



Rapport IGF-IGAS sur la fraude à l'Assurance maladie :

Objet : Position de la Fédération Nationale des Infirmiers

Septembre 2026

La Fédération Nationale des Infirmiers ne conteste évidemment ni la nécessité de lutter contre la fraude ni l'exigence de bonne utilisation des fonds de l'Assurance maladie. Les fraudeurs doivent être identifiés et sanctionnés. Mais encore faut-il distinguer la fraude intentionnelle, les abus, les erreurs de cotation et les difficultés inhérentes à une réglementation devenue extraordinairement complexe.

Or, à la lecture du rapport IGF-IGAS¹ paru en octobre 2025 et rendu publique cette semaine par le site vie-publique, la FNI constate une tendance préoccupante : **les infirmiers libéraux sont progressivement transformés, par accumulation de chiffres bruts, de corrélations statistiques et de considérations techniques, en profession à risque**, sans que ne soit jamais véritablement démontré que leurs pratiques seraient intrinsèquement plus fraudogènes que celles des autres professionnels.

La lutte contre la fraude mérite mieux qu'un raisonnement par amalgames.

330 millions d'euros : un chiffre spectaculaire qui ne dit presque rien de la propension des infirmiers à frauder

Le rapport met en avant un chiffre qui sera inévitablement repris : les infirmiers représenteraient **330 millions d'euros de fraudes détectées et stoppées entre 2016 et 2024**, soit le montant cumulé le plus élevé parmi les professions présentées dans le tableau, devant les pharmaciens. Pour 2024, le montant est de 56 millions d'euros.

Mais que signifie réellement ce chiffre ?

Il ne correspond ni au nombre d'infirmiers fraudeurs, ni au pourcentage d'infirmiers fraudeurs, ni à un taux de fraude rapporté au chiffre d'affaires de la profession, ni même au montant exclusivement imputable à de la fraude pénalement caractérisée.

Le rapport adopte en effet un périmètre particulièrement large, puisqu'il travaille sur le continuum « **faute-abus-fraude** », dans lequel peuvent entrer des cotations inappropriées, des erreurs réglementaires ou des interprétations de nomenclature qui n'ont rien à voir avec une escroquerie organisée. Présenter 330 millions d'euros sans fournir simultanément le **dénominateur** est méthodologiquement très discutable.

Les infirmiers libéraux réalisent des centaines de millions d'actes chaque année, auprès d'une population souvent âgée, dépendante ou polypathologique. Leur activité est massivement facturée directement à l'Assurance maladie : le rapport lui-même relève que le tiers payant dépasse **99,5 % des actes infirmiers**. Plus une profession produit d'actes remboursables et plus elle fonctionne en tiers payant, plus les montants susceptibles d'être contrôlés et détectés sont mécaniquement importants.

Comparer les professions en valeur absolue sans rapporter les anomalies au volume d'activité revient donc à comparer des kilomètres parcourus sans tenir compte du nombre de véhicules.

¹ <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/304357.pdf>

La densité infirmière associée statistiquement à davantage de fraude : attention au procès en causalité

Le rapport va plus loin en indiquant que, selon son modèle, **un ETP infirmier supplémentaire pour 100 000 habitants s'accompagne d'une hausse du préjudice détecté**, toutes choses égales par ailleurs.

La formulation est particulièrement dangereuse si elle sort de son contexte.

Une corrélation statistique n'établit pas que la densité infirmière crée de la fraude.

Dans les territoires comptant beaucoup d'infirmiers, on trouve généralement davantage de soins infirmiers, davantage de personnes âgées ou dépendantes et davantage d'activité remboursée.

Il est donc parfaitement plausible que davantage d'activité génère davantage de montants contrôlés et, mécaniquement, davantage d'anomalies détectées. Le rapport reconnaît d'ailleurs lui-même que les disparités départementales peuvent être liées à la pyramide des âges, aux politiques locales de ciblage, à l'expérience des équipes de lutte contre la fraude ou à l'intensité du contrôle.

Transformer cette corrélation en soupçon porté sur les territoires à forte densité infirmière serait donc scientifiquement abusif.

Les flux dégradés : le rapport identifie un suspect avant d'avoir établi le délit

Le raisonnement développé sur la carte Vitale est sans doute l'élément qui appelle la réaction la plus ferme.

Le rapport observe que les infirmiers figurent parmi les professions recourant fortement aux flux dégradés et suggère un lien entre ces flux et le risque de facturation d'actes fictifs. Mais quelques lignes plus loin apparaît une information capitale : **la CNAM n'a pas été en mesure de communiquer à la mission la part des flux dégradés effectivement retrouvée dans les fraudes détectées et stoppées.**

Autrement dit : **le lien statistique central sur lequel repose une partie de la démonstration n'est pas documenté.**

Cela n'empêche pourtant pas la mission d'aller jusqu'à envisager un taux maximal de flux dégradés, potentiellement fixé autour de 2 %, assorti de sanctions administratives pour les professionnels en cas de dépassement. On passe ainsi d'une hypothèse de risque non quantifiée à une proposition de sanction.

Pour la FNI, cette inversion de la charge de la preuve est inacceptable.

Le flux dégradé n'est pas synonyme de fraude. Il constitue aussi une réponse opérationnelle aux réalités du soin à domicile : patients dépendants, personnes désorientées, urgences, changement de domicile, carte inaccessible ou oubliée, difficultés techniques, interventions multiples et contraintes de tournée.

Le domicile n'est pas un guichet administratif.

Une vision technocratique du domicile qui méconnaît profondément la réalité d'une tournée infirmière

Le rapport estime que les difficultés rencontrées par les infirmiers pour utiliser la carte Vitale en tournée relèveraient désormais davantage d'une « **évolution des pratiques** » que d'un problème technique, au motif que des lecteurs portables ou sans contact existent et sont peu coûteux.

Cette appréciation est particulièrement révélatrice.

Une tournée infirmière ne consiste pas à passer de terminal de paiement en terminal de paiement. L'infirmier entre chez une personne parfois grabataire, réalise un soin, évalue une situation clinique, échange avec l'entourage, coordonne avec le médecin ou le pharmacien et doit poursuivre sa tournée dans des délais souvent extrêmement contraints.

Considérer que la principale difficulté serait désormais de convaincre l'IDEL de modifier ses pratiques revient à réduire le soin à domicile à un problème de télétransmission.

La FNI peut parfaitement entendre la nécessité de sécuriser les flux. Mais toute évolution devra être construite avec les professionnels et évaluée au regard de son **impact réel sur le temps de soin**, et non imposée à partir d'une vision théorique de l'exercice à domicile.

Le rapport fournit lui-même la démonstration que toutes les anomalies ne sont pas des fraudes

C'est probablement la contradiction la plus intéressante du document.

Les auteurs reconnaissent explicitement la **complexité des nomenclatures**, les erreurs de bonne foi et les difficultés de cotation rencontrées par les professionnels. Sur 321 millions d'euros d'anomalies liées aux erreurs de facturation et de cotation, **28 % correspondent même à des erreurs défavorables aux professionnels de santé**, c'est-à-dire à des sommes qu'ils auraient pu percevoir mais qu'ils n'ont pas facturées.

Voilà qui relativise singulièrement l'idée selon laquelle l'anomalie de facturation serait nécessairement le produit d'une stratégie d'optimisation.

La nomenclature infirmière est devenue au fil des années un empilement de règles, d'interdictions de cumul, de majorations, de forfaits et d'interprétations locales. Dans ce

contexte, la frontière entre erreur, divergence d'interprétation, indu et fraude doit être protégée avec la plus grande rigueur.

C'est précisément pourquoi la FNI considère que **la lutte contre la fraude ne peut pas devenir une politique industrielle de récupération d'indus.**

Et le rapport reconnaît d'ailleurs implicitement la pertinence de cette approche puisqu'il cite favorablement le dispositif MIPPS destiné aux infirmiers libéraux nouvellement installés, qui privilégie l'accompagnement, l'explication des bonnes pratiques et le contrôle pédagogique.

La position portée par la FNI

La FNI soutiendra sans ambiguïté la lutte contre les escroqueries organisées, les actes fictifs et les détournements volontaires de fonds publics.

Mais elle refusera tout autant que **135 000 professionnels infirmiers ou l'ensemble des IDEL soient placés sous suspicion collective à partir de chiffres en valeur absolue et de rapprochements statistiques insuffisamment démontrés.**

Avant toute nouvelle contrainte spécifique aux infirmiers libéraux, la FNI demandera donc que l'Assurance maladie produise des données incontestables : taux de fraude rapporté aux dépenses de la profession, nombre et proportion de professionnels concernés, distinction entre fraude intentionnelle, faute, abus et erreur de cotation, poids réel des flux dégradés dans les fraudes constatées et comparaison normalisée entre professions.

On ne construit pas une politique publique de contrôle à partir d'un soupçon statistique.

La lutte contre la fraude doit cibler les fraudeurs. **Elle ne doit jamais conduire à traiter une profession entière comme un fraudeur potentiel.**

Et surtout, sécuriser l'Assurance maladie ne peut pas signifier **bureaucratiser encore davantage le soin à domicile au détriment du temps consacré aux patients.**

Fait à Paris le 1^{er} septembre 2026