



## 14ème législature

<b>Question N° :</b> <b>41877</b>	De <b>M. Luc Chatel</b> ( Union pour un Mouvement Populaire - Haute-Marne )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Affaires sociales et santé		<b>Ministère attributaire</b> > Affaires sociales, santé et droits des femmes
<b>Rubrique</b> > sécurité sociale	<b>Tête d'analyse</b> > prestations	<b>Analyse</b> > fraudes. lutte et prévention.
Question publiée au JO le : <b>05/11/2013</b> Réponse publiée au JO le : <b>07/10/2014</b> page : <b>8402</b> Date de changement d'attribution : <b>27/08/2014</b>		

### Texte de la question

M. Luc Chatel interroge Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la lutte contre la fraude à l'assurance maladie. La délégation nationale à la lutte contre la fraude a publié récemment un bilan selon lequel 149,4 millions d'euros ont été détectés en 2012 pour fraude ou sommes indues, soit une hausse de 25 % par rapport à 2011. Une partie seulement de cette somme a pu être recouvrée. Une majorité de cette fraude est attribuée aux professionnels de santé : ainsi, l'assurance maladie aurait subi un préjudice de 17,3 millions d'euros du seul fait des infirmiers. Au regard de ces chiffres considérables, qui témoignent d'une tricherie massive, il lui demande de dresser un bilan des mesures entreprises pour lutter contre cette fraude et de préciser comment pourraient être renforcés les contrôles et les sanctions dans ce domaine.

### Texte de la réponse

L'assurance maladie (AM) a maintenu son engagement dans la lutte contre les fraudes et activités fautives à un niveau élevé grâce à une détection structurée et des investigations importantes. En 2013, le montant des fraudes et activités fautives détectées par l'AM s'élève à 167,1 millions d'euros, contre 149,4 millions d'euros pour l'année 2012. Cette évolution, dans la continuité de la progression quasi constante observée depuis 2005 (118 M€ détectés et stoppés en 2006), est notamment le résultat de l'investissement des organismes locaux d'assurance maladie, dont l'expertise développée en matière de détection, grâce en particulier au perfectionnement des outils, et en matière d'investigation se déploie sur le terrain pour obtenir des sanctions à la hauteur des infractions et des délits. Sur une période de 8 ans (2005-2012), le montant total des fraudes et activités fautives détectées s'élève à plus d'un milliard d'euros. Les organismes de l'AM engagent des contrôles d'activité de professionnel de santé appartenant à toutes les catégories. Concernant les contrôles d'infirmiers, le montant du préjudice subi en 2013 se monte à 18,3 M€ (17,3 M€ en 2012) pour des fraudes ou activités fautives détectées et stoppées par l'AM. Pour les transporteurs sanitaires et les taxis, le montant du préjudice détecté en 2013 pour des fraudes ou activités fautives s'élève à 17,6 M€ (12,7 M€ en 2012). Le plan annuel de contrôle de la branche maladie pour l'année 2014 porte entre autres sur les sujets suivants : le contrôle de l'activité des professionnels de santé, les fraudes à la facturation chez les transporteurs sanitaires et les fraudes à la réglementation aux indemnités journalières. Les professionnels de santé, qui présentent une activité atypique en termes d'indicateurs - nombre d'actes ou de prestations facturés à l'AM - font l'objet d'un ciblage particulier et de contrôles dédiés. En ce qui concerne les indemnités journalières, l'assurance maladie procède à des contrôles sur les prescripteurs ayant des profils atypiques. En effet, en 2013, les fraudes aux indemnités journalières ont représenté 6,8 millions d'euros de préjudice.

