



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Réponse de Madame la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale à la question parlementaire n° 2999 du 8 octobre 2025 de l'honorable Député Monsieur Mars Di Bartolomeo.

- Quelles fraudes et quels abus ont été constatés ?

La majorité des fraudes et abus de la part des assurés consiste en la production de faux mémoires d'honoraires (p.ex. faux acquittements), d'ordonnances médicales falsifiées (notamment en vue de se procurer des médicaments) ou de faux certificats d'incapacité de travail (p.ex. modifications au niveau des dates du certificat ou certificats acquis en ligne sans consultation d'un médecin autorisé à exercer).

La CNS rencontre également des cas d'affiliations de complaisance afin de bénéficier indument d'indemnités pécuniaires de maladie ou de maternité et/ou de congé parental. Ces affaires sont traitées en étroite collaboration avec les autres institutions de sécurité sociale concernées

Du côté des prestataires, la tendance des abus et fraudes penche vers une facturation d'actes fictifs non réalisés, une facturation d'actes à des dates fictives et une facturation d'actes dépassant le principe de l'utile et le nécessaire prévu à l'article 23 du Code de la sécurité sociale¹.

Dans le cadre des affaires de violation du principe de l'utile et du nécessaire, la CNS demande systématiquement l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

- Quelles ont été, le cas échéant, les sanctions ?

Les sanctions appliquées sont prévues par le Code de la sécurité sociale, les statuts de la CNS et le Code pénal.

Pour les assurés, les sanctions vont du refus de prise en charge des prestations de soins de santé ou fournitures prescrites, à la demande de restitution de sommes indument touchées, voire à l'imposition d'amendes d'ordre.

Pour les prestataires, les sanctions sont également le refus de prise en charge et la demande de restitution des sommes indument prises en charge.

En cas de violation des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires, la CNS procède également à la saisine de la Commission de surveillance.

Cette dernière décide d'un renvoi ou non devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

¹ Art. 23 du Code de la sécurité sociale : « Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Les prestations à charge de l'assurance maladie 3) ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. »



Au cas où le Conseil arbitral de la sécurité sociale juge les faits comme avérés, il peut prononcer les sanctions suivantes prévues à l'article 73bis du Code de la sécurité sociale :

- *une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros ;*
- *la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux ;*
- *la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés ;*
- *la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire. »*

Dans les cas où la CNS constate dans le chef d'assurés ou de prestataires des faits susceptibles de constituer un crime ou un délit (essentiellement une escroquerie à subvention et/ou un faux et usage de faux), elle dénonce les faits au Procureur d'État.

Dans des jugements récents ont été prononcées les sanctions suivantes :

Au pénal :

- peine d'emprisonnement de 12 mois (avec sursis intégral), amende de 1.500 EUR et remboursement à la CNS du dommage subi du chef des infractions de faux et usage de faux (articles 196 et 197 du Code pénal) et d'escroquerie à subvention (article 496-1 du Code pénal) par un prestataire (falsification d'ordonnances médicales) ;
- peine d'emprisonnement de 12 mois, amende de 3.500 EUR et remboursement à la CNS du dommage subi du chef des infractions de faux et usage de faux (articles 196 et 197 du Code pénal) et d'escroquerie à subvention (article 496-1 du Code pénal) par un assuré (falsification d'ordonnances médicales) ;
- peine d'emprisonnement de 6 mois (avec sursis intégral) et amende de 3.000 EUR du chef de l'infraction de faux et usage de faux (articles 196 et 197 du Code pénal) par un assuré (certificat médical d'incapacité de travail acquis en ligne) ;
- peine d'emprisonnement de 9 mois (avec sursis intégral) et remboursement à la CNS du dommage subi du chef des infractions de faux et usage de faux (articles 193, 196 et 197 du Code pénal) et d'escroquerie à subvention (articles 496-1 et 496-2 du Code pénal) par un assuré (fausses factures d'hospitalisation).

Au Conseil arbitral de la sécurité sociale :

- 15.000 EUR d'amende d'ordre au profit de la CNS contre deux prestataires ayant violé les règles de facturation (les montants indûment perçus ont été remboursés) ;
- 1.000 EUR d'amende d'ordre au profit de la CNS et la restitution des montants indûment perçus contre un prestataire ayant facturé des actes à des dates fictives, voire des actes non réellement prestés ;



- la restitution du montant indument perçu augmenté des intérêts légaux pour transgression de certaines dispositions normatives applicables en matière de facturation (cumul d'actes non autorisé).

- Y a-t-il eu des recours et avec quels résultats ?

Depuis 2024, la CNS a procédé à :

- Environ 350 amendes d'ordres à l'égard d'assurés par voie de décision présidentielle ; 4 assurés ont introduit un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale contre la décision ;
- 33 dénonciations pénales contre des assurés ;
- 9 dénonciations pénales contre des prestataires ;
- 6 dénonciations pénales contre des employeurs ;
- 14 saisines de la Commission de surveillance à l'encontre de prestataires.

Dans la plupart des affaires pénales introduites depuis 2024, l'instruction pénale ou l'enquête sont encore en cours.

Dans 7 des 14 saisines de la Commission de surveillance, celle-ci a d'ores et déjà retenu une violation des règles et prononcé le renvoi devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Dans 3 affaires une transaction a pu être conclue entre la CNS et le prestataire.

Dans les autres affaires, la CNS attend soit la décision de la Commission de surveillance, soit une date de réunion.

Luxembourg, le 29 octobre 2025

La Ministre de la Santé
et de la Sécurité sociale

(s.) Martine Deprez