



L'Assurance Maladie poursuit et renforce **une politique rigoureuse de détection et de sanction** à l'égard des comportements frauduleux, fautifs ou abusifs.

Depuis 2005, **plus de 2,1 milliards d'euros (Md€) de fraudes et activités fautives** ont été détectés et stoppés par l'Assurance Maladie sur le plan national.

L'Assurance Maladie a engagé une rénovation de sa stratégie de Lutte contre la fraude (LCF) qui s'est concrétisée par la mise en place des plans régionaux de LCF, le renforcement de l'accompagnement de son réseau, le développement de nouveaux programmes de contrôles, l'amélioration des méthodes de détection et l'enrichissement de son dispositif de formation « métier » dédié à la Lutte contre la fraude.

Elle continue d'améliorer ses résultats en ayant détecté et stoppé un montant de 270 M€ de fraudes et d'activités fautives en 2017 (+ 10 % par rapport à 2016). Ce sont 8 077 actions contentieuses (+ 8 % par rapport à 2016) qui ont été engagées en 2017. 2018 va confirmer cette évolution.



Et pour l'Yonne ? On suit la tendance nationale.

Les dépenses de santé - annuelles - représentent **près de 1 milliard d'euros** pour notre département, uniquement pour le Régime Général.

Pour cette année, le montant atteint 742 273 millions au 30/10/2018.

Le montant du « préjudice global » relevant de la **fraude** s'est lui élevé à **937 195 €** pour 2017.

Au 30 novembre 2018, la CPAM de l'Yonne justifie d'un montant de préjudice « fraude » de 808 146 €.

Soit un taux de fraude de l'ordre de **moins de 0,1 %**.

Les fraudeurs ne restent pas impunis, et ils le savent !

Le nombre de dossiers traités et enregistrés au 30/11/2018 est de 67.

Le respect de la réglementation est la base du principe d'égalité.



En matière d'Assurance Maladie, les contrôles vont concerner majoritairement les établissements de soins, les professionnels de santé et les assurés.

Les contrôles des employeurs relèvent davantage de la branche Recouvrement avec les Urssaf. Néanmoins, un travail de partenariat permet de découvrir des fraudes, notamment en matière d'indemnités journalières. Ce qui permet à la Caisse de porter plainte contre tout assuré qui percevrait des indemnités journalières tout en exerçant une activité non autorisée (pas nécessairement salariée).

Un contrôle à domicile en cas d'arrêt de travail. Un agent assermenté peut vérifier votre présence à votre domicile et le respect de vos obligations.

Les organismes locaux comme la CPAM de l'Yonne sont associés aux Comités opérationnels départementaux anti-fraudes (CODAF) placés sous l'égide des préfets et procureurs de la République. Cette instance permet des échanges de signalements de plus en plus nombreux et facilite la coordination locale des actions de lutte contre la fraude.

La Cnam invite également les directeurs des Caisses à se rapprocher de l'administration judiciaire locale pour davantage sensibiliser aux affaires de fraude à l'Assurance Maladie.

Des programmes nationaux favorisent les échanges de données entre les organismes de protection sociale.

