulement 17 % du préjudice. En 2024, ces fraudes représentent 109 M€ de préjudices et relèvent à 38 % de fraudes aux indemnités journalières.

Tableau 2 : Répartition des fraudes à l'assurance maladie détectées et stoppées par catégorie d'acteurs en 2024

Catégorie	En nombre de fraudes (en %)	En montant des fraudes (en %)	En montant des fraudes (en M€)
Assurés	52,0 %	17,3 %	109 M€
Employeurs	0,5 %	0,3 %	2 M€
Établissements	21,0 %	13,5 %	85 M€
Professionnels de santé	27,0 %	68,9 %	433 M€

Source : Mission, d'après des données publiques de la CNAM. Note : les montants incluent les préjudices subis et évités.

La fraude des professionnels de santé détectée et stoppée par l'assurance maladie est concentrée sur une douzaine de catégories d'acteurs et professionnels de santé depuis 2016 : ces professions représentent ainsi 55 % des montants de fraude cumulés sur la période 2016-2024, toutes catégories de professions confondues, et leur part dans ce total a augmenté de 30 points sur la période (cf. tableau 3)[44]. Les infirmiers, les pharmaciens et les transporteurs sanitaires sont les trois professions pour lesquelles les montants cumulés de fraudes détectées et stoppées entre 2016 et 2024 sont les plus importants.

Tableau 3 : Montants des fraudes détectées et stoppées entre 2016 et 2024 relevant des principales catégories de professionnels de santé (en M€)

Catégorie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Infirmiers	32	31	34	39	17	39	32	50	56	**330**
Pharmaciens	14	15	12	18	9	19	103	60	62	**312**
Transporteurs sanitaires	15	19	16	21	6	14	13	34	42	**180**
Audioprothésistes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	21	115	**136**
Médecins spécialistes	7	6	5	9	5	14	15	23	24	**108**
Centres de santé	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	7	58	39	**104**
Fournisseurs	7	8	9	7	2	16	12	12	18	**91**
Chirurgiens-plasticiens	N.D.	N.D.	N.D.	15	13	14	14	16	16	**88**
Masseurs-kinésithérapeutes	5	5	6	9	3	8	7	10	17	**70**
Médecins généralistes	5	5	4	9	5	6	5	18	10	**67**
Chirurgiens-dentistes	2	2	2	4	2	3	2	9	14	**40**
Laboratoires	0	1	1	2	1	2	N.D.	2	4	**13**
Total	**87**	**92**	**89**	**133**	**63**	**135**	**210**	**313**	**417**	**1 539**
En % du total des fraudes détectées	*36 %*	*34 %*	*34 %*	*46 %*	*49 %*	*61 %*	*66 %*	*67 %*	*66 %*	*55 %*

Source : Mission, d'après des données d'OG3S et le rapport IGF-IGAS, « Les évolutions de la carte Vitale et la carte Vitale biométrique », avril 2023. Note : Les données de fraudes détectées ont été arrondies ; « N.D. » signifie « non disponible ». Le total s'entend toutes catégories de professions confondues.

[44] La comparaison intertemporelle du montant de fraudes détectées et stoppées comprend des biais dus à des changements méthodologiques de calcul du préjudice évité ces dernières années : d'après la CNAM, la méthode de calcul est stabilisée depuis 2023.

Les principaux manquements de professionnels de santé détectés et stoppés en 2024 sont **les prestations fictives et les facturations multiples frauduleuses** (par exemple, la double facturation de la même prestation), qui relèvent de la fraude entendue *stricto sensu* et représentent près de 250 M€ de préjudices en 2024, soit **41 % de l'ensemble des préjudices** détectés et stoppés. Ces manquements sont suivis, en part du total des préjudices, par ceux relatifs au « non-respect de la nomenclature et de la réglementation » (représentant 16 % des préjudices détectés en 2024) et ceux relevant de la « facturation d'actes non conformes ou déjà inclus dans un forfait » (11 %).

Assurés et professionnels de santé confondus, ce sont les fraudes *stricto sensu* qui prédominent : ainsi selon les données de l'outil OG3S pour l'année 2024, près de 70 % du total des préjudices détectés et stoppés par l'assurance maladie relève de cette catégorie, le reste étant constitué de fautes et d'abus.

1.2.1.2. Toutefois, la fraude détectée ne représente qu'une fraction minoritaire de la fraude telle qu'estimée par la CNAM à hauteur de 1,4 à 1,9 Md€

Les travaux d'estimation de la fraude menés par la CNAM, par nature difficiles s'agissant d'activités illicites, se caractérisent par :

- une organisation en cycles, avec des actualisations espacées de plusieurs années :
  - un premier cycle a été réalisé entre 2021 et 2024, aboutissant à un **montant cumulé de fraudes à l'assurance maladie qui est estimé entre 1,4 et 1,9 Md€ annuel**, représentant 1,8 % à 2,5 % des dépenses de l'assurance maladie sur les catégories de prestations et professions faisant l'objet d'estimations. **La fraude des professionnels de santé en représente près de 80 %**, avec un taux de fraudes situé entre 2,2 % et 2,9 % des dépenses concernées ;
  - un deuxième cycle a débuté en 2024 et se poursuivra jusqu'en 2027 ;
- une couverture partielle des dépenses de santé : l'estimation du premier cycle ne porte que sur 36 % des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie[45] ;
- l'exploitation de données de contrôle datées et non actualisée chaque année : le premier cycle était basé sur des données de contrôle de 2018 et 2019, le deuxième cycle sur des données de 2022.

Ces limites, ainsi que les fragilités de la méthode d'évaluation de la fraude (cf. *infra*, partie 2.1.1), **rendent la comparaison entre la fraude détectée et la fraude estimée sujette à caution**.

Sous cette réserve, en se référant à l'année 2019, sur laquelle s'appuie le premier cycle d'évaluation, **la fraude détectée cette année-là à hauteur de 226 M€ de préjudice subi[46] ne représente que 12 % à 16 % de la fraude estimée** suivant que l'on retient la fourchette haute ou basse de l'estimation. Pour 2024, la fraude détectée à hauteur de 365 M€ de préjudice subi représenterait, selon les calculs de la mission, entre 17 % et 23 % de la fraude estimée[47]. **Dans l'ensemble, ces chiffres suggèrent que subsisteraient des gisements importants de fraudes non détectées**.

[45] Par exemple, le champ d'évaluation des fraudes ne couvre toujours pas, entre autres : les centres de santé dentaires ou d'audioprothèses, les consommations de soins des bénéficiaires de la protection universelle maladie, les indemnités journalières pour arrêt ou accident de travail, la chirurgie plastique et réparatrice, les orthoptistes, les pédicures podologues, les sage-femmes, ou les séjours hospitaliers tarifés à l'activité (T2A).

[46] La méthode d'estimation de la fraude étant construite à partir de données de préjudice subi, la mission ne retient que le préjudice subi au sein de la fraude détectée et stoppée pour effectuer cette comparaison.

[47] Ces ratios sont obtenus sous l'hypothèse d'un maintien de la prévalence de la fraude entre 2019 et 2024 (en pourcentage des dépenses remboursées par l'assurance maladie) et en appliquant à la fraude estimée en 2019 le taux de croissance des dépenses remboursées entre 2019 et 2024.

1.2.2. Les disparités de performance des CPAM en détection de la fraude s'expliquent notamment par l'adéquation entre offre et demande de soins

L'analyse de premier niveau de la performance des CPAM en détection de la fraude montre une **variabilité importante du préjudice subi d'un département à l'autre, concentré sur quelques CPAM[48], et du montant moyen de fraude détectée par ETP[49]**. Les entretiens menés par la mission ont mis en évidence, à cet égard, un caractère « propice à la fraude » de certains départements, notion toutefois difficile à appréhender[50].

Une analyse statistique plus poussée des résultats des CPAM, corrélés à certaines caractéristiques locales des départements concernés[51], fait ressortir que l'adéquation entre offre et demande de soins explique une grande partie de l'hétérogénéité départementale entre 2019 et 2023 du préjudice subi par habitant. En particulier, selon le modèle statistique retenu, 1 ETP « infirmier » supplémentaire pour 100 000 habitants s'accompagne, toutes choses égales par ailleurs, d'une hausse du préjudice détecté. La pyramide des âges départementale et le nombre de centres de santé par habitant expliquent également une part de la disparité de préjudice subi[52]. Logiquement, mais avec un effet plus limité, **le préjudice subi augmente avec le nombre d'ETP dédié à la lutte contre la fraude par habitant ; toutefois, une telle hausse se caractérise par des effets de seuil, à partir desquels une baisse tendancielle du préjudice est observée[53]**, suggérant des paliers liés à la productivité.

Des analyses complémentaires font apparaître, pour certains départements, des surplus de préjudices subis non expliqués par les facteurs du modèle. Plus précisément, dix départements ressortent systématiquement comme disposant des moyennes de surplus de préjudice subi les plus élevées : Bouches-du-Rhône, Haute-Marne, Yvelines, Hauts-de-Seine, Somme, Manche, Cantal, Savoie, Charente-Maritime et Alpes-Maritimes. **Ces mises en évidence peuvent suggérer un caractère plus propice à la fraude dans certaines zones géographiques,** ou encore un effet d'expertise ou d'expérience des équipes dédiées à la lutte contre la fraude dans ces départements et non un seul effet volume (ETP). Elles mériteraient d'être creusées.

---

[48] Par exemple, les trois CPAM ayant détecté les montants de préjudices les plus importants – celles des Bouches-du-Rhône, de Paris et de la Seine-Saint-Denis respectivement – ont détecté près de 120 M€ de préjudices en 2024, représentant à elles seules 20 % du résultat total.

[49] Il s'échelonne de 160 k€ à 1 243 k€, soit un facteur 8.

[50] Certains interlocuteurs corrèlent cela à la densité médicale ou à des effets de comportement.

[51] Travaux du pôle science des données de l'IGF, modèle de régression linéaire [redacted] la méthodologie employée, reposant sur le préjudice subi par CPAM et les effectifs du volet administratif, ainsi qu'un appariement avec des données décrivant les caractéristiques locales des départements (l'effet taille des départements - en nombre d'habitants - a été neutralisé, pour pouvoir raisonner toutes choses égales par ailleurs), et les résultats obtenus.

[52] Un effet « année 2023 » est également mis en évidence par le modèle : toutes choses égales par ailleurs, en 2023, le préjudice subi détecté par les départements est en moyenne supérieur au préjudice subi détecté moyen en 2019. Cela peut par exemple s'expliquer par des variations en 2023 de politiques de ciblage et de détection de fraude.

[53] Pour un département « moyen », dont les caractéristiques locales correspondent à des moyennes nationales, ce seuil est atteint à partir de 2,3 agents pour 100 000 habitants.

1.3. Les résultats en matière d'action contentieuse et de recouvrement apparaissent plus en retrait que la détection de la fraude

1.3.1. Si les sanctions administratives ont fortement augmenté depuis 2021, dans un contexte de priorisation de la voie pénale pour les dossiers à forts enjeux, la mise en œuvre par le réseau des suites contentieuses est difficile à évaluer

La mise en œuvre des suites contentieuses par les CPAM est cadrée par la CNAM *via* une lettre au réseau fixant la typologie des suites par types de mis en causes (assurés/professionnels de santé) et de manquements : **dans tous les cas, la CNAM incite à la mise en œuvre de sanctions administratives**, avertissements ou pénalités selon les cas pour les fautes, abus et petites fraudes, **réservant les déconventionnements couplés aux plaintes pénales aux cas de fraudes les plus graves**. Ces directives, qui tiennent compte de la réalité de terrain, et notamment des délais de la justice pénale, pouvant être très longs, mais aussi du principe de proportionnalité, tirent intelligemment parti des outils à la main du réseau pour éviter de laisser impunis des manquements.

En 2024, la répartition des suites contentieuses par type de procédure confirme cette priorité donnée aux sanctions administratives (56 % des suites). Les procédures pénales (dépôts de plainte ou signalements) s'élèvent à 42 %. La voie ordinale ne représente que 2 % des suites contentieuses, de même que les procédures conventionnelles, confirmant le recours à ces dernières dans les cas les plus graves.

Toutefois, si le volume de suites contentieuses engagées par l'assurance maladie a fortement progressé en quelques années (+ 150 % depuis 2021), **tous les dossiers de fraude ne font pas l'objet de suites contentieuses**, puisque près de 20 000 suites contentieuses ont été engagées pour 35 800 dossiers de fraude identifiés en 2024. **Ainsi, le taux de suites n'est que de 56 % des dossiers,** en considérant une suite par dossier, ce qui est un majorant au vu des possibilités de cumul de suites. Cette situation est retranscrite par l'indicateur de suites contentieuses, qui pose un objectif aux CPAM *via* leur convention de pilotage et de gestion avec la CNAM de 50 % de suites contentieuses en 2024, porté à 55 % en 2025, n'incitant pas les caisses les plus avancées en matière de suites contentieuses à sanctionner plus qu'un dossier frauduleux sur deux (fraude entendue au sens large).

S'agissant de la pertinence des suites réservées à ces dossiers, en l'absence d'analyse qualitative visant à évaluer leur proportionnalité, on peut seulement noter que **le montant des sanctions financières prononcées par les CPAM semble très inférieur à la borne haute autorisée par la loi** : ainsi, 50 M€ de sanctions financières ont été prononcées en 2024, à comparer à la possibilité de tripler le montant du préjudice pour les fraudes, approximé *a minima* par les 200 M€ de préjudices liés aux plaintes pénales déposées en 2024.

Ces faiblesses du pilotage de la politique contentieuse se traduisent dans la construction même de l'indicateur de suites, **trop global**, qui ne permet pas de différencier les suites les plus lourdes de celles à impact direct plus faible (les avertissements et signalements[54]), ni d'individualiser les suites sur dossiers de fraudes à enjeux. Ainsi, en 2024, seulement 9 700 suites « à impact » ont été engagées, sur un total de près de 20 000 suites [redacted].

La mission préconise de réviser cet indicateur, pour ne retenir que les suites considérées « à impact », ainsi que d'individualiser l'objectif par CPAM, afin de les inciter à l'amélioration continue selon une trajectoire établie.

[54] Les signalements, au procureur et aux Ordres représentent respectivement 31 % et 1% des suites contentieuses en 2024.

1.3.2. Le recouvrement des sommes est le parent pauvre de la lutte contre la fraude, alors qu'un des objectifs-clés de celle-ci est budgétaire

La communication de la CNAM en matière de lutte contre la fraude est axée sur les montants de fraudes détectées et stoppées et non sur le recouvrement. Ce tropisme, qui masque des niveaux de recouvrement relativement faibles (cf. *infra*), ne permet pas de s'interroger sur la pertinence d'une stratégie de contrôle essentiellement positionnée en aval des paiements, alors qu'un des objectifs de la lutte contre la fraude est bien d'ordre budgétaire, ce qui passe par la prévention des indus ou leur recouvrement.

Ainsi, le taux de recouvrement observé en 2024 sur les indus frauduleux notifiés en 2019 est de 53 % au 31 décembre 2024 (inférieur à l'objectif de la COG 2023-2027 pour l'année 2024, soit 55 %) : ce taux est en baisse par rapport au taux de recouvrement de ces indus en 2023 (55 %), portant sur des indus frauduleux constatés en 2018. Le taux de recouvrement sur les pénalités financières est meilleur que sur les indus frauduleux : 62 % en 2024 pour des pénalités notifiées en 2019.

Concrètement, en 2024, l'assurance maladie a recouvré près de 77 M€ sur des indus frauduleux notifiés en 2019 et 9 M€ sur des pénalités financières prononcées en 2019.

Les CPAM disposent de possibilités de retenues sur les remboursements futurs des professionnels de santé au titre du principe de compensation posé par le code civil, ce qui devrait leur permettre d'assurer un recouvrement complet pour ceux des professionnels qui poursuivent leur activité ; toutefois, celui-ci est potentiellement étalé dans le temps. Elles peuvent également déduire ces indus de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales de certains professionnels de santé[55] ; d'après les entretiens réalisés par la mission, cette modalité semble toutefois peu exploitée.

Au-delà, l'assurance maladie ne dispose pas de pouvoirs exorbitants en matière de recouvrement. Notamment, contrairement à l'administration fiscale et à l'Urssaf, elle est un créancier chirographaire et ne bénéficie donc d'aucune sûreté spéciale, rang de priorité ou privilège en cas de défaillance du débiteur[56].

En tout état de cause, **le taux de recouvrement reste faible dans l'absolu, ce qui plaide pour trouver des leviers visant à l'amplifier. L'absence d'analyse** menée par la CNAM sur les difficultés de recouvrement par typologie de dossiers **empêche à ce stade de porter un diagnostic clair sur les obstacles au recouvrement et d'identifier ces éventuels leviers**. Les CPAM rencontrées par la mission indiquent toutefois qu'au-delà de la durée des procédures judiciaires, suspensives, **le recouvrement est limité en raison de l'insolvabilité, organisée ou non, de certains des fraudeurs poursuivis**. Par exemple, l'utilisation par certains fraudeurs de sociétés éphémères complique le recouvrement des créances.

À cet égard, comme suggéré par des CPAM visitées, la mission recommande à la CNAM et à la DSS d'expertiser juridiquement la possibilité d'étendre les facultés de saisie à la main des caisses en cas de fraude, par exemple en alignant les prérogatives des organismes de sécurité sociale sur celles de l'administration fiscale[57] [redacted]. Une analyse plus précise des conditions dans lesquelles sont échelonnées les retenues sur les remboursements futurs des professionnels de santé pourrait également être conduite.

Une collaboration étroite des CPAM avec les parquets, seuls à même de prononcer des saisies conservatoires, est un autre levier que la mission encourage d'actionner (cf. partie 2.2.1 *infra*).

---

[55] Lettre au réseau LR-DDAFF-26/2025, en application de l'article 7 de la LFSS 2024 qui prévoit, en cas de sanction pour fraude, l'annulation de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales pour la part des revenus perçus frauduleusement.

[56] En cas de procédure collective du débiteur de créances liées à une fraude, les CPAM peuvent ainsi se retrouver dans l'impossibilité de les recouvrer.

[57] Possibilité d'invalider l'insaisissabilité des biens.

***

Les développements de la partie 1 ont mis en évidence quelques faiblesses dans le pilotage de la lutte contre la fraude, qui appellent son renforcement sur des thématiques ciblées : les ressources humaines, l'évaluation des programmes de ciblage nationaux, la mise en œuvre des suites contentieuses et du recouvrement.

Proposition n° 1 : Renforcer le pilotage de la lutte contre la fraude par la CNAM en :

1/ développant une connaissance de la répartition des ETP dédiés à la lutte contre la fraude par compétence ;

2/ conduisant une évaluation systématique des programmes nationaux de contrôle ;

3/ affinant l'indicateur de suites contentieuses pour ne valoriser que les suites à impact et en l'individualisant par CPAM ;

4/ analysant les difficultés de recouvrement rencontrées par les CPAM, afin d'y remédier.

2. Les modalités de ciblage des contrôles peuvent être améliorées et l'action contentieuse mieux articulée avec les parquets

2.1. Le ciblage des contrôles et la détection des cas de fraude pourraient être améliorés par une transversalité accrue, un recours plus important à la science des données et une coopération renforcée

2.1.1. L'exercice d'estimation de la fraude devrait évoluer pour devenir un outil d'orientation des actions de lutte contre la fraude

L'exercice d'estimation de la fraude est mené sous la forme de travaux d'étude, qui s'inscrivent dans un programme de travail pluriannuel toujours en cours, dont les résultats sont partiels (cf. partie 1.2.1.2 *supra*). Au-delà, **cet exercice, relativement récent pour la CNAM, pâtit de fragilités méthodologiques qui rendent difficile à ce stade son utilisation à des fins de pilotage de l'action de lutte contre la fraude**. De fait, aujourd'hui les deux exercices sont largement déconnectés.

En effet, les travaux d'estimation de la fraude des professionnels de santé par la CNAM reposent sur des données de professionnels contrôlés qui ne font pas l'objet d'une sélection aléatoire[58]. Dès lors, des biais de sélection sont présents, avec une surreprésentation de professionnels fraudeurs dans les données utilisées. À partir de ces dernières, la CNAM utilise une méthode dite de « *matching* », combinant une estimation d'une probabilité de frauder des professionnels par le calcul d'un score de propension sur les professionnels contrôlés, un appariement de chaque professionnel non contrôlé à un ou plusieurs professionnels contrôlés, et un calcul d'un préjudice subi pour chaque professionnel non contrôlé. **L[redacted]a méthode actuellement utilisée, se basant sur des données de professionnels contrôlés, présente des limites dans la correction des biais de sélection et induit un risque d'estimation erronée.**

[58] Le contrôle aléatoire mobilise beaucoup de ressources pour le diligenter et est associé à un rendement moindre, du fait de l'absence de sélection initiale selon le profil de risque.

Ensuite, **les travaux d'évaluation, partiels, ne permettent pas de disposer d'une cartographie des risques complète**. Ainsi, certaines professions ne font pas encore l'objet de travaux d'évaluation (cf. partie 1.2.1.2) et il n'est pas garanti que les méthodes statistiques actuellement utilisées le permettent à l'avenir[59]. Cela n'empêche toutefois pas que ces professions soient ciblées dans des programmes ou actions de contrôle.

Par ailleurs, un simple exercice de rapprochement des résultats de fraude estimée et de fraude détectée par catégorie de professionnels de santé produit certains résultats surprenants, qui conduisent à s'interroger sur la fiabilité des évaluations. Par exemple, pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la fraude détectée (16 M€ de préjudice subi en 2024) dépasse la fraude estimée (fourchette de 6 à 7 M€).

En conclusion, **ces travaux nécessitent impérativement d'être fiabilisés**, soit dans le cadre des méthodes actuelles (ce qui impliquerait d'y inclure une part de contrôle aléatoire), soit en changeant de méthode [redacted] Une fois la méthode stabilisée et fiabilisée, la mission recommande de bâtir un lien opérationnel entre la détection des fraudes et l'estimation de la fraude en général : en effet, **il faut connaître pour lutter**.

2.1.2. Le ciblage des contrôles pourrait être amélioré, en prenant davantage appui sur les potentialités de la science des données et en renforçant sa transversalité

Les modalités de ciblage des contrôles à visée de lutte contre la fraude impulsés par l'échelon national se basent sur trois outils :

- **les « programmes nationaux de contrôle », ciblant des professions** (par exemple, les transporteurs sanitaires, chirurgiens-dentistes, etc.) une année donnée, et dont certains sont récurrents : des requêtes nationales, mobilisant divers indicateurs adaptés aux spécificités de chaque profession, permettent d'établir des listes de professionnels atypiques à contrôler que la CNAM diffuse au réseau ;
- en parallèle de cette approche sophistiquée mais très en silo, **deux outils aux requêtes assez basiques mais à la visée plus transverse et récurrente** ont été mis en place par la CNAM, sans toutefois couvrir l'ensemble des professionnels de santé :
  - le **ciblage des professionnels de santé aux montants de remboursements atypiques** (anormalement élevés), sur la base de requêtes intégrant des spécificités par profession et dont les seuils sont fixés au niveau national. À ce stade, seulement [redacted] professions sont couvertes par ce ciblage[60] ;
  - des **critères de ciblage relatifs aux fortes variations de chiffre d'affaires** sur les trois derniers mois *via* l'outil de veille OLCF, [redacted][61], sur un périmètre de professionnels couverts plus large, mais encore incomplet.

[59] Du fait de la faiblesse des échantillons de contrôle de certaines professions.

[60] [redacted]

[61] [redacted]

Ce panorama appelle plusieurs constats. Tout d'abord, par construction et du fait de leur dimensionnement, les programmes nationaux de contrôle n'ont pas vocation à couvrir l'ensemble des professions de santé. Toutefois, la sélection des professions contrôlées doit pouvoir être justifiée : certaines professions n'ont ainsi pas fait l'objet d'un programme national depuis plusieurs années alors qu'elles figurent parmi les professionnels de santé engendrant un fort préjudice[62]. Cette situation est d'autant plus problématique que le « tamis transverse » (par l'outil OLCF et le programme sur les montants de remboursement atypiques) n'est pas suffisant pour compenser ces lacunes : ce tamis ne couvre pas non plus l'ensemble des professions mais celles ayant dégagé par le passé les plus forts préjudices financiers. Au-delà, il s'appuie sur des critères, certes efficaces mais basiques, et sa volumétrie de contrôles est limitée [redacted].

De plus, certaines professions ne font pas l'objet d'un ciblage particulier, que ce soit dans un programme spécifique ou transversal : **en particulier, les médecins spécialistes sont peu contrôlés** (à l'exception des radiologues et ophtalmologues). En conséquence, **la pression de contrôle diffère d'une profession à l'autre et des pans entiers d'activité des professionnels de santé ne sont pas couverts. Ces failles sont susceptibles d'être exploitées.**

[redacted][3].

[redacted]

Au total, si des « focus » spécifiques paraissent essentiels, et permettent de disposer de requêtes sophistiquées liées aux spécificités d'une profession ou d'une catégorie de dossiers, ou encore d'isoler des sujets nécessitant un traitement particulier, comme cela a été le cas pour les centres de santé, **la mission considère qu'il y a un fort intérêt à renforcer la transversalité des contrôles pour assurer une couverture minimale et continue de l'ensemble des flux de remboursements de l'assurance maladie, quelles que soient les professions.** Ainsi, des programmes nationaux pourraient cibler l'ensemble des professionnels de santé – toutes catégories confondues – **sur certains indicateurs considérés comme « à risque de fraudes » :** [redacted] Il s'agirait à cet égard d'amplifier une stratégie qui est déjà amorcée par la CNAM avec le déploiement des requêtes liées aux atypies d'activité en lien avec l'outil OLCF, et le projet associé de transformation des outils métier de lutte contre la fraude[66].

---

62 [redacted]

63 [redacted].

64 [redacted]

65 [redacted]

66 Dans le cadre de la stratégie de lutte contre la fraude en vigueur dans le COG 2023-2027 liant la CNAM et l'État, un projet de refonte des systèmes d'information est prévu, avec plusieurs briques applicatives. L'outil OLCF mentionné ici est une première brique, visant à effectuer une veille sur des professionnels de santé atypiques, d'autres briques sont prévues par la suite (signalements, détection, *reporting*, etc.).

Par ailleurs, la mission a pu constater que **la capacité à contrôler (soit les moyens humains disponibles) dimensionne le ciblage des contrôles** des professionnels estimés « atypiques », ce que reflètent des seuils (écarts-types à la moyenne) variables selon les professions ou zones géographiques. [redacted] **Cette approche, qui tient compte des contraintes opérationnelles, bien réelles, du réseau, manque toutefois de robustesse statistique et ne garantit pas que soient priorisés, à l'échelon national, les dossiers à plus forts enjeux.**

Enfin, **les techniques utilisées pour le ciblage des dossiers à contrôler restent dans tous les cas relativement basiques**[67] et liées à des zones de risques ou schémas de fraude connus, **sans tirer profit de toutes les potentialités offertes par la science des données** (*datamining*, croisement avec des données internes ou extérieures, enrichissement de l'analyse par *machine learning*, permettant de faire ressortir de potentiels schémas frauduleux nouveaux, analyse de signaux faibles, ce qui peut être utile notamment sur des fraudes en réseaux ou à enjeux, etc.).

Peu d'expérimentations en ce sens ont été lancées : la mission en a relevé une, conduite par la CPAM de Paris sur proposition de la CNAM, consistant à expérimenter l'usage de l'intelligence artificielle à des fins de détection de la fraude en matière de remboursements de fournitures optiques et d'audioprothèses, avec un partenaire privé[68]. La faiblesse d'appui sur la science des données s'accompagne, paradoxalement, d'un maniement complexe, pour les équipes, des techniques et outils actuellement utilisés pour la lutte contre la fraude (multiplicité des outils, potentielles redondances dans leurs résultats, nombreux indicateurs, interfaces peu ergonomiques, etc.).

La mission estime que l'expertise sur ce sujet d'appui sur la science des données, que d'autres opérateurs ou administrations tels que la direction générale des finances publiques (DGFiP) ont déjà largement amorcée dans le cadre de la lutte contre la fraude[69], **devrait être renforcée au sein de la CNAM**. Un modèle reposant sur du *datamining* ou du *machine learning* pourrait être développé et enrichi au fur et à mesure d'indicateurs nouveaux ou de signaux faibles détectés (par les CPAM, par exemple).

<u>Proposition n° 2</u> : Faire évoluer les méthodes de ciblage des contrôles, autour des axes suivants (CNAM) :

1/ plus de transversalité des ciblages afin de couvrir l'ensemble des professionnels de santé ;

2/ un appui plus fort sur les potentialités de la science des données en développant un modèle de *datamining/machine learning* pour le ciblage des contrôles en allant vers de l'intelligence artificielle pour détecter de nouveaux schémas de fraude.

La mise en œuvre de cette proposition dépend des moyens statistiques alloués à la lutte contre la fraude. La CNAM admet à cet égard la faiblesse des moyens statistiques au niveau central pour développer des projets en intelligence artificielle ou en science des données avancée.

---

[67] Même si les requêtes sont plus sophistiquées dans le cadre des programmes nationaux, car adaptées aux spécificités de la profession.

[68] L'expérimentation, menée avec la société Shift, a débuté en mars 2025 pour une durée d'un an. Elle a pour objectif de détecter des anomalies dans les remboursements réalisés par la CPAM de Paris entre 2023 et 2025.

[redacted]

Plusieurs constats et pistes d'amélioration se dégagent dès lors sur la question des effectifs alloués à la lutte contre la fraude : la faiblesse des moyens statistiques au niveau national, des seuils de ciblage relevés dans certaines régions par manque de moyens pour traiter l'ensemble des dossiers, des renforts d'effectifs qui pourraient être ciblés sur des départements présentant un caractère « propice à la fraude » (cf. partie 1.2.2) ou encore à court terme un pic de charge attendu à compter de décembre 2025 pour l'entrée en vigueur du dispositif « *100 % santé* » pour les fauteuils roulants (cf. partie 3.4.1 *infra*). En tenant compte de ces observations et de façon plus générale, une réflexion stratégique et prospective doit être conduite par la CNAM pour préciser les besoins en effectifs dans un contexte de rééquilibrage de la lutte contre la fraude de l'aval vers l'amont (cf. partie 3), ainsi qu'en tirant parti des redéploiements possibles permis par la réforme du service du contrôle médical. Cette réflexion sur les effectifs peut être engagée dès maintenant, en procédant à des ajustements dans le cadre de la présente COG et dans tous les cas en préparation de la prochaine convention.

<u>Proposition n° 3</u> : Dès à présent dans le cadre de la COG actuelle et dans la perspective de la négociation de la COG 2028-2032, conduire une réflexion stratégique sur les besoins en effectifs pour les prochaines années en lutte contre la fraude (CNAM), en particulier :

1/ pour renforcer les moyens en science des données à l'échelon national ;

2/ pour procéder à des renforts d'effectifs dans les CPAM le nécessitant.

Il s'agirait notamment de celles dont les capacités actuelles ne permettent pas de traiter l'ensemble des dossiers faisant l'objet d'un ciblage avec score de risque élevé, ou dont le ressort départemental présente un caractère particulièrement « propice à la fraude ». Une attention spécifique devra être portée aux plus petites équipes (moins de 5 ETP), afin de garantir un degré d'expertise suffisant sur tout le territoire.

2.1.3. Le curseur des contrôles entre dossiers à faibles, moyens ou forts enjeux pourrait être redéfini, afin de privilégier les dossiers à forts enjeux, qui émanent des professionnels de santé

Aujourd'hui, le réseau des CPAM consacre des ressources considérables à des dossiers aux enjeux financiers limités. Ainsi, les dossiers inférieurs à 1 000 € de préjudice représentent 30 % des dossiers traités, mais moins de 1 % du préjudice total, ces dossiers étant pour la plupart liés à des fraudes d'assurés. À l'inverse, plus le préjudice par dossier est important, plus les fraudes des professionnels de santé sont surreprésentées : ces derniers sont concernés pour plus de 80 % des dossiers à très fort préjudice **(3 % de dossiers représentant 60 % du préjudice financier total)**.

La mission a pu observer cet état de fait lors de ses déplacements dans le réseau :

- à la CPAM de Paris, sur le « *top 5* » des fraudes détectées en 2024[70], 76 % des enquêtes portaient sur des assurés, pour seulement 14 % du préjudice détecté ;
- la CPAM de l'Eure a quant à elle estimé, sur demande de la mission, que les dossiers pour fraude d'assurés prennent plus de temps-agent (38,5 heures) que les dossiers de professionnels de santé (28,4 heures). Compte tenu de la faiblesse de l'échantillon retenu (une CPAM), cet exemple ne peut être généralisé mais donne un premier élément d'éclairage sur la répartition du temps-agent ;

[70] Le « *top 5* » représente près de 83 % des 38 M€ de fraudes détectées en 2024 par la CPAM de Paris.

- corroborant la nécessité d'allouer au mieux les moyens humains dédiés à la lutte contre la fraude, et sous un angle plus qualitatif, la CPAM des Bouches-du-Rhône a indiqué à la mission que, face à un plan de charge de près de 1 800 contrôles de lutte contre la fraude sur des dossiers de complémentaire santé solidaire, représentant 53 % des contrôles issus des programmes nationaux, elle a lancé une expérimentation visant à confier ces contrôles à d'autres services que le département de lutte contre la fraude, et ainsi préserver les ressources expertes pour des dossiers plus complexes.

Tableau 4 : Répartition des dossiers de fraudes détectées par l'assurance maladie en 2024, par montant du préjudice détecté par dossier

Montant du préjudice détecté (en €)	Nombre de dossiers	Préjudice détecté (subi et évité)	Part du nombre total de dossiers	Part du préjudice total	Préjudice médian par dossier	Part des PS[62]
[0 ; 1 000[	10 745	4 319 402 €	30,0 %	0,7 %	361 €	14 %
[1 000 ; 5 000[	12 040	31 085 035 €	33,6 %	5,1 %	2 440 €	22 %
[5 000 ; 10 000[	6 420	45 674 750 €	17,9 %	7,5 %	7 119 €	19 %
[10 000 ; 50 000[	4 622	101 718 055 €	12,9 %	16,6 %	19 080 €	52 %
[50 000 ; 100 000[	937	66 211 621 €	2,6 %	10,8 %	68 815 €	70 %
[100 000 ; 500 000[	886	174 910 052 €	2,5 %	28,6 %	165 763 €	79 %
[500 000 ; 1 000 000[	92	64 657 074 €	0,3 %	10,6 %	715 325 €	84 %
> 1 000 000	60	122 896 672 €	0,2 %	20,1 %	1 475 815 €	85 %
Total	**35 802**	**611 472 660 €**	**100 %**	**100 %**	**2 901 €**	**68 %**

Source : Mission, d'après les données d'OG3S sur l'année 2024. Note : « PS » : professionnels de santé.

Dans la même logique, la vérification des données déclaratives des assurés (ressources, résidences), à des fins de lutte contre la fraude, pourrait être davantage automatisée, avec un potentiel de croisement des données avec des partenaires.

La mission identifie ainsi un levier, à moyens constants, pour améliorer le « rendement » des contrôles de lutte contre la fraude en termes de détection : dans un but de maximisation des volumes détectés (enjeu d'efficience financière/budgétaire), redéfinir le curseur entre dossiers à faible, moyen ou forts enjeux, en termes de volumétrie de contrôles et/ou de moindre mobilisation de temps d'agents « experts » sur des dossiers simples.

Toutefois, ce levier doit être manipulé avec précaution et ne peut signifier l'abandon des contrôles et/ou suites sur des dossiers à faibles enjeux, ne serait-ce que pour des raisons d'équité. D'autant qu'on ne connaît pas « l'élasticité » des comportements fraudeurs à la pression de contrôle : il ne peut être exclu que la fraude augmente, dans des proportions méconnues, en cas d'allègement considérable des contrôles sur certains acteurs, prestations ou types de dossiers. **L'action de lutte contre la fraude doit ainsi viser un subtil équilibre entre ses trois objectifs : dissuasion, répression, recouvrement**.

La redéfinition de ce curseur pourra être facilitée par des évolutions en cours ou prévues à court ou moyen terme, qui présentent un potentiel de réduction des zones de risque sur certains types de petits dossiers : par exemple, le nouveau formulaire *Cerfa* pour la délivrance d'arrêts de travail, entré en vigueur au 1er septembre 2025, devrait faire diminuer les fraudes aux indemnités journalières. On peut citer également le recours à l'ordonnance numérique ou la bascule vers le contrôle embarqué avec le projet METEORe (cf. partie 3).

Proposition n° 4 : Prioriser davantage les dossiers de contrôle des professionnels de santé, porteurs de forts enjeux financiers, par rapport au contrôle des assurés, afin d'augmenter le rendement de la lutte contre la fraude en matière de détection (CNAM).

[62] Part des fraudes détectées relevant de fraudes de professionnels de santé (PS).

Cette proposition peut être mise en œuvre en ajustant la volumétrie des contrôles (moins de dossiers de fraude d'assurés et plus de dossiers de professionnels de santé) et/ou par une moindre mobilisation de temps d'agents « experts » sur des dossiers simples.

Elle présente un rendement financier potentiellement significatif. En effet, en basculant la moitié des contrôles d'assurés (actuellement 18 000 environ) vers des contrôles de professionnels de santé et en retenant le préjudice moyen constaté sur ces dossiers (respectivement 5 k€ et 45 k€ en 2024), on obtiendrait **un gain net de 360 M€** de détection [redacted]. Avec une hypothèse plus prudente de baisse du rendement des dossiers des professionnels de santé (par exemple de 25 %), le gain serait de 270 M€. Cette mesure pourrait être valorisée en objectif de préjudice subi et évité au sein de la COG. Le rendement en termes de détection ne préjuge toutefois pas des capacités ultérieures de recouvrement de telles sommes.

2.1.4. Une coopération accrue avec certains partenaires de l'assurance maladie permettrait également de nourrir le ciblage des contrôles

2.1.4.1. Un consensus sur le renforcement des échanges entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires émerge

La mission relève un consensus parmi les acteurs sur l'intérêt de renforcer les échanges entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires, partant du constat que le cadre actuel est insatisfaisant : en effet, alors que les deux parties évoluent sur le même champ d'acteurs et subissent les mêmes types de fraude, la loi prévoit une information systématique à sens unique, de l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires en cas de suspicion de fraude, avec une mise en œuvre empêchée par des obstacles juridiques et pratiques[72].

Des travaux ont été menés sous la coordination de la direction de la sécurité sociale, afin de proposer une mesure législative **organisant cette réciprocité**, au sein d'un futur texte relatif à la fraude élaboré en 2025. **Un tel projet, s'il était adopté, permettrait aux CPAM de disposer de renseignements qualifiés sur des suspicions de fraude**. Toutefois, la mission préconise de poursuivre les échanges sur un point particulier : le moment opportun de la communication de la CPAM vers les organismes complémentaires au sujet d'une fraude suspectée, et ce afin de maintenir le secret de l'instruction en cas d'ouverture d'une enquête pénale [redacted].

Si la disposition était adoptée, une phase d'échanges opérationnels devrait s'ensuivre entre la CNAM et les représentants d'organismes complémentaires, dans l'objectif de :

- préciser les informations à valeur ajoutée dont devraient bénéficier les partenaires, dans une logique de minimisation des données de santé échangées (exigence de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)) ;
- définir les modalités concrètes d'échange respectant le secret professionnel (plateforme d'échanges sécurisée, par exemple) et étudier l'intérêt d'un acteur intermédiaire pour les faciliter.

[72] La CNAM met en avant la dimension restrictive de la disposition en vigueur, qui empêche la communication aux organismes complémentaires des résultats des contrôles ou des informations sur l'engagement d'actions contentieuses, puisque seul le lancement de contrôles et enquêtes est mentionné. De plus, la CNAM peut avoir des difficultés à identifier l'ensemble des organismes complémentaires concernées par un dossier.

<u>Proposition n° 5</u> : Prévoir la réciprocité des échanges d'informations entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires par voie législative et mettre en place un groupe de travail visant à définir le cadre opérationnel d'échange : contenu, modalités, opportunité d'un acteur intermédiaire (DSS, CNAM).

2.1.4.2. Plusieurs opportunités pour renforcer la coopération avec les services de l'État impliqués dans la lutte contre la fraude existent

La mission a identifié plusieurs opportunités pour renforcer la coopération de l'assurance maladie avec les services de l'État en matière de lutte contre la fraude - le service Tracfin, la DGCCRF et la DGFiP – qui pourraient se concrétiser avec l'appui ou sous l'égide de la mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF)[73].

Tout d'abord, le partenariat entre Tracfin et l'assurance maladie pourrait être approfondi. Le parangonnage réalisé par la mission sur les relations entre les administrations et les organismes de sécurité sociale d'une part et Tracfin, d'autre part, suggère que des marges d'amélioration de la coopération entre ce dernier et la CNAM existent. Comme pour les organismes complémentaires (cf. *supra*), cela permettrait à la CNAM d'enrichir ses capacités de détection de la fraude, Tracfin recevant des déclarations de soupçons de la part de professions assujetties, dont les mutuelles et assurances dans le secteur de la santé ; il les synthétise et produit des notes d'informations à l'attention de ses partenaires du secteur public.

Pour ce faire, un travail d'identification d'éventuelles informations à forte valeur ajoutée que pourrait détenir l'une des deux parties et utile à l'autre reste à mener. Une des pistes que la mission suggère d'expertiser est celle des flux financiers reçus par les professionnels de santé de la part de l'assurance maladie et qui partent à l'étranger, pouvant être un indice d'organisation de l'insolvabilité par ces professionnels de santé.

La mission recommande ainsi de lancer un groupe de travail opérationnel entre les deux structures, visant à détailler une expression de besoin sur les informations à forte valeur ajoutée à échanger de part et d'autre et ayant vocation à déboucher sur une convention ou protocole d'échanges. Sur ce dernier point, la mission a relevé une bonne pratique de coopération entre Tracfin et certains partenaires : la mise à disposition d'un officier de liaison par le partenaire, à temps plein ou temps partiel, auprès des équipes de Tracfin, permettant un traitement efficace des sujets communs entre les deux structures[74].

Ensuite, l'assurance maladie et la DGCCRF ont une convergence d'intérêts forte en matière de lutte contre la fraude des professionnels de santé, avec une complémentarité d'action : chacune recherche des manquements sur son champ de compétence. Celui de la DGCCRF consiste à contrôler la bonne information des consommateurs[75] par les professionnels de santé : elle s'investit en particulier sur le contrôle des professionnels proposant des offres 100 % santé. Le contrôle d'une CPAM ou de la DGCCRF peut mettre en évidence des manquements relevant du partenaire et fonder une coordination entre les deux structures.

[73] Son rôle est d'assurer une coordination nationale et transversale en matière de lutte contre la fraude, en favorisant les échanges entre partenaires de la lutte contre la fraude aux finances publiques.
[74] Parmi les structures rencontrées par la mission, la DGCCRF et l'Urssaf Caisse nationale ont recours à cette modalité.
[75] Par exemple : vérification de l'information précontractuelle (remise du devis normalisé, de la note détaillée, information sur les prix, etc.), loyauté des pratiques commerciales.

À ce stade, aucun protocole ne lie la DGCCRF et la CNAM, en dépit des nombreux sujets d'adhérence et à ce jour, la transmission d'informations entre les deux services présente un caractère ponctuel. La mission identifie une opportunité d'échanges plus structurés et approfondis entre les deux services, *via* :

- un cadre d'échange d'informations sur les professionnels de santé aux pratiques suspectes repérés par l'une ou l'autre des parties ;
- des échanges de données à systématiser : par exemple, la DGCCRF serait intéressée par la transmission automatique des informations de déconventionnement.

Enfin, une autre opportunité de coopération renforcée consiste en un partenariat à développer entre la CNAM et la DGFiP. Cette dernière a signé plusieurs conventions d'échanges de données avec les organismes de protection sociale, notamment avec l'Urssaf, la CNAF et la CNAV. **Actuellement, il n'y a pas de travaux lancés avec l'assurance maladie, alors que cela semble prometteur** : échange de signalements sur les professionnels de santé fraudeurs notamment, ou encore partage de bonnes pratiques sur le ciblage, la DGFiP étant bien avancée dans ses techniques de ciblage avec le projet « CFVR » (ciblage de la fraude et valorisation des requêtes), qui mobilise de l'intelligence artificielle.

Proposition n° 6 : Renforcer la coopération entre la CNAM et les services de l'État impliqués dans la lutte contre la fraude, en initiant des échanges opérationnels visant à formaliser une expression de besoin réciproque et à aboutir à un protocole d'échanges en commençant par Tracfin, la DGCCRF et la DGFiP.

Enfin, une coopération en matière de ressources humaines, entre l'assurance maladie et les servies de l'État mentionnés *supra*, pourrait également être étudiée puis mise en place, par des mobilités croisées d'agents entre les structures.

2.2. La performance de l'action contentieuse peut être améliorée par une articulation plus en amont avec les parquets d'une part et par la simplification des procédures de sanctions administratives d'autre part

2.2.1. Une stratégie contentieuse, articulant les voies administrative et pénale, doit être définie avec le parquet, en particulier pour les dossiers à enjeux

Dans le cadre de ses travaux, la mission a rencontré plusieurs parquets[76] afin d'examiner les modalités de coopération avec l'assurance maladie sur le volet judiciaire des dossiers de fraude. Tous les parquets ont fait part à la fois d'un intérêt certain pour la lutte contre la fraude à l'assurance maladie mais aussi de marges d'amélioration dans la coopération (cf. *infra*).

Par ailleurs, ils ont également pointé un fort déficit de moyens d'enquête judiciaire, avec des capacités d'enquête en matière économique et financière très réduites qui constituent un goulet d'étranglement dans le traitement des affaires. En effet, des travaux récents ont mis en évidence une crise d'attractivité de la police judiciaire, particulièrement marquée dans le domaine économique et financier[77].

[76] Paris, Marseille, Bordeaux.

[77] Voir les travaux suivants :
- rapport d'information fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur la mise en place des directions départementales de la police nationale sur la filière investigation, par Mme Nadine Bellurot, sénatrice, et M. Jérôme Durain, sénateur, déposé le 2 juillet 2025 à la présidence du Sénat. Le rapport illustre une « crise d'attractivité de la police judiciaire » ;
- rapport de la Cour des comptes, *Les moyens affectés aux missions de police judiciaire* – exercices 2017-2022, 2023. Le rapport évoque une « crise de l'investigation » et montre l'effet de la priorité donnée aux violences intrafamiliales et au traitement en temps réel, sur l'élucidation d'autres contentieux comme la matière économique et financière.

Les directeurs des organismes sociaux sont tenus de déposer plainte lorsqu'une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret[78]. Or, du fait des capacités d'enquête réduites, une priorisation est effectuée sur les dossiers de fraudes à poursuivre pénalement, qui diffère d'un ressort de parquet à un autre.

Pour autant, **la mobilisation des parquets apporte une plus-value tangible dans la lutte contre la fraude :** (i) la possibilité d'opérer des saisies d'avoirs à titre conservatoire et donc de sécuriser le recouvrement ; (ii) la mobilisation de services d'enquête pour effectuer des actes contraignants (perquisitions, gardes à vue) ; (iii) la possibilité de réprimer avec les plus lourdes sanctions les manquements les plus graves, enfin, en cas de poursuites judiciaires. **L'enjeu est donc d'optimiser la coopération entre les parquets et le réseau de l'assurance maladie, dans un contexte de ressources tendues en matière d'enquête**.

À cet égard, les entretiens réalisés par la mission ont mis en évidence une grande qualité des dossiers de plainte préparés par les CPAM, saluée par les parquets, mais aussi une hétérogénéité dans l'organisation de la coopération entre les deux institutions, plus ou moins forte, et qui fait ressortir les bonnes pratiques suivantes :

- certains parquets ont désigné un référent sur les sujets de fraude à l'assurance maladie, interlocuteur privilégié de la CPAM, et organisent des échanges réguliers (plusieurs fois par an) avec celle-ci ;
- des CPAM échangent avec le parquet en amont des dépôts de plaintes.

Or, **l'absence de coordination en amont des premières actions administratives vis-à-vis du professionnel peut s'avérer sous-optimale**, sur certains dossiers, par rapport à la plus-value des parquets en matière de saisies (et *in fine* de recouvrement) : [redacted] De même, dans des cas spécifiques de fraudes, la démonstration de l'intentionnalité peut nécessiter un temps d'enquête, renvoyant à un arbitrage à effectuer avec l'objectif de faire cesser la fraude le plus rapidement possible.

La mission appelle ainsi à mettre en place une stratégie contentieuse en amont des dépôts de plainte sur les dossiers le justifiant : **cela consisterait à échanger entre CPAM et parquet bien en amont du dépôt des dossiers**, dès lors qu'une fraude importante est suspectée grâce à de premières identifications de préjudices par la CPAM. Cela permettrait une bonne articulation entre l'administratif et le judiciaire pour les actions à mettre en œuvre et, le cas échéant, une préservation des capacités de récupération des sommes *via* des saisies judiciaires. Cette stratégie, nécessaire dans son principe, ne peut se définir qu'au cas par cas, en fonction des dossiers et du contexte local, car dépendant des priorités du parquet et des ressources d'enquête disponibles. Elle suppose par ailleurs une bonne connaissance mutuelle et un cadre d'échange, et peut le cas échéant être formalisée par une convention de partenariat.

En outre, la création des PIEJ vient offrir une première solution face à la raréfaction des ressources des services de police judiciaire. Par la possibilité de co-saisine du PIEJ au côté d'un service d'enquête, on peut imaginer que des dossiers pourront être principalement traités par les enquêteurs de l'assurance maladie, et plus à la marge par les services de police pour les enquêtes de patrimoine et actes contraignants. **On peut donc s'attendre à un relatif désengorgement des dossiers de fraudes à l'assurance maladie qui sont poursuivis pénalement du fait de leur action**. Pour les dossiers de fraudes à enjeux, les PIEJ pourront intervenir en co-saisine avec des services de police judiciaire, et notamment avec certains

[78] Article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et D. 114-5 pour le seuil de huit plafonds mensuels de la sécurité sociale (PMSS), soit 31 400 €.

offices centraux de la gendarmerie nationale[79] ou avec l'office national anti-fraude (ONAF), créé en 2024 et compétent sur les fraudes aux finances publiques[80].

<u>Proposition n° 7</u> : Dans chaque CPAM, mettre en place une coordination effective avec le parquet, qui peut passer par la désignation de référents et des échanges réguliers, et, pour les dossiers à enjeux le nécessitant, définir une stratégie avec le parquet en amont des premières actions administratives, aux fins d'articulation avec une éventuelle action judiciaire (CNAM et CPAM).

2.2.2. Certaines procédures de sanction administrative pourraient être harmonisées ou simplifiées, de manière à amplifier l'action contentieuse

2.2.2.1. Les procédures de sanctions conventionnelles, en particulier le déconventionnement, devraient être harmonisées au sein du code de la sécurité sociale

Les procédures de sanctions conventionnelles sont détaillées dans chaque convention entre la CNAM et les catégories de professionnels de santé : **si les principes sont similaires, la mise en œuvre diffère d'une convention à l'autre.** Deux exemples illustrent ces différences :

- certaines conventions prévoient qu'en cas de manquement conventionnel constaté par la CPAM, le directeur de la CPAM auquel est rattaché le professionnel lui adresse un avertissement qui comprend l'ensemble des anomalies qui lui sont reprochées. Le professionnel de santé dispose alors d'un délai de trente jours à compter de la réception de l'avertissement pour modifier sa pratique. Toutefois, les conventions pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les centres de santé prévoient que cette procédure d'avertissement préalable n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM d'une fraude mentionnée à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- les durées de sanctions conventionnelles peuvent aller jusqu'à trois ou cinq ans en général en fonction des catégories de professionnels de santé, certaines[81] conventions prévoyant que la durée du déconventionnement ne puisse excéder l'échéance de la convention, ce qui affaiblit la sanction pour des conventions arrivant prochainement à échéance et crée une iniquité entre professions.

Au-delà, ces différences de procédure engendrent des difficultés de gestion pour les CPAM, une perte d'efficience, mais également un risque d'erreur partant de vice de forme dans les procédures. En outre, l'intégration dans chaque convention des procédures et sanctions conventionnelles complique et alourdit les négociations conventionnelles.

<u>Proposition n° 8</u> : Introduire dans le code de la sécurité sociale des dispositions visant à harmoniser les procédures et les durées des sanctions conventionnelles, s'appliquant à tous les professionnels de santé conventionnés avec l'assurance maladie (DSS).

Par ailleurs, le prononcé de sanctions de déconventionnement pose des questions de coordination avec des tiers pour être pleinement effectif.

D'une part, en cas de déconventionnement d'un centre de santé, un sujet d'articulation entre CPAM et agences régionales de santé (ARS) se pose, ces dernières ayant un rôle

[79] L'office central de lutte contre le travail illicite (OCLTI), disposant de 40 agents et compétent en matière de fraude sociale, et l'office central de lutte contre les atteintes à l'environnement (OCLAESP), disposant de 75 agents et qui peut intervenir sur certaines thématiques de fraude à l'assurance maladie, comme le trafic de médicaments.
[80] L'ONAF comprend 312 enquêteurs en matière économique et financière en 2024, ce qui est considérable. La collaboration avec l'assurance maladie a débuté récemment avec une co-saisine ONAF – PIEJ rattaché à la CPAM des Bouches-du-Rhône.
[81] Conventions des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes.

d'agrément de certains centres de santé depuis 2023[82]. Ainsi, en cas de déconventionnement d'un centre par la CPAM, l'agrément de l'ARS devrait pouvoir être immédiatement suspendu. Or, si le code de santé publique (CSP) prévoit bien une transmission par la CPAM de l'information sur le déconventionnement à l'ARS, celle-ci doit mener ses propres investigations sur des manquements relevant du CSP[83] avant de pouvoir suspendre l'activité du centre de santé**. La mission suggère d'étudier la possibilité de rendre automatique la suspension d'agrément d'un centre déconventionné pour fraude à l'assurance maladie**.

De plus, la loi a prévu en 2023 un outil de collaboration concrète entre les ARS et les CPAM : un répertoire national pour recenser les mesures de suspension et de fermeture de centres de santé et les dirigeants concernés, qui sera accessible aux agents de CPAM. Il est important que cet outil, encore peu connu des ARS et des CPAM, monte en puissance pour permettre le cas échéant de refuser des conventionnements ou des agréments à des personnes déjà impliquées, en tant que dirigeantes, dans un dossier de fraude de centre de santé.

D'autre part, dans le cadre de la tenue des registres des professionnels par les ARS, les informations sur les sanctions conventionnelles ainsi que les sanctions ordinales doivent être transmises sans délai pour prise en compte dans les registres. D'après les informations recueillies par la mission, ce n'est pas systématiquement le cas.

2.2.2.2. Certaines procédures préalables au prononcé de pénalités financières pourraient être allégées

Même si la procédure des pénalités financières est plus rapide que les autres suites contentieuses, en durant moins de six mois, l'accélérer permettrait de dégager des ressources au sein des CPAM et d'améliorer ainsi la performance de l'action contentieuse. La mission a identifié deux leviers à cet effet, nécessitant une évolution législative.

En considérant qu'en-dessous d'un certain seuil de préjudice financier, la réponse de l'assurance maladie pourrait être accélérée pour les dossiers d'abus et/ou de fautes (ou « mixtes », combinant fraudes et abus/fautes), **la mission recommande de rendre facultative la saisine par les directeurs de CPAM de la commission des pénalités financières**, instance paritaire chargée de rendre un avis sur les dossiers de pénalités financières. Le délai des procédures de pénalités financières pour des dossiers « mixtes » ou d'abus/de fautes inférieurs à un niveau de préjudice défini serait ainsi réduit de six à trois mois en moyenne.

Cette mesure passerait par une modification de l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale. Le seuil en dessous duquel une commission ne serait pas nécessaire pourrait être aligné, par exemple, avec le seuil défini au III de l'article précité pour les fraudes aux allocations familiales (actuellement, quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 15 700 € en 2025[84]). Un tel seuil permettrait de rendre facultative la commission pour une part significative des dossiers d'assurés : en 2024, ils représentent 613 dossiers sur un total de 969 saisines obligatoires de la commission et le préjudice moyen des fautes, abus et fraudes des assurés s'élève à environ 6 k€ [redacted]. En cas de non-saisine de la commission, le directeur de la caisse concernée pourrait toutefois l'informer *a posteriori* des décisions prises dans ce cadre.

[82] Loi° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, qui s'applique aux centres de santé à activité ophtalmologique, orthoptique ou dentaire.

[83] Manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, manquement du représentant légal de l'organisme gestionnaire à l'obligation de transmission de l'engagement de conformité ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres de santé (article L. 6323-1-12 du CSP).

[84] L'arrêté du 19 décembre 2024 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2025 a fixé le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) à 3 925 € pour l'année 2025.

Une autre source de simplification réside dans **la suppression de l'avis obligatoire du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)**[85] **pour les pénalités financières avant le prononcé de la sanction**. Cette procédure a été instaurée pour assurer une harmonisation au niveau national des montants des sanctions, objectif qui pourrait être atteint avec un barème indicatif transmis aux caisses de l'assurance maladie. La mission préconise ainsi d'élaborer un tel barème et, après une phase-test de mise en œuvre de ce dernier, d'envisager de supprimer la procédure d'avis systématique du directeur général de l'UNCAM, *via* une modification de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

Cette évolution permettrait d'accélérer la durée des procédures de pénalités financières de six semaines en moyenne, ainsi que de réduire la charge des équipes chargées des suites contentieuses de lutte contre la fraude, facilitant le prononcé de ces sanctions par les CPAM.

Proposition n° 9 : Pour améliorer la performance de l'action contentieuse dans son volet administratif :

1/ rendre facultatif le passage en commission des pénalités financières pour des dossiers d'abus et/ou de fautes en-dessous d'un seuil de préjudice financier (DSS) ;

2/ mettre en place un barème indicatif de pénalités financières à des fins d'harmonisation des sanctions prononcées, puis supprimer l'avis obligatoire du directeur général de l'UNCAM préalable au prononcé de ces pénalités (CNAM).

Par ailleurs, la mission soutient la proposition de la CNAM de **supprimer l'interdiction de cumul d'une pénalité administrative et d'une sanction conventionnelle**[86]**. Cette mesure, de nature législative, permettrait d'amplifier l'action contentieuse et ses effets.**

3. Un levier majeur de transformation de la lutte contre la fraude consisterait à opérer une bascule plus marquée vers l'amont de la chaîne pour sécuriser les paiements

Les éléments présentés dans les parties qui précèdent montrent les limites de la stratégie actuelle du contrôle *a posteriori* (impossibilité de contrôle exhaustif, longues procédures de sanction, risques procéduraux, faibles taux de recouvrement, moyens coûteux à déployer tout au long du processus, entre autres), que les leviers identifiés par la mission devraient permettre d'atténuer mais pas de supprimer dans leur entièreté.

À l'inverse, le contrôle *a priori* évite la matérialisation d'indus coûteux à recouvrer et comporte également une dimension pédagogique vis-à-vis du professionnel de santé, selon la logique : « un rejet vaut mieux qu'un indu ». Afin d'être réellement performant et ne pas conduire à une dérive des délais de remboursement, le contrôle *a priori* doit toutefois reposer sur de robustes systèmes d'information. Le contrôle *a priori* le plus efficace est « embarqué », c'est-à-dire automatique, rejetant les paiements non conformes aux règles de tarification.

Par conséquent, l**a CNAM doit investir plus fortement sur la dimension amont du contrôle des dépenses d'assurance maladie**, entendue comme la fiabilisation de l'ensemble de la chaîne (prescription, délivrance, facturation). Pour ce faire, il s'agit de prendre appui sur les projets de transformation numérique et de systèmes d'information d'ores et déjà engagés, en les renforçant et en les priorisant.

L'objectif est ici de limiter l'engagement de dépenses indues, soit en tarissant des sources de fraude, soit en identifiant des demandes de remboursement suspectes donnant lieu à un

[85] En vertu de l'article article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale, le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) assure les fonctions de directeur général de l'UNCAM.
[86] Proposition portée dans le cadre du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, déposé au Sénat le 14 octobre 2025.

rejet du paiement, qui devra être valorisé en préjudice évité. Actionner le levier des contrôles en amont ne serait pas qu'au bénéfice de la lutte contre la fraude, mais également de la qualité globale des paiements et du « juste droit » : c'est une action visant à éviter tous types d'indus, frauduleux ou non (résultant d'erreurs par exemple).

Une telle bascule stratégique de l'aval vers l'amont aurait donc nécessairement un intérêt financier, qu'il n'est pourtant pas facile d'évaluer. Toutes choses égales par ailleurs, en ordre de grandeur, à supposer que les règles de contrôle embarqué aient eu la même efficacité que les contrôles *a posteriori* menés en 2024, ce sont 365 M€ de préjudices subis, ayant donné lieu à notification d'indus, qui auraient été évités, avec un gain net d'environ 172 M€ par rapport à la part d'indus qui ne pourra sans doute être recouvrée[87]. **Il est sans doute très ambitieux d'envisager que l'outil permette des résultats similaires à la détection aval de fraudes parfois complexes**. Mais on peut aussi penser que **l'industrialisation de contrôles *a priori* évitera des paiements liés à des fraudes aujourd'hui non détectées**, et réduira ainsi la prévalence de la fraude dans des proportions inconnues. Les gains de ce type d'outil restent en effet liés, *in concreto*, (i) à la puissance de ses paramétrages et (ii) à la capacité de les enrichir en continu pour les adapter aux fraudes émergentes et à de nouveaux schémas de fraudes, justifiant une coordination étroite avec les équipes de terrain de la lutte contre la fraude et de la gestion des risques.

Par ailleurs, plus en amont encore des contrôles opérés par l'assurance maladie**, le contrôle embarqué débute au niveau des logiciels des professionnels de santé, qui doivent respecter le cahier des charges SESAM-Vitale[88] et font l'objet d'un agrément par la CNAM**. [redacted], la mission présente plusieurs cas de contrôles à faible valeur ajoutée opérés manuellement par les CPAM, qui pourraient utilement être remplacés par des contrôles bloquants dans les logiciels. Par conséquent, **elle préconise que la CNAM étudie la possibilité de renforcer les contrôles embarqués que doivent intégrer ces logiciels.**

3.1. Le processus de facturation à l'assurance maladie comporte plusieurs failles, permettant à la fraude de prospérer, qu'il convient de sécuriser au plus vite

3.1.1. Le principe, prévu par la loi, d'application du tiers payant sur présentation de la carte Vitale, doit être rendu pleinement opérationnel

Comme précisé en partie 1.1.1, une garantie de paiement en sept jours s'applique aux feuilles de soins électroniques émises en tiers payant, dès lors qu'elles sont sécurisées selon la norme « SESAM-Vitale » sécurisée (qui repose sur la présence simultanée de la carte de professionnels de santé (CPS) et de la carte Vitale physique – ou l'application carte Vitale – de l'assuré).

[87] Ce résultat est obtenu en prenant l'hypothèse d'un maintien à l'avenir du taux de recouvrement en 2024 des indus frauduleux notifiés en 2019.

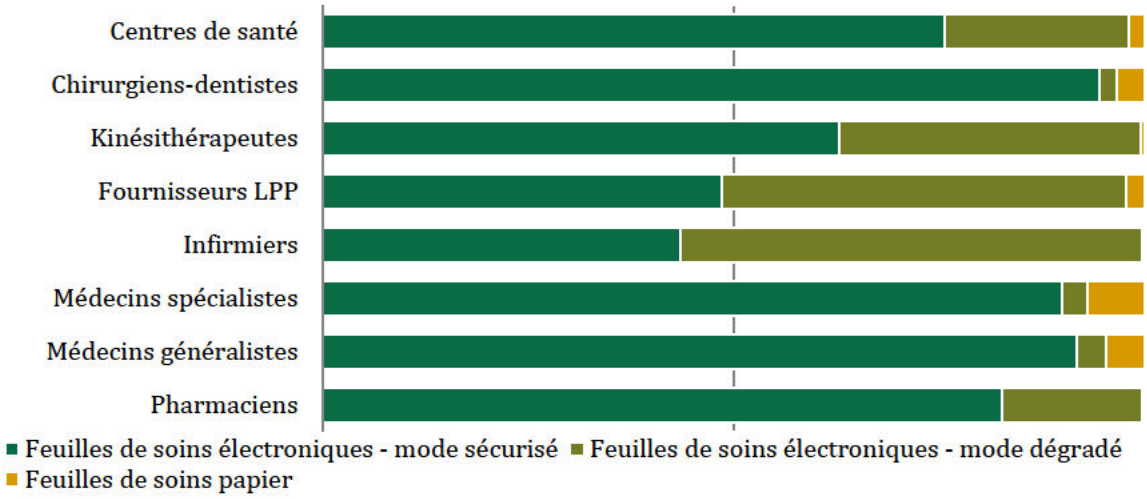
[88] Ce cahier des charges est établi par le groupement d'intérêt économique (GIE) SESAM-Vitale. Ce dernier est un opérateur privé poursuivant une mission de service public, financé par les organisations d'assurance maladie et des fédérations ou organisations complémentaires santé.

Il reste possible de facturer à l'assurance maladie en « flux dégradé », c'est-à-dire sans la carte Vitale de l'assuré, sans bénéficier de cette garantie : or, les systèmes d'information de l'assurance maladie et le principe d'ordonnancement global explicite (cf. 1.1.1) conduisent à ce que ces flux non sécurisés par la présence de la carte Vitale soient traités comme les flux sécurisés, et remboursés, eux aussi, en quelques jours. Alors que la loi[89] impose aux assurés de présenter leur carte Vitale pour bénéficier du tiers payant, une autre obligation, également de niveau législatif, pèse sur les professionnels de santé de proposer le tiers payant à certaines catégories d'assurés qui en bénéficient de droit, sans mentionner la condition d'une présentation de la carte Vitale. Cette ambiguïté juridique favorise ainsi la pratique des flux dégradés.

La facturation en flux dégradés, qui devrait rester exceptionnelle[90], est aujourd'hui significative puisqu'elle représente 16 % des feuilles de soins (électroniques ou papier[91]) en 2024. De plus, et surtout, **la CNAM relève une hausse des flux dégradés de 4,5 points entre 2019 et 2024, ce qui suggère l'installation de mauvaises habitudes de facturation ces dernières années.**

Si les données fournies à la mission ne permettent pas d'identifier précisément les situations qui justifient aujourd'hui la pratique de flux dégradés, la proportion de ces flux chez certaines professions suggère un sujet de pratiques professionnelles. En effet, les professions qui présentent les taux de flux dégradés les plus importants sont les infirmiers (plus de 50 %), les masseurs-kinésithérapeutes (plus de 30 %) et les fournisseurs de la liste des produits et des prestations (LPP)[92] (49 %) (cf. graphique 3). Il s'agit principalement des professions qui se déplacent à domicile pour des soins ou des installations de matériel, avec une organisation du travail sous forme de tournées, qui reporte le travail administratif de facturation le soir par exemple, sans la carte Vitale des patients.

Graphique 3 : Répartition des flux de facturation à l'assurance maladie pour huit catégories de professionnels de santé à l'assurance maladie en 2024, par type de flux en pourcentage



Source : Mission, d'après des données transmises par la CNAM.

[89] Cf. article L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale.
[90] Par exemple : oubli de carte Vitale d'un assuré se présentant en pharmacie et délivrance d'un traitement lourd qui ne peut être différé.
[91] Les feuilles de soins papier ne représentent plus que 2 % des flux transmis à l'assurance maladie.
[92] Cette liste comprend les items suivants : dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, orthèses et prothèses externes, dispositifs médicaux implantables, véhicules pour handicapés physiques.

Dans son rapport « charges et produits 2026 », la CNAM propose de s'appuyer sur les deux exemples récents - audioprothésistes (cf. *infra*), et médicaments onéreux[93] - de conditionnement réussi d'application du tiers payant à la présentation de la carte Vitale pour le généraliser aux autres professions, et ainsi rendre pleinement opérationnel le principe prévu par la loi.

Une telle évolution, outre le fait qu'elle tire sa force de la loi, servirait la lutte contre la fraude, et mérite, de ce fait, d'être soutenue. En effet, même si la CNAM n'a pas pu communiquer à la mission de chiffres montrant la part des flux dégradés dans les résultats de fraude détectée et stoppée, force est de constater que :

- les fraudes aux audioprothèses ont explosé en 2024 à la suite du lancement de l'offre « 100 % santé » (cf. partie 1.2.1.1.1), avec un schéma récurrent de détournement de numéros de sécurité sociale à l'insu des assurés concernés afin de facturer des actes fictifs[94]. En conséquence, un avenant à la convention a été pris en octobre 2024, avec effet à compter de janvier 2025, imposant la présentation d'une carte Vitale pour bénéficier du tiers payant, tarissant ainsi cette possibilité de fraude ;
- par ailleurs, les professions avec le plus fort taux de flux dégradés figurent parmi celles qui présentent les préjudices pour fraudes les plus importants ;
- en tout état de cause, il s'agit d'une faille de sécurité dans le système de tarification, facilitant les possibilités d'actes fictifs.

En outre, **le déploiement de l'application « carte Vitale »**[95], format dématérialisé de la carte sur *smartphone*, vient à l'appui de ce changement de pratiques coté assurés face aux oublis de la carte Vitale.

De même, face aux difficultés avancées quant à l'organisation des tournées d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes, des équipements pour permettre la lecture de cartes Vitale en tournée sont aujourd'hui disponibles et peu coûteux. Il est par exemple possible de lire le contenu de la carte Vitale sans contact, avec un process en deux temps : le lecteur sauvegarde l'information et permet la facturation le soir, à la fin de la tournée. **Il s'agit donc plus d'un sujet d'évolution des pratiques et de meilleure information des professionnels de santé quant aux solutions existantes que de disponibilité ou de coût des équipements**. Afin de permettre une généralisation de l'usage de la carte Vitale dans les flux de facturation sans alourdir le déroulement des tournées, une phase transitoire pourrait permettre à des groupes de travail associant les professionnels concernés d'en définir les modalités concrètes et de les tester.

Au-delà, et dans le but d'assurer une marge de flexibilité au système, permettant par exemple de couvrir les cas de populations vulnérables, il pourrait être prévu, pour gérer les cas exceptionnels nécessitant de déroger au principe de tiers payant contre carte Vitale, de fixer un taux de flux dégradés à ne pas dépasser par professionnel (par exemple, fixé à 2 %), plutôt que de dresser une liste de cas de facturations pouvant y déroger, par nature complexe à établir.

---

[93] Depuis juin 2025, les pharmaciens ont l'obligation de conditionner la délivrance des médicaments onéreux (au-delà de 300 €) en tiers payant à la présentation de la carte Vitale de l'assuré. Des exceptions sont prévues pour les personnes bénéficiant de l'aide médicale d'État (pas de carte Vitale) ou les détenus.

[94] Le schéma a été mis en évidence grâce à des contrôles auprès d'assurés pour vérifier s'ils avaient bien été équipés d'une audioprothèse.

[95] L'application carte Vitale est disponible dans 56 départements depuis le 24 juin 2025. Le déploiement sur le territoire est progressif, région par région, jusqu'à l'automne 2025, avec la couverture de l'ensemble des régimes d'assurance maladie prévue à cette échéance (source : https://www.ameli.fr/paris/assure/actualites/l-appli-carte-vitale-disponible-pour-tous-les-utilisateurs-de-france-identite).

<u>Proposition n° 10</u> : Assurer le respect de l'obligation, fixée par la loi, de l'application du tiers payant conditionnée à la présentation de la carte Vitale. À cette fin :

1/ prévoir une marge de flexibilité pour traiter les cas exceptionnels avec un taux maximum de flux dégradés à ne pas dépasser par catégorie de professionnel (DSS) ;

2/ prévoir des sanctions administratives pour les professionnels en cas de manquement (DSS) ;

3/ mettre en place des groupes de travail spécifiques visant à faire évoluer les pratiques des professionnels intervenant à domicile (CNAM).

Il conviendra également de lever l'ambiguïté juridique de la loi exposée *supra*, en incluant dans tous les cas d'application de droit du tiers payant une conditionnalité à la présentation de la carte Vitale.

Cette mesure, qui empêcherait la facturation d'actes fictifs en flux dégradés, présente un rendement financier potentiellement important. En extrapolant une partie du préjudice lié aux prestations fictives dans les fraudes détectées (250 M€) à la fraude estimée, la mission identifie un gisement de 314 M€ d'indus qui pourraient ainsi être évités. Ce montant, soumis à diverses hypothèses structurantes et purement conventionnelles faute de données suffisantes[96], fournit un ordre de grandeur mais ne peut être repris tel quel en dépense évitée.

En se plaçant aux bornes de l'estimation de la fraude telle qu'elle est réalisée actuellement et en appliquant par prudence des abattements forfaitaires (25 % et 50 %), la mission aboutit à une fourchette comprise entre 157 M€ et 236 M€.

3.1.2. Les délais de facturation à l'assurance maladie par les professionnels de santé doivent être raccourcis

Le corpus juridique encadrant les délais de facturation à l'assurance maladie est à la fois complexe et incomplet :

- le professionnel de santé est tenu d'envoyer les feuilles de soins électroniques à la CPAM d'un assuré sous huit jours en cas de tiers-payant et sous trois jours si l'assuré a avancé les frais, d'après l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- or, l'article précité ne précise pas de conséquence sur le droit d'obtenir le remboursement des sommes correspondant aux actes effectués, en cas de transmission des feuilles de soins après ces échéances : la Cour de cassation a ainsi jugé[97] qu'en cas de transmission tardive, la CPAM était tenue de procéder au remboursement. Le délai maximum de transmission, c'est-à-dire le délai de prescription, qui s'applique est alors celui de deux ans et un trimestre, prévu par l'article L. 332-1 du CSS pour les assurés[98] ;
- en outre, le délai de transmission des pièces justificatives, c'est-à-dire les ordonnances pour les professions dites prescrites (par exemple, les auxiliaires médicaux), n'est pas suffisamment encadré : ainsi, dans le cas de la transmission d'une feuille de soins électronique et de l'ordonnance ensuite sous forme papier, aucun délai de transmission opposable n'est prévu par le code de la sécurité sociale. À nouveau, c'est le délai maximum de deux ans et un trimestre, évoqué *supra*, qui s'applique.

---

[96] L'estimation de la fraude par la CNAM est fragile et incomplète. Par ailleurs, la mission a dû retenir des valeurs conventionnelles pour déterminer la part de préjudice évité au sein des 250 M€ de préjudices liés à des actes fictifs et pour isoler, en leur sein, ceux pouvant être liés à l'absence de cartes Vitale (des actes fictifs pouvant être facturés malgré la présentation d'une carte Vitale, par exemple la cotation d'un acte supplémentaire au sein d'une série d'actes).

[97] Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 8 octobre 2015, 14-20.252.

[98] Délai de prescription pour le remboursement des prestations : *« L'action de l'assuré pour le paiement des prestations en espèces de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations »*.

Bien que la CNAM ne dispose pas de données mettant en évidence une corrélation entre la fraude et la facturation tardive, des exemples donnés par les CPAM sont éclairants : l'une des CPAM visitées a fait état de facturations à l'échéance des deux ans par des professionnels de santé, après le décès du patient, rendant impossible tout contrôle sur la réalité des actes facturés. En tout état de cause, le délai maximum de deux ans et un trimestre complique la tâche des CPAM, qui doivent parfois suivre des dossiers sur cette durée, **ce qui amoindrit la capacité de contrôle, par exemple auprès d'assurés pour vérifier la réalité du soin reçu**.

Sur le principe, rien ne justifie que les délais fermes qui s'imposent aux professionnels de santé pour facturer à l'assurance maladie soient aussi longs. Ils sont un héritage du passé, quand les assurés avançaient les frais et devaient envoyer leur feuille de soin papier à leur CPAM. **La mission estime qu'ils doivent être révisés, tout en maintenant une distinction entre professionnels de santé et assurés.** Pour les professionnels, il s'agit de définir un seul délai, qui soit intermédiaire entre le délai très court prévu aujourd'hui mais non assorti de sanctions (3 à 8 jours) et le délai maximum actuel de deux ans et un trimestre. Pour les assurés et en cas d'avance des frais par ceux-ci, le délai actuel de deux ans et un trimestre apparaît long et pourrait également être réduit.

<u>Proposition n° 11</u> : Ramener le délai maximum de facturation des professionnels de santé à l'assurance maladie, de deux ans à quatre mois (transmission des feuilles de soins et des pièces justificatives les accompagnant, selon tout format, électronique ou papier). Passé ce délai, les facturations seraient rejetées (DSS et CNAM).

3.1.3. L'assurance maladie doit réexaminer son processus consistant à rembourser des dépenses de soins sans que les dossiers présentés soient complets

La gestion des pièces justificatives, essentiellement les ordonnances, transmises à l'appui des feuilles de soins, est lourde pour les CPAM. Dans le processus actuel, les CPAM remboursent sur la seule base de la feuille de soins, vérifient *a posteriori* si la pièce justificative a été transmise, relancent le cas échéant le professionnel et peuvent *in fine* notifier des indus en cas de pièce manquante (cf. sujet des délais *supra*). Dans le cas des fournisseurs de LPP, des dispositions conventionnelles complexifient encore ce processus en prévoyant que les professionnels envoient les pièces justificatives à leur CPAM de rattachement, et non à la CPAM de l'assuré bénéficiant de la prestation, qui doit alors se tourner vers la première pour obtenir les pièces justificatives. Dans le cadre de la certification des comptes de l'assurance maladie, la Cour des comptes a pointé le fait que la vérification par les CPAM des pièces justificatives est loin d'être systématique, révélant la faiblesse du contrôle en la matière[99]. **Elle estime en outre à 1,6 Md€ le montant de prestations payées dont la pièce justificative n'est pas disponible** plus de six mois après facturation.

De plus, l'utilisation du téléservice SCOR, qui permet la transmission électronique des pièces justificatives à la facturation des professionnels de santé (et notamment des ordonnances), n'est pas obligatoire. La mission a pu constater lors de ses déplacements en CPAM l'important volume de stockage des pièces justificatives envoyées sous format papier.

Rien ne justifie de faire perdurer un tel système, dans lequel les remboursements aux professionnels de santé sont effectués sur la base de dossiers incomplets, c'est-à-dire sans les ordonnances – ou autres pièces justificatives – justifiant le soin ou la prescription.

La MSA a quant à elle modifié son processus de remboursement en ce sens : pour les professions éligibles à SCOR, elle ne procède pas aux remboursements tant que la pièce justificative n'a pas été transmise, avec des gains estimés à 10 M€ d'indus évités en 2024, et 11 M€ en projection pour 2025.

[99] Rapport de la Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale – exercice 2024*, mai 2025.

La mission recommande à la CNAM d'étudier la faisabilité d'une telle mesure, qui constitue un changement de paradigme pour le processus de remboursement et nécessite d'anticiper les conséquences sur les effectifs dans les services de paiement des prestations en CPAM. À terme, le déploiement de l'ordonnance numérique permettra d'alléger ce processus, puisque l'ordonnance sera transmise de manière dématérialisée et automatiquement (cf. partie 3.2.2).

Proposition n° 12 : Étudier la faisabilité de conditionner les remboursements de dépenses de santé à la complétude du dossier présenté par le professionnel de santé : feuille de soins et pièces justificatives (CNAM). Pour cela, rendre obligatoire l'utilisation du téléservice SCOR pour la transmission des pièces justificatives dématérialisées (DSS et CNAM).

3.2. Tirer parti du développement des systèmes d'information et du numérique pour limiter la fraude

3.2.1. La bascule vers le contrôle embarqué, c'est-à-dire automatique, doit être opérée plus vigoureusement

En matière de sécurisation des flux en amont, le contrôle embarqué, exhaustif sur son champ d'application, est plus efficace qu'un contrôle manuel. Il repose sur le paramétrage des logiciels de paiement, permettant de créer des rejets, c'est-à-dire des blocages automatiques de demandes de remboursement qui ne respectent pas les règles paramétrées, ou encore de produire des signalements nécessitant une vérification humaine. Le contrôle embarqué se distingue ainsi du contrôle *a priori* manuel, auquel les CPAM ont recours ponctuellement[100] et qui est lourd en gestion. À titre d'exemple, la mise en œuvre de cette procédure dans l'une des CPAM visitées mobilise, pour une seule officine de pharmacie, un ETP du service prestations, ce qui est considérable.

De nombreux interlocuteurs de la mission au sein de l'assurance maladie ont souligné la faiblesse des contrôles embarqués au niveau de l'outil de liquidation des prestations, dénommé « IRIS ». Par exemple, celui-ci ne dispose pas de compteur du nombre d'actes facturés pour un même assuré : alors que certains soins sont limités en montant sur une période glissante – [redacted]

[redacted]

[100] Dans le cadre des procédures de « sortie de l'ordonnancement global explicite », qui consistent à sortir l'ensemble du flux de facturation d'un professionnel pour un contrôle *a priori* de chaque facture.

[redacted]

La MSA a davantage pris le virage du contrôle embarqué en se dotant en 2016 d'un moteur de règles, « @tom », qui permet d'implémenter des règles de facturation au fur et à mesure de leur évolution et de paramétrer des rejets sophistiqués, qui découlent aujourd'hui de près de 1 500 contrôles embarqués (sur le contrôle des droits aux prestations, du respect des cotisations, de la situation médico-administrative du bénéficiaire, de l'historique de consommation pour des prestations récurrentes, du respect des obligations conventionnelles de facturation, etc.) [101]. Dans le cadre de leur projet informatique commun « METEORe », lancé en 2021 et s'appuyant sur l'expertise en matière de systèmes d'information de chacune, la MSA et la CNAM ont prévu une mise à disposition de la CNAM et son réseau du moteur de règles @tom.

Ce projet est particulièrement prometteur vis-à-vis de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude. En effet, le projet permettra à terme de rejeter des paiements non-conformes à des règles de tarification implémentées dans le moteur @tom. Il permettra aussi des gains d'efficience : par exemple, là où les CPAM doivent conduire de lourds contrôles *a posteriori* (par exemple, en contrôlant les doubles facturations d'une même prestation), ce contrôle sera intégré dans l'outil de remboursement et mené automatiquement.

Le déploiement de ce projet d'ampleur est pluriannuel : un premier lot est actuellement en finalisation de déploiement sur la pharmacie, à iso-fonctionnalités par rapport à IRIS ; un deuxième lot, qui permet la montée en gamme des contrôles automatisés, toujours sur le seul secteur de la pharmacie, devrait être déployé à la mi-2027. **Le calendrier du projet complet est très étalé : 2030 apparaît comme un minimum en l'état actuel de sa planification pour couvrir l'ensemble des dépenses de soins.**

Afin de détecter des atypies de consommation, METEORe intègre un outil supplémentaire, GAMA[102], qui était en phase de test entre 2024 et 2025. Ce dernier couvre quatre produits de santé (bandelettes de glycémie, capteurs de glycémie, médicaments anti-cancéreux onéreux, Subutex et génériques) et permettra de rejeter des paiements en cas de dépassement de seuils réglementaires (cf. répondant aux failles identifiées *supra* dans l'outil IRIS) en sus des signalements pour des atypies de consommation.

---

[101] *« La MSA dispose depuis 2016 d'un système d'information adapté à la mise en œuvre d'une stratégie de contrôle renforcée des frais de santé reposant sur un moteur de tarification contenant, au 1er janvier 2024, 1 498 contrôles embarqués couvrant un large prisme de risque (contrôle des droits aux prestations, du respect des cotisations, de la situation médico-administrative du bénéficiaire, de l'historique de consommation pour des prestations récurrentes, du respect des obligations conventionnelles de facturation…). Ce moteur est notamment complété d'un moteur de contrôle inter factures dédié au repérage des doubles factures »* (source : Rapport du HCFiPS, *La lutte contre la fraude sociale - état des lieux et enjeux*, juillet 2024).

[102] GAMA a vocation à être une brique du projet METEORe.

La CNAM ne dispose pas d'étude d'impact de METEORe, notamment en matière de gestion du risque, qui permettrait d'avoir une estimation des dépenses indues évitées grâce à l'outil. Toutefois, sur l'exemple spécifique des capteurs de glycémie, l'expérimentation de GAMA dans quelques CPAM fournit un ordre de grandeur d'un potentiel de 5 M€ de dépenses évitées pour un type de capteur en particulier[103]. **Ce simple exemple confirme l'intérêt d'un tel projet, à tout le moins en termes de couverture des coûts engagés**. En effet, la généralisation du contrôle embarqué à l'ensemble des dépenses de santé devrait largement compenser le coût complet du projet METEORe, qui d'après la CNAM s'élève à un peu plus de 30 M€ à fin 2025 (1,5 M€ payés à la MSA sur les deux dernières années et 30 M€ sur la partie maîtrise d'œuvre informatique la direction déléguée des systèmes d'information de la CNAM).

Au total, **l'échéance de 2030 pour le déploiement de METEORe, seul à même d'opérer la bascule vers le contrôle embarqué, apparait trop tardive et mérite d'être avancée**. Là où les développements sont plus ou moins prévus successivement, la mission recommande que la CNAM vise une parallélisation plus forte de ceux-ci, en affectant davantage de moyens à ce projet phare, qui aujourd'hui ne mobilise que 3,8 ETP au sein de la direction pilote (direction déléguée aux opérations) et 26,2 ETP au total au niveau de toute la CNAM[104]. Une accélération de ce projet ne devra toutefois pas compromettre le bon fonctionnement du système de paiement, dont le maintien en conditions opérationnelles est impératif.

<u>Proposition n° 13</u> : Opérer la bascule vers le contrôle embarqué avant paiement, en renforçant les moyens dédiés au projet METEORe afin d'accélérer son calendrier de déploiement sur les différents champs de dépenses de l'assurance maladie (CNAM).

3.2.2. La dématérialisation des flux doit être encore renforcée par le recours à l'ordonnance numérique que la loi avait rendue obligatoire au plus tard au 31 décembre 2024, sans que cet objectif soit atteint

L'ordonnance numérique présente un fort potentiel en matière de lutte contre la fraude, en permettant :

- de se prémunir contre les fausses ordonnances, les fraudes à la prescription représentant 17,5 M€ de préjudice en 2024 [redacted]. À cet égard, la CNAM a d'ores et déjà déployé l'outil « *Asafo-Pharma* », accessible aux pharmaciens, qui peuvent ainsi signaler les ordonnances suspectes et contacter le médecin prescripteur[105] [106] ;
- de disposer automatiquement de pièces justificatives liées à la facturation (ce qui sera source de simplifications pour les CPAM, cf. partie 3.1.3) ;

[103] Il s'agit des capteurs de type « freestyle ». L'estimation consiste à extrapoler à l'échelle de l'ensemble des CPAM les chiffres moyens sur les CPAM expérimentatrices : environ 100 rejets par mois et par caisse pour des capteurs à 40 € pièce (source du chiffrage : CNAM).

[104] 15 ETP sont mobilisés à la direction déléguée des systèmes d'information et 7,4 ETP à la direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude.

[105] Le conseil national de l'Ordre des médecins a publié le 29 septembre 2025 les résultats de son observatoire de la sécurité des médecins pour 2024, qui fait état de 306 incidents pour ordonnances falsifiées en 2024, chiffre en augmentation de 256 % par rapport à 2023.

[106] Son identité a parfois simplement été usurpée ou l'ordonnancier volé, hors les cas où le praticien signataire est purement fictif.

- et surtout d'assurer la sécurisation de la chaîne de prescription, par la possibilité de rapprochement entre la prescription et son exécution. En effet, la base de données *e-prescription*, hébergée par la CNAM, est alimentée par les ordonnances numériques : lorsque celles-ci sont exécutées par un professionnel de santé, les données correspondantes sont renseignées dans la même base. À terme, ce projet laisse entrevoir la possibilité d'une automatisation de tels rapprochements entre les données de prescription, d'exécution et de délivrance[107].

L'ordonnance numérique avait été rendue obligatoire par l'ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020, au plus tard au 31 décembre 2024, pour toutes les prescriptions de produits de santé et d'actes infirmiers, de biologie, de kinésithérapie, d'orthoptie, d'orthophonie et de pédicurie pour l'ensemble des prescripteurs et des prescrits, dont les auxiliaires médicaux, en ville et en établissement de santé. Cette échéance, non assortie de sanctions, n'a pas été respectée : **l'ordonnance numérique est en cours de déploiement chez seulement trois catégories de professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens).**

La CNAM a indiqué à la mission l'objectif que 70 % des médecins et 100 % des pharmacies soient équipés de logiciels disposant d'un service d'ordonnance numérique d'ici fin 2025, estimant qu'en septembre 2025, près de 50 % des médecins et 95 % des pharmaciens sont équipés, grâce à la mise à disposition de versions des logiciels compatibles avec l'ordonnance numérique. À ce stade, seuls 35 logiciels sont autorisés à déployer l'ordonnance numérique, sur un total de 200 à terme, toutes professions confondues.

La mission constate l'absence de calendrier de déploiement de l'ordonnance numérique aux autres professions. **Elle recommande de fixer de nouvelles échéances fermes pour son déploiement, assorties de mesures coercitives**, en priorité à l'encontre les éditeurs de logiciels pour qu'ils développent cette solution dans leurs outils, en complément du levier incitatif déployé avec les financements qui leur ont été attribués au titre du Ségur du numérique. Le déploiement de cet outil à l'hôpital nécessitera par ailleurs, selon la CNAM, des évolutions fortes de pratiques et de systèmes d'information.

<u>Proposition n° 14</u> : Établir une feuille de route crédible pour le déploiement de l'ordonnance numérique à l'ensemble des acteurs concernés, avec des échéances fermes et un chaînage entre les mesures incitatives déjà en vigueur et des mesures coercitives à déployer, vis-à-vis des éditeurs de logiciel puis des professionnels de santé (CNAM).

3.3. Un aménagement de la garantie de paiement doit être envisagé afin de pouvoir différer les remboursements aux professionnels suspectés de fraude, le temps d'opérer des contrôles nécessaires

Le maintien tel quel de la garantie de paiement pose question, dans la mesure où le contexte ayant présidé à son instauration a changé :

- cette garantie était une contrepartie à la mise en place du tiers payant généralisé en 2016 ;
- or, le délai de paiement de l'assurance maladie n'est plus un sujet (délai de 4,4 jours au neuvième décile en 2025).

[107] Cette perspective est potentiellement lointaine : en effet, le rapprochement automatique entre prescription et exécution doit reposer sur une nomenclature normée des actes. Seuls les secteurs du médicament et de la biologie médicale disposent de référentiels mobilisables en la matière.

Ce d'autant qu'existe une asymétrie forte entre l'assurance maladie, soumise à la garantie de paiement et à des pénalités sévères[108] en cas de non-respect du délai de sept jours ouvrés, **et les professionnels de santé**, pour qui le délai maximum de facturation est de deux ans et un trimestre. Afin de rectifier cette asymétrie, il serait justifié de renforcer les obligations des professionnels de santé en matière de sécurisation des flux, comme évoqué *supra* : limitation à un strict minimum des flux dégradés, encadrement des délais de facturation, recours massif à l'ordonnance numérique.

Aujourd'hui, la garantie de paiement peut uniquement faire l'objet d'une dérogation en cas de dépôt de plainte pour fraude (ainsi qu'en cas de récidive) : le cas échéant, le délai de paiement est porté à 30 jours. Dans le rapport « charges et produits pour 2026 », la CNAM propose d'étendre ces dérogations à d'autres situations : engagement d'une procédure de pénalité financière pour fraude, plainte ordinale par exemple. **Il conviendrait d'aller un cran plus loin en permettant de lever la garantie de paiement pour seule suspicion de fraude entendue *stricto sensu*,** c'est-à-dire des faits énumérés à l'article R. 147-11 du CSS et passibles de sanctions pénales.

Une telle piste s'inscrirait dans l'esprit d'une disposition récente, issue de la loi n° 2025-594 du 30 juin 2025 sur les fraudes aux aides publiques, qui permet de suspendre durant trois mois le versement d'aides publiques quand l'organisme payeur est en présence d'indices sérieux de manquement délibéré ou de manœuvres frauduleuses[109].

Compte tenu du fait que la levée de la garantie de paiement conduit, dans l'état actuel des systèmes d'information de l'assurance maladie, à sortir du règlement automatique toute la facturation du professionnel de santé, la lourdeur d'une telle procédure justifierait de manier cette possibilité avec discernement (cf. exemple de la CPAM des Bouches-du-Rhône en partie 3.2.1).

<u>Proposition n° 15</u> : Donner la possibilité aux CPAM de lever temporairement la garantie de paiement en cas de suspicion de fraude entendue *stricto sensu*, afin de procéder à des contrôles en amont des remboursements (DSS)*.*

3.4. Encore plus en amont, l'objectif de prévention de la fraude doit être intégré dès le stade de conception des politiques publiques ainsi que dans l'accompagnement des professionnels de santé

3.4.1. Les risques liés au déploiement de l'offre « 100 % santé » sur les fauteuils roulants illustrent l'importance d'intégrer l'objectif de lutte contre la fraude le plus en amont possible de la mise en œuvre de tels dispositifs

Le 1er décembre 2025, le dispositif « 100 % santé » sera étendu aux fauteuils roulants, dans l'objectif de favoriser l'accès à ces derniers : l'achat de fauteuils roulants sera intégralement pris en charge par l'assurance maladie et les locations de courte durée seront co-financées avec les organismes complémentaires.

[108] Le montant de la pénalité à verser dépend du nombre de jours de retard au-delà des sept jours ouvrés :
- pour chaque feuille de soins électronique payée le huitième ou le neuvième jour ouvré, s'applique une pénalité forfaitaire de 1 € ;
- pour chaque feuille de soins électronique payée à compter du dixième jour ouvré, la pénalité est égale à 10 % de la part obligatoire des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

[109] Article L. 115-3 du code des relations entre le public et l'administration.

L'économie générale de ce dispositif, de même nature que les autres dispositifs de 100 % santé, emporte un risque de reproduction des schémas de fraude ou d'abus observés précédemment (en particulier les fraudes aux audioprothèses), notamment à l'initiative de fournisseurs : facturation à l'assurance maladie sans délivrance du matériel, facturation de matériel différent de celui délivré, délivrance d'un matériel inadapté et/ou systématiquement plus onéreux, ordonnances de complaisance ou établissement de fausses ordonnances, pratiques de démarchage illégales, etc. Du fait du coût de ces équipements, l'impact financier pour l'assurance maladie de telles fraudes pourrait être majeur. En effet, ces dispositifs, onéreux, impliquent des prises en charge élevées par l'assurance maladie. Ainsi :

- un fauteuil électrique verticalisateur, aujourd'hui potentiellement pris en charge jusqu'à 5 000 €, le sera à hauteur de 21 000 €, soit son coût total, par l'assurance maladie ;
- un fauteuil manuel dit « actif soudé » passera d'une prise en charge ne dépassant pas 600 € à ce jour, à une prise en charge de plus de 6 000 €.

En outre, certains interlocuteurs de la mission ont mentionné le risque que des acteurs déjà connus de la justice sur d'autres fraudes se positionnent sur le « marché » des remboursements à 100 % par l'assurance maladie des fauteuils roulants.

Le « 100 % santé » sur les fauteuils roulants entrant en vigueur le 1er décembre 2025, soit dans quelques semaines à la date d'examen par la mission, cette dernière constate que la sécurisation du dispositif au regard des risques de fraude susmentionnés n'a pas été suffisamment anticipée.

La mission a identifié dans ses travaux plusieurs points de vigilance, susceptibles de donner lieu à des abus ou des fraudes [redacted]. Par exemple, la mesure phare de sécurisation du processus consiste en la mise en place d'une demande d'accord préalable soumise au service du contrôle médical, pour les catégories d'équipements les plus onéreuses[110]. D'une part, ce seuil conduit à une absence de sécurisation particulière des équipements moins onéreux. D'autre part et surtout, une procédure de « silence vaut accord » est prévue pour la réponse aux demandes d'accord préalable : si le service médical, qui risque de faire face à des demandes massives du fait de l'effet d'anticipation, ne répond pas dans les deux mois, la demande sera réputée acceptée.

Dès lors, un renforcement des mesures visant à sécuriser le dispositif s'impose. La mission identifie ici plusieurs pistes qui mériteront le cas échéant d'être validées ou complétées par les équipes de la CNAM et le ministère de la santé, dont le fait de :

- rendre systématiquement obligatoire le principe de carte Vitale contre tiers payant, sur le modèle de l'avenant à la convention des audioprothésistes signé en octobre 2024, pour que toutes les facturations de fauteuils roulants soient émises en flux sécurisé ;
- renforcer les modalités de conventionnement et de contrôle des fournisseurs, en particulier des nouveaux arrivants dans le secteur :
  - contrôle sur place de l'existence d'un local ;
  - dans les premiers mois de l'installation, double contrôle des premières facturations auprès du prestataire (qui procède à l'équipement) et de son fournisseur (qui vend l'équipement au prestataire), ainsi qu'auprès du prescripteur pour authentifier la prescription.
- mettre en place des contrôles *a priori* systématiques sur les flux de facturation (en anticipant les besoins humains en matière de contrôle, au regard du fort volume de demandes attendu à l'entrée en vigueur de la mesure et de sa concomitance avec la réforme du service du contrôle médical, pour lequel cette mission pourra être ponctuellement priorisée).

[110] La liste des équipements soumis à demande d'accord préalable est définie par arrêté [redacted].

Au-delà de cet exemple sectoriel, imminent et à forts enjeux, la mission a identifié au cours de ses travaux des signaux faibles, nécessitant une vigilance accrue des pouvoirs publics et de l'assurance maladie dans un contexte de lutte contre la fraude. Ainsi, des failles dans des dispositifs légaux existent et pourraient être exploitées, par exemple dans le secteur des dispositifs médicaux d'apnée du sommeil [redacted].

3.4.2. Face à une nomenclature complexe, la formation continue des professionnels de santé pourra être renforcée sur le volet économique de leur activité

Le contexte dans lequel se déploient les fraudes aux facturations à l'assurance maladie est celui d'une tarification à l'acte par les professionnels, qui se base sur la nomenclature des actes, produits et prestations[111] : **dans sa facturation, le professionnel cote un acte correspondant à la nomenclature de sa profession.** De nombreux interlocuteurs de la mission ont souligné la complexité de la nomenclature et mettent en avant des erreurs de bonne foi dans la cotation d'acte. La mise en place ou le renforcement d'une pédagogie sur la nomenclature s'inscrirait ainsi dans une optique de « juste droit », prévenant les tentations d'optimisation fautives, voire frauduleuses, ainsi que **les erreurs au détriment du professionnel qui sont significatives bien que minoritaires**. Ainsi, sur une valorisation de 321 M€ d'anomalies liées aux erreurs de facturation des professionnels de santé et à la mauvaise cotation d'actes, les rappels (résultant d'erreurs de facturation défavorables aux professionnels) représentent 28 % du montant de ces anomalies, contre **72 % pour les indus (erreurs de facturation favorables aux professionnels)**[112].

La complexité des nomenclatures illustre la difficile ligne de crête entre deux objectifs contradictoires : granularité d'une part, permettant d'appréhender correctement les réalités professionnelles, et simplicité d'usage d'autre part. Cet état de fait amène le HCFiPS dans son rapport sur la fraude sociale de juillet 2024[113] à recommander d'accompagner les professionnels dans leurs pratiques de tarification.

La mission soutient cette recommandation, afin de permettre aux professionnels de santé de disposer d'une connaissance plus précise et plus actualisée des raffinements de la nomenclature. À cet égard, deux vecteurs apparaissent pertinents :

- l'accompagnement par l'assurance maladie lors de l'installation, comme cela a été mis en place avec la mission « installation et pratiques des professionnels de santé » (MIPPS) de l'assurance maladie à l'attention des infirmiers libéraux qui s'installent pour la première fois[114], et qui sera étendue aux masseurs-kinésithérapeutes en 2026 ;
- la formation continue des professionnels, en faisant levier, par exemple, sur l'obligation de certification périodique des compétences, applicable depuis le 1er janvier 2023 à sept professions de santé à Ordre professionnel[115], pour renforcer celles relatives aux aspects économiques et d'environnement informatique de leur activité [redacted].

---

[111] On décompte quatre nomenclatures : la nomenclature générale des actes et professionnels (NGAP), la classification commune des actes médicaux (CCAM), la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), la liste des produits et prestations (LPP).
[112] Données CNAM.
[113] Rapport du HCFiPS précité.
[114] Cette mission consiste en un accompagnement en douze mois de ces professionnels par des agents de la CPAM, visant à expliquer les bonnes pratiques de facturation et à effectuer des contrôles de celle-ci, après quelques mois d'activité et au bout d'un an.
[115] Médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue, en application de la loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et de l'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.

À Paris, le 30 octobre 2025

Les membres de la mission,

L'inspectrice générale des finances,

Anne-Michelle Basteri

L'inspectrice générale des affaires sociales,

Mireille Gaüzère

L'inspectrice des finances,

Émilie Maysonnave

L'inspecteur général des affaires sociales,

Frédéric Turblin

L'inspecteur des finances adjoint,

Arturo Garcia-Gonzalez

L'inspecteur général des affaires sociales,

Jean-Philippe Vinquant

Avec le concours du *data scientist* au pôle science des données de l'IGF,

Mouad El Issami

Avec le concours de la stagiaire à l'IGAS,

Esther Devillers

PIÈCE JOINTE 1

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. MINISTRES 1

2. PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE 1

3. CABINETS MINISTÉRIELS 1

3.1. Cabinet du Premier ministre 1

3.1.1. Pôle économie, finances, industrie et entreprises 1

3.1.2. Pôle santé, autonomie et protection sociale 1

3.1.3. Pôle travail, emploi, insertion et retraites 1

3.2. Cabinet de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles .. 1

3.3. Cabinet du ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins .. 1

3.4. Cabinet de la ministre déléguée auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics 2

4. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES 2

4.1. Direction de la sécurité sociale (DSS) 2

4.2. Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 2

4.3. Direction générale de la santé (DGS) 2

4.4. Secrétariat général 3

4.5. Agences régionales de santé (ARS) 3

4.5.1. ARS Nouvelle-Aquitaine 3

4.5.2. ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur 3

4.5.3. Autres ARS 3

5. MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE 4

5.1. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) 4

5.2. Direction générale des finances publiques (DGFiP) 4

5.3. Tracfin 4

5.4. Contrôle général économique et financier (CGEFi) 4

5.5. Mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF) 5

5.6. Office national anti-fraude (ONAF) 5

6. RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MALADIE 5

6.1. Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) 5

6.1.1. Direction générale 5

6.1.2. Direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAFF) ... 5
6.1.3. Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) ... 5
6.1.4. Direction déléguée aux opérations (DDO) ... 6
6.2. Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ... 6
6.2.1. CPAM de la Gironde ... 6
6.2.2. CPAM de l'Essonne ... 7
6.2.3. CPAM de l'Eure ... 7
6.2.4. CPAM de Paris ... 7
6.2.5. CPAM des Bouches-du-Rhône ... 8

7. AUTRES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ... 8
7.1. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ... 8
7.2. Mutualité sociale agricole (MSA) ... 9
7.2.1. Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ... 9
7.2.2. MSA Île-de-France ... 9
7.3. Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) ... 9
7.3.1. Urssaf Caisse nationale ... 9
7.3.2. Urssaf Île-de-France ... 10

8. COUR DES COMPTES ... 10

9. JURIDICTIONS ... 10
9.1. Tribunal judiciaire de Bordeaux ... 10
9.2. Tribunal judiciaire de Marseille ... 10
9.3. Tribunal judiciaire de Paris ... 10
9.3.1. 2ème division – action publique territoriale spécialisée ... 10
9.3.2. 3ème division – juridiction nationale de lutte contre la criminalité organisée (JUNALCO) ... 10
9.3.3. 4ème division – pôles spécialisés ... 11
9.3.4. 6ème division – jugement et exécution des peines ... 11

10. AUTRES ACTEURS PUBLICS ... 11
10.1. Agence du numérique en santé (ANS) ... 11
10.2. Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) ... 11
10.3. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ... 11
10.4. Préfecture de la Gironde ... 11
10.5. Groupement d'intérêt économique (GIE) SESAM-Vitale ... 12
10.6. Unicancer ... 12

11. COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ET ACTEURS DE L'ASSURANCE ... 12
11.1. Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) ... 12
11.2. Alan ... 12

11.3. Malakoff Humanis 12
11.4. Agence de lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa) 13

12. ORDRES ET SYNDICATS REPRÉSENTANTS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ 13

12.1. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) 13
12.2. Conseil national de l'Ordre des infirmiers (CNOI) 13
12.3. Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) 13
12.4. Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Gironde 13
12.5. Union nationale des professionnels de santé (UNPS) 13

1. Ministres

- Mme Amélie de Montchalin, ministre déléguée auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics.

2. Présidence de la République

- M. Grégory Emery, conseiller santé, handicap et personnes âgées.

3. Cabinets ministériels

3.1. Cabinet du Premier ministre

3.1.1. Pôle économie, finances, industrie et entreprises

- M. Jean-Benoît Eyméoud, conseiller macroéconomie et politique publique.

3.1.2. Pôle santé, autonomie et protection sociale

- Mme Nadège Grataloup, conseillère santé.

3.1.3. Pôle travail, emploi, insertion et retraites

- M. Étienne Barraud, conseiller comptes sociaux (par intérim).

3.2. Cabinet de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

- M. Paul Bazin, directeur du cabinet ;
- M. Ulric de la Batut, directeur adjoint du cabinet ;
- Mme Jeanne Lanquetot-Moreno, conseillère comptes sociaux.

3.3. Cabinet du ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins

- M. Alexander Grimaud, directeur adjoint du cabinet ;
- Mme Cécile Waquet, conseillère efficience et politique de santé ;
- Mme Sandrine Williaume, conseillère sociale, attractivité et ressources humaines ;
- Mme Stéphanie Fazi-Leblanc, conseillère financement et produits de santé ;
- M. Matthieu Pardell, conseiller territoires, dialogue social et coopérations professionnelles.

3.4. Cabinet de la ministre déléguée auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics

- M. Paul-Armand Veillon, directeur adjoint du cabinet ;
- M. Louis Nouaille-Degorce, conseiller chargé des comptes sociaux.

4. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

4.1. Direction de la sécurité sociale (DSS)

- M. Pierre Pribile, directeur ;
- Mme Delphine Champetier de Ribes, cheffe de service, adjointe au directeur ;
- Mme Eve Jullien, sous-direction du pilotage du service public de la sécurité sociale (SD4), chargée de mission ;
- Mme Cristina Cuenca-Lopez, sous-direction 4, bureau des systèmes d'information des organismes de sécurité sociale et réglementation des traitements de données à caractère personnel (4C), cheffe du bureau ;
- M. Nicolas Denis, sous-direction 4, bureau 4C, chargé de mission ;
- Mme Anne Fichen, sous-direction des études et des prévisions financières (SD6), adjointe au sous-directeur ;
- M. Jean-Philippe Perret, sous-direction 6, bureau économie de la santé (6B), chef du bureau ;
- M. Bertrand Charbonnier, sous-direction 6, bureau 6B, adjoint au chef du bureau.

4.2. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Julie Pougheon, cheffe de service, adjointe à la directrice générale ;
- M. Rémi Casalis, sous-direction du financement et de la performance du système de santé, bureau de la synthèse budgétaire et financière, chef du bureau ;
- Mme Julie Lagrave, pôle de recherche et accès à l'innovation, cheffe du pôle ;
- Mme Anne Lesquelen, pôle de recherche et accès à l'innovation, bureau de l'accès à l'innovation et des produits de santé, cheffe du bureau.

4.3. Direction générale de la santé (DGS)

- Mme Emmanuelle Cohn-Zanchetta, sous-direction de la politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins (PP), sous-directrice ;
- M. Charles-Emmanuel Barthélémy, sous-direction PP, adjoint à la sous-directrice ;
- Mme Esther Lepaicheux, sous-direction PP, bureau des dispositifs médicaux et des autres produits de santé, cheffe du bureau ;
- M. Etienne Nédellec, sous-direction PP, bureau du médicament, adjoint au chef du bureau.

4.4. Secrétariat général

- Mme Nezha Leftah-Marie, cheffe de projet médico-social et inspection contrôle.

4.5. Agences régionales de santé (ARS)

4.5.1. ARS Nouvelle-Aquitaine

- Mme Atika Rida-Chafi, direction de l'offre de soins, directrice adjointe ;
- M. Karl Fleurisson, direction de l'offre de soins, responsable adjoint du pôle soins de ville et hospitaliers ;
- Mme Éléonore Tron, direction de l'offre de soins, responsable adjointe du pôle ressources humaines en santé.

4.5.2. ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

- M. Yann Bubien, directeur général ;
- M. Thibault Courgeon, directeur de cabinet ;
- M. Antonin Bonnet, secrétariat général, responsable contrôle interne ;
- M. Alexis Thibord, direction des soins de proximité, directeur adjoint ;
- Mme Cathy Buonsignori, direction des affaires juridiques et de l'inspection, service inspection-contrôle-réclamations, responsable ;
- M. Laurent Peillard, direction de l'organisation des soins, département pharmacie et biologie, responsable ;
- Mme Anne Boyer, département des affaires juridiques, responsable ;
- Mme Véronique Rousseau, chargée de projet relations institutionnelles et usagers ;
- Mme Isabelle Wawrzynkowski, délégation départementale des Bouches-du-Rhône, directrice départementale adjointe.

4.5.3. Autres ARS

La mission a rencontré un panel d'ARS lors d'un entretien collectif organisé par le secrétariat général du ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles.

- M. Didier Jacotot, ARS Bourgogne-Franche-Comté, directeur du cabinet, du pilotage et des territoires ;
- M. Malik Lahoucine, ARS Bretagne, directeur général adjoint ;
- M. Thierry Levy, ARS Centre-Val de Loire, conseiller médical ;
- Mme Marie-Hélène Lecenne, ARS Corse, directrice générale ;
- M. José Ferri, ARS Corse, directeur de l'organisation des soins ;
- M. Jeremy Susini, ARS Corse, cabinet, responsable inspection et contrôle qualité ;
- M. Michel Spella, ARS Corse, directeur délégué de la stratégie et de la qualité ;
- M. Thomas Mercier, ARS Grand Est, directeur adjoint des soins de proximité ;
- Mme Sylvie Moutou, ARS Guadeloupe, direction de l'offre de soins ;
- Mme Estelle Richard, ARS Guyane, directrice de l'offre de soins ;

- Mme Sophie Augros, ARS Hauts-de-France, sous-directrice démographie, formation et gestion des ressources humaines ;
- M. Arnaud Corvaisier, ARS Île-de-France, directeur de l'offre de soins ;
- M. Koré Mognon, ARS Île-de-France, directeur adjoint de l'offre de soins ;
- Mme Bérangère Doste, ARS Île-de-France, direction de l'offre de soins ;
- Mme Anne Kermarrec, ARS Martinique, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, directrice déléguée à la coordination et à l'animation transversale ;
- Mme Yannice Rome, ARS Martinique, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, responsable de département premier recours ;
- M. Patrick Boutie, ARS Mayotte, directeur de l'offre de soins et de l'autonomie ;
- Mme Emilie Sam, ARS Réunion, directrice de la régulation et de la gestion de l'offre de soins.

5. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

5.1. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)

- M. Romain Roussel, service de la protection des consommateurs et de la régulation des marchés (PCRM), sous-direction industrie, santé et logement (SD5), sous-directeur ;
- M. Daniel Leplat, SD5, bureau produits et prestations de santé et des services à la personne (5B), adjoint à la cheffe du bureau ;
- Mme Sonia Sbaa, service du soutien au réseau (SR), cellule de renseignement anti-fraude économique (CRAFE), cheffe de la cellule.

5.2. Direction générale des finances publiques (DGFiP)

- Mme Carole Maudet, service de la sécurité juridique et du contrôle fiscal (SJCF), sous-direction du contrôle fiscal, pilotage et expertise juridique (SJCF-1), sous-directrice, adjointe au chef de service ;
- M. Gilles Clabecq, SJCF-1, bureau programmation des contrôles et analyse des données (SJCF-1D), chef du bureau.

5.3. Tracfin

- M. Antoine Magnant, directeur.

La mission a également rencontré deux autres agents de Tracfin dont l'identité est confidentielle.

5.4. Contrôle général économique et financier (CGEFi)

- Mme Sophie Galey-Leruste, contrôleuse générale économique et financier, responsable de la mission santé ;
- Mme Armelle Degenève, contrôleuse générale économique et financier, contrôleuse auprès de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

5.5. Mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF)

- M. Eric Belfayol, chef de la mission ;
- M. Pierre Barbier, chef de projet enjeux sociaux.

5.6. Office national anti-fraude (ONAF)

- M. Christophe Perruaux, directeur.

6. Régime général d'assurance maladie

6.1. Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

6.1.1. Direction générale

- M. Thomas Fatôme, directeur général ;
- Mme Catherine Grenier, médecin conseil national, adjointe au directeur général ;
- Mme Camille Peter, conseillère auprès du directeur général.

6.1.2. Direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAFF)

- M. Marc Scholler, directeur délégué ;
- Mme Sophie Chaussinand-Nogaret, directrice de cabinet ;
- M. Fabien Badinier, direction du contrôle et de la lutte contre les fraudes (DCLCF), directeur ;
- Mme Béatrice Rio, directrice de missions ;
- Mme Ingrid Richard, attachée de direction ;
- M. Nicolas Voirin, DCLCF, département accompagnement du réseau et performance (DARP), responsable adjoint ;
- Mme Laura Salah, DCLCF, département contrôles et investigations des fraudes (DCIF), responsable ;
- M. Alexandre Le Corre, DCIF, responsable adjoint ;
- M. Benoit Cotten, DCIF, consultant ;
- M. Jérôme Rodenbach, département droit des contentieux (DDC), responsable ;
- M. Laurent Oin, DDC, chargé du pilotage de la gestion des créances ;
- Mme Anne-Sophie Aragnouet, DDC, juriste ;
- Mme Sophie Bellenger, département détection et statistiques (DDS), responsable ;
- Mme Lamia Chaibi Meradji, DDS, responsable adjointe ;
- M. Vincent Koenig, DDS, statisticien.

6.1.3. Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)

- Mme Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée ;
- M. Alan Disegni, directeur adjoint de cabinet ;

- M. Emmanuel Gigon, direction de la gestion du risque, directeur adjoint ;
- M. Jean-Philippe Natali, département des actes médicaux et nomenclatures, responsable.

6.1.4. Direction déléguée aux opérations (DDO)

- Mme Aurélie Combas-Richard, directrice déléguée ;
- Mme Marie Lafage, directrice de missions au cabinet de la DDO ;
- Mme Elodie Naffrechoux-Querbes, directrice de missions au cabinet de la DDO ;
- Mme Sandrine Dubert, consultante au cabinet de la DDO ;
- M. Rémi Pecault-Charby, médecin-conseil, responsable de l'animation du réseau ;
- Mme Maïdou Marceau, direction de l'organisation et de la performance de la production (DOPP), directrice ;
- M. Victor Marais, DOPP, adjoint à la directrice ;
- Mme Nathalie Salti, DOPP, département gestion des frais de santé et des partenaires, responsable du département.

6.2. Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

6.2.1. CPAM de la Gironde

- M. Philippe Claussin, directeur général ;
- M. Philippe Latournerie, directeur financier et juridique ;
- Mme Jeannette Boullemant, directrice de la cellule d'appui régionale de gestion du risque ;
- Mme Valérie Lacaze, responsable du service contentieux ;
- Mme Valérie Todesco, responsable des soins de ville ;
- M. Sylvain Sirgue, adjoint à la responsable des soins de ville ;
- Mme Sophie Joubert, responsable adjointe de la direction des prestations ;
- M. Renaud Tripelon, responsable du contrôle comptable ;
- M. Arnaud Leroy, responsable du service lutte contre la fraude (LCF) ;
- Mme Brigitte Zolghadri-Chiron, service LCF, agent agréé assermenté ;
- Mme Rachèle Palacio, service LCF, agent agréé assermenté ;
- Mme Lydia Meyer, service LCF, agent agréé assermenté ;
- Mme Caroline Grévy, pharmacien-conseil ;
- Mme Christelle Chabat, responsable du service gestion du risque (GDR) ;
- M. François Capdeviolle, service GDR, statisticien ;
- Mme Marie-Ange Mercade, responsable du service recouvrement ;
- M. Vincent Coudret, service recouvrement, chargé de mission comptabilité ;
- M. François Dartiguelongue, service recouvrement, chargé de mission recouvrement ;
- Mme Delphine Devars, responsable adjointe à la cellule d'appui de la direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) ;
- Mme Pauline Castra, statisticienne à la DCGDR.

6.2.2. CPAM de l'Essonne

- M. Albert Lautman, directeur général ;
- M. Frédéric Baysselance, directeur général adjoint ;
- Mme Clémence Caille-Le Marrec, directrice de l'accompagnement des professionnels de santé et des établissements ;
- Mme Estelle Martin, responsable du service recouvrement.

6.2.3. CPAM de l'Eure

- M. Stéphane Holé, directeur général ;
- Mme Corinne Oyarzabal, directrice comptable et financière ;
- M. Eric Chemise, direction des professionnels de santé, sous-directeur ;
- Mme Armance Fankeng Zegha, responsable service lutte contre la fraude ;
- Mme Albina Pereira, responsable juridique ;
- Mme Delphine Hurel, service du contrôle médical, responsable administrative ;
- Mme Virginie Vallée, manager stratégique employeurs et revenus de remplacement ;
- Mme Elvire Demircan, attachée de direction.

6.2.4. CPAM de Paris

- M. Raynal Le May, directeur général ;
- M. Serge Krikorian, directeur adjoint chargé de la gestion du risque ;
- Mme Francine Bocquel, direction des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude, directrice ;
- Mme Gladys Mongin, direction des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude, responsable du pôle suites contentieuses ;
- Mme Hafida Mihoub, direction des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude, responsable du pôle interrégional d'enquêteurs judicaires (PIEJ) de Paris ;
- Mme Carole Gueguen, direction des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude, responsable du pôle détection et investigation ;
- Mme Nesrine Bennabi, direction des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude, responsable du pôle enquêteurs ;
- M. Sébastien Roux, direction des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude, chef de projets ;
- Mme Nolwenn Glidic, direction de la comptabilité, des finances et de la gestion du risque, directrice adjointe ;
- M. Vincent Jayez, direction de la comptabilité, des finances et de la gestion du risque, fondé de pouvoir et responsable du département comptabilité des gestions techniques ;
- Mme Sylvie Gameiro, direction de la comptabilité, des finances et de la gestion du risque, responsable du service recouvrement contentieux ;
- M. Nicolas Ingrain, direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), sous-directeur.

6.2.5. CPAM des Bouches-du-Rhône

- M. Jean-Christophe Trapy, président du Conseil ;
- M. Gérard Bertuccelli, directeur général ;
- M. Nicolas Biloghi, directeur comptable et financier ;
- M. Xavier Monrozier, direction de la production et des services, directeur adjoint ;
- M. Maxime Beltier, direction de la gestion du risque et du contrôle contentieux, directeur adjoint ;
- Mme Léa Raimbault, sous-directrice des prestations ;
- M. Frédéric Menasseyre, sous-directeur du contrôle contentieux ;
- Mme Marjorie Mahton-Marion, responsable du département investigations et répression des fraudes ;
- M. Sébastien Delbos, responsable du pôle fraude et investigations ;
- Mme Marilyne Greffier, responsable du département contentieux ;
- Mme Caroline Bisiaux, responsable du service recouvrement unifié des créances ;
- Mme Catherine Labbe, département comptable et financier, fondée de pouvoir ;
- M. François Bianchi, responsable du pôle interrégional d'enquêteurs judiciaires (PIEJ), de Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse, la Réunion et Mayotte ;
- Mme Eléonore Ronflé, directrice régionale du service médical ;
- Mme Christine Baussan, médecin-conseil à la direction régionale du service médical (DRSM) Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, chargée de la LCF ;
- Mme Véronique Blanc, médecin conseil à la DRSM PACA-Corse ;
- Mme Nathalie Quillon, médecin-chef, responsable de l'échelon local du service médical (ELSM) des Bouches du Rhône ;
- Mme Isabelle Gimbert, médecin-conseil, cheffe de service, responsable de l'unité de lutte contre la fraude de Marseille (ULAF 13) ;
- Mme Noëlle Doublecourt, médecin-conseil, ex-responsable de l'ULAF 13.

7. Autres organismes de sécurité sociale

7.1. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

- M. Thomas Desmoulins, direction du réseau, sous-directeur chargé du département prévention, contrôles et lutte contre la fraude ;
- Mme Lorraine Canton, direction comptable et financière, responsable de la sécurisation et de l'animation des activités ;
- Mme Warda Ben Daali, service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE), coordinatrice.

7.2. Mutualité sociale agricole (MSA)

7.2.1. Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

- Mme Laurence Ladrière Lizet, direction du contrôle médical et de l'organisation des soins (DCMOS), directrice ;
- Mme Sandrine Farre, DCMOS, conseillère technique nationale ;
- M. Etienne Meunier, direction déléguée aux opérations, direction métier santé et gestion des individus (DMSGI), directeur ;
- Mme Sophie Godrie, direction comptable et financière et de la maîtrise des risques, direction de la maitrise des risques, du contrôle institutionnel et des projets, directrice ;
- Mme Florence Anseaume, département de contrôle externe, de la lutte contre la fraude et le travail illégal, responsable ;
- M. Jacques Bouldoires, service iMSA, directeur ;
- Mme Rana Chreim, cabinet de direction, chargée des affaires européennes et de la coordination des corps de contrôle.

7.2.2. MSA Île-de-France

- M. Laurent Pilette, directeur général ;
- M. Adrien Robert, directeur comptable et financier ;
- M. Hervé Chemla, sous-directeur stratégie et pilotage et secrétaire général ;
- Mme Penda Sall-N'Diaye, sous-directrice santé ;
- Mme Jehanne Aouab, direction de la protection sociale, directrice adjointe ;
- Mme Caroline Paget, coordinatrice régionale de la lutte contre la fraude ;
- M. Yassine Belahcene, responsable du département contrôle et conformité ;
- Mme Maud Boulangey, responsable des ressources humaines ;
- Mme Virginie Accault, responsable du département gestion du risque.

7.3. Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf)

7.3.1. Urssaf Caisse nationale

- M. Bertrand Decaix, directeur de cabinet ;
- Mme Camille L'Hernault, directrice comptable et financière ;
- M. Emmanuel Dellacherie, directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle ;
- M. Patrick Lefevre, directeur de la gestion du risque ;
- M. Alexandre Maudoux, direction des usagers, directeur adjoint des indépendants et des professions de santé ;
- Mme Mélanie Glénat, direction des usagers, responsable du département lutte contre la fraude et lutte contre le non-recours ;
- M. Cyrille Hagneré, direction des études statistiques et de la prévision, adjoint au directeur.

7.3.2. Urssaf Île-de-France

- M. Didier Malric, directeur général ;
- M. Pierre Gallet, direction du contrôle et de la lutte contre le travail illégal, directeur ;
- M. Paul Vielajus, direction du contrôle et de la lutte contre le travail illégal, directeur de la lutte contre le travail dissimulé ;
- M. Daniel Vitte, directeur juridique.

8. Cour des comptes

- M. Jean-Luc Fulachier, conseiller maître à la sixième chambre, président de la première section ;
- M. Serge Moguérou, conseiller maître à la sixième chambre ;
- M. Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre ;
- Mme Sybille Roncin, conseillère référendaire en service extraordinaire.

9. Juridictions

9.1. Tribunal judiciaire de Bordeaux

- M. Pierre Arnaudin, procureur de la République adjoint ;
- Mme Perinne Lannelongue, vice-procureur, section des affaires économiques et financières.

9.2. Tribunal judiciaire de Marseille

- M. Mathieu Vernaudon, vice-procureur, chef de la section des affaires économiques et financières ;
- Mme Irina Ternova, substitut du procureur.

9.3. Tribunal judiciaire de Paris

9.3.1. 2ème division – action publique territoriale spécialisée

- M. Hadrien Aramini, chef de la section F2 « affaires économiques, financières et commerciales » ;
- M. Simon Rintaud, vice-procureur, section F2.

9.3.2. 3ème division – juridiction nationale de lutte contre la criminalité organisée (JUNALCO)

- M. Nicolas Barret, chef de la section J2 « criminalité financière » ;
- M. Julien Cerqueira, substitut, section J2.

9.3.3. 4ème division – pôles spécialisés

- Mme Louise Neyton, vice-procureure, section S1 « pôle santé publique ».

9.3.4. 6ème division – jugement et exécution des peines

- M. Philippe Toccanier, procureur de la République adjoint.

10. Autres acteurs publics

10.1. Agence du numérique en santé (ANS)

- M. Jean-Baptiste Lapeyrie, directeur général par intérim ;
- M. Laurent Joubert, direction des opérations, directeur ;
- M. Joachim Metzger, direction des opérations, directeur de domaine identification et accès ;
- M. Paul Bureau, direction des opérations, directeur de programme personnes physiques répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
- M. Christophe Pichot-Meuger, direction expertise innovation et international, directeur adjoint ;
- M. Thierry Dart, direction expertise innovation et international, directeur de domaine interopérabilité ;
- M. Alan Perie, direction expertise innovation et international, directeur de programme interopérabilité ;
- M. Yann Briand, direction expertise innovation et international, pharmacien expert sémantique.

10.2. Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS)

- M. Dominique Libault, président ;
- Mme Nathalie Guilhembet, secrétaire générale.

10.3. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

- M. Yann-Gaël Amghar, président ;
- Mme Catherine Pollak, secrétaire générale.

10.4. Préfecture de la Gironde

- M. Grégory Lecru, directeur de cabinet du préfet ;
- Mme Sandrine Muzotte, directrice de cabinet adjointe ;
- Mme Valérie Gueval, cheffe du bureau des polices administratives ;
- M. Hervé Claverie, directeur adjoint du travail à la direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités, secrétaire permanent du comité opérationnel départemental anti-fraude (CODAF).

10.5. Groupement d'intérêt économique (GIE) SESAM-Vitale

- M. Anthony Gomes de Carvalho, directeur général ;
- M. Dominique de Raigniac, directeur de projets sur le domaine des cartes de l'assurance maladie ;
- M. Benoit Calmels, responsable de la sécurité des systèmes informatiques ;
- Mme Marthe Curtit, responsable de l'équipe analyse fonctionnelle chargée de la rédaction des spécifications pour les éditeurs de logiciels ;
- M. Olivier Villette, architecte systèmes d'information, ingénieur sécurité ;
- M. Sébastien Houget, directeur de projet pour l'application carte Vitale ;
- Mme Adeline Hamon, chargée de déploiement.

10.6. Unicancer

- Mme Sophie Beaupère, déléguée générale ;
- Mme Sophélia Picaud, directrice de cabinet ;
- Mme Sandrine Boucher, directrice de la stratégie médicale et de la performance ;
- Mme Anna Maurette, chargée de mission.

11. Complémentaires santé et acteurs de l'assurance

11.1. Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam)

- M. Marc Leclère, président ;
- Mme Delphine Benda, secrétaire générale ;
- Mme Morgane Langlois-Gautier, représentante du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) ;
- M. Florent Beaucreux, représentant du CTIP ;
- Mme Cécile Malguid, représentante du France Assureurs ;
- Mme Marianne Bye, représentante de la Mutualité Française ;
- M. Arthur Réau, chargé d'études affaires publiques et protection sociale.

11.2. Alan

- M. Fabrice Staad, directeur général France ;
- Mme Gabrielle Prat, responsable de la lutte anti-fraude ;
- M. Stanislas Larget-Piet, *associate* du directeur général France.

11.3. Malakoff Humanis

- M. Thomas Colin, membre du comité exécutif, directeur des marchés produits, activités déléguées, indemnisation et médical ;
- M. Laurent Borella, directeur santé ;
- M. Anthony Jabre, directeur médical et maîtrise de la sinistralité ;

- M. Stéphane Dupont, responsable affaires publiques.

11.4. Agence de lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa)

- M. Maxence Bizien, directeur ;
- Mme Laetitia Peyraque, responsable de mission ;
- Mme Sandrine Judéaux, responsable des opérations.

12. Ordres et syndicats représentants de professionnels de santé

12.1. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP)

- Mme Carine Wolf-Thal, présidente ;
- Mme Caroline Lhopiteau, directrice générale ;
- M. Louis Potez, directeur adjoint des affaires juridiques.

12.2. Conseil national de l'Ordre des infirmiers (CNOI)

- Mme Sylvaine Mazière-Tauran, présidente ;
- Mme Soumaya Majeri, responsable des affaires juridiques.

12.3. Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

- M. Stéphane Oustric, président ;
- M. Jean-Marcel Mourgues, premier vice-président ;
- Mme Catherine Guintoli-Centuri, déléguée générale.

12.4. Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Gironde

- M. Philippe Veaux, vice-président ;
- Mme Constance Mollat, secrétaire générale.

12.5. Union nationale des professionnels de santé (UNPS)

- M. Sébastien Guérard, président ;
- Mme Catherine Mojaïsky, vice-présidente ;
- Mme Mathilde Guest, directrice générale ;
- Mme Sarah Degiovani, secrétaire générale ;
- M. François Wilthien, trésorier général ;
- Mme Nadège Blanchemain, assistante de direction ;
- Mme Violette Charrel, chargée d'affaires publiques et institutionnelles.

PIÈCE JOINTE 2

Lettre de mission

PREMIER
MINISTRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Pièce jointe 2

Paris, le 19 MAI 2025

Madame la Cheffe du service de l'Inspection générale des Finances
Monsieur le Chef du service de l'Inspection générale des Affaires Sociales

OBJET : Revue de dépense relative à la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie.

La loi de programmation des finances publiques (LPFP) pour la période 2023-2027 et la loi de finances pour 2023 prévoient la mise en place d'un dispositif d'évaluation de la qualité de l'action publique afin d'éclairer la préparation des textes financiers. Ce dispositif de revue de dépenses repose sur la conduite d'évaluations thématiques, menées annuellement sur l'ensemble du champ des administrations publiques (État, opérateurs, collectivités territoriales et sécurité sociale) afin d'irriguer les travaux budgétaires et parlementaires. Quatre vagues de missions ont été lancées depuis 2023 dont les résultats ont contribué à l'élaboration du projet de loi de finances pour 2024 et 2025. De nouvelles missions doivent être menées à présent, afin de préparer le projet de loi de finances pour 2026 et permettre d'assurer le respect de la trajectoire de finances publiques inscrite dans le plan budgétaire et structurel à moyen-terme (PSMT) et de garantir l'atteinte de nos objectifs.

La lutte contre la fraude sociale, dont le montant est estimé à 13 Md€ par an par le Haut conseil pour le financement de la Protection sociale (HCFIPS), constitue un impératif pour limiter le préjudice financier qui en découle pour les comptes publics, mais également pour assurer l'égalité de tous devant les charges publiques.

Parmi les sources de fraude, la fraude à la prescription et la facturation reste insuffisamment documentée bien que représentant entre 1,3 Md€ et 3,1 Md€.

Par nature, cette fraude est multiforme et concerne aussi bien la facturation d'actes non réalisés que des falsifications d'ordonnance ou encore des surfacturations. Elle touche par ailleurs les arrêts de travail, les transports sanitaires et les produits de santé, qui constituent les secteurs les plus « fraudogènes ».

Si les résultats de la CNAM dans la lutte contre les fraudes sont en nette progression, passant de 286 M€ en 2019 à 628 M€ en 2024, soit + 17 % par an en moyenne, cela ne représente encore que 14 % de l'estimation haute des fraudes à l'assurance maladie.

Dans ce contexte, je souhaite confier à l'inspection générale des finances et à l'inspection générale des affaires sociales **une mission concernant la fraude aux prescriptions et facturations.** Il vous est demandé de mener vos travaux selon les axes suivants :

- **Actualiser le montant estimé de ces fraudes, leur composition et leur dynamique, par typologie d'acteurs et de fraudes.** Elle pourra utilement identifier, au sein de cette typologie, d'éventuelles caractéristiques accentuant les risques de fraude, ainsi que de nouveaux types de fraudes, en lien notamment avec des activités émergentes ou en forte dynamique (audioprothèses, centres de santé par exemple). La mission pourra s'appuyer sur les travaux menés par le HCFiPS et la Cour des comptes, mais également par ceux menés en la matière par la CNAM depuis 2020 ;

- **Établir un état des lieux et une évaluation en termes d'efficience des mesures prises ces dernières années afin de lutter contre ces fraudes :** le bilan devra porter à la fois sur les dispositions législatives et réglementaires adoptées, mais également sur leur mise en œuvre opérationnelle, ainsi que sur les moyens mobilisés afin de rendre effective cette lutte ;

- **Sur cette base, formuler des recommandations pour renforcer la lutte contre la fraude aux prescriptions et facturations**, aussi bien d'un point de vue juridique que du point de vue des moyens opérationnels et organisationnels nécessaires. Les mesures proposées viseront non seulement à renforcer le recouvrement des indus liés à cette fraude, mais également à prévenir celle-ci, en réduisant en amont les actes frauduleux et le nombre de fraudeurs. Un point d'attention devra être porté aux outils numériques mobilisés en la matière (échange de données, entre administrations et avec les organismes complémentaires, systèmes d'information pour automatiser et améliorer les détections, dématérialisation des prescriptions médicales et feuilles de soins, etc.) ainsi qu'à la possibilité de déconventionnement des professionnels de santé responsables de ces fraudes. La coordination de la lutte contre les fraudes avec les complémentaires de santé, dans le cadre des échanges de ces dernières avec la CNAM, sera aussi investiguée, tout comme la coordination avec les autres services de l'État, notamment la MICAF, la DGFiP et l'URSSAF Caisse Nationale.

La mission s'inscrira dans un objectif clair d'identification d'économies réalisables sur le périmètre étudié, en vue d'une mise en œuvre dans le cadre des PLF et PLFSS pour 2026, permettant de baisser substantiellement la dépense publique indue.

La mission sera conduite en étroite collaboration avec la CNAM afin que les travaux menés puissent aboutir à une mise en œuvre concrète. Elle bénéficiera de l'appui de l'ensemble des directions ministérielles et opérateurs concernés par la lutte contre la fraude (DSS, DB, DGCCRF, DGS, DGOS, DG Trésor, DGFiP, URSSAF Caisse Nationale) et pourra utilement consulter l'UNCAM, l'UNOCAM, le HCN, la HAS et les sociétés savantes jugées pertinentes. La mission pourra enfin échanger avec d'autres acteurs privés confrontés à des problématiques de fraude notamment les complémentaires santé.

Je souhaite que les conclusions et recommandations de cette mission fassent l'objet d'un rapport définitif dans un délai de quatre mois.

François BAYROU