



Fraude à l'assurance dans le secteur de la santé

Suva Medical

Si la grande majorité du secteur de la santé travaille de manière responsable, certains abusent du système. Les décomptes fictifs ou excessifs occasionnent des dommages importants. Découvrez les coulisses de la Suva pour comprendre comment elle identifie ces cas, les distingue et les combat systématiquement.

26 Juin 2026

Rédigé par

Roger Bolt, responsable de la lutte contre la fraude à l'assurance, Suva

Liens d'intérêts potentiels

L'auteur déclare également les liens économiques ou personnels suivants:

- Aucun

Les collaborateurs et collaboratrices du secteur de la santé accomplissent un travail important, œuvrant chaque jour pour aider les personnes à reprendre le cours de leur vie et retrouver leur quotidien.

Malgré cet engagement sans faille, la fraude à l'assurance est une réalité, y compris parmi les fournisseurs de prestations. Une minorité, mais active, de médecins, thérapeutes, personnels soignants et d'hôpitaux soumet volontairement à la Suva des factures pour des examens ou des traitements qui n'ont même pas eu lieu. Dans d'autres cas, des prestations excessives sont facturées, par exemple en comptabilisant des thérapies ou des examens médicalement non nécessaires.

L'erreur est humaine!

Toute erreur dans un décompte de prestations n'est pas synonyme de fraude à l'assurance. Afin d'identifier et de corriger les imprécisions à un stade précoce, la Suva pratique une gestion active des frais de traitement. Les factures entrantes sont d'abord contrôlées de manière automatique. Si le système détecte des incohérences, elles sont transmises aux spécialistes frais de traitement de la Suva. Sur la base de leurs connaissances spécialisées, ils évaluent si la facture doit être payée ou retournée à son émetteur pour révision. En cas d'informations peu claires, la Suva demande des documents complémentaires aux fournisseurs de prestations.

Des contrôles rigoureux et une lutte efficace contre la fraude

Celui qui perçoit intentionnellement des prestations indues nuit au système et jette également une mauvaise image sur les nombreux spécialistes du secteur de la santé qui accomplissent chaque jour un travail remarquable. Pour qu'ils puissent exercer leur activité sans soupçon généralisé, la Suva ne tolère aucune fraude à l'assurance et lutte systématiquement contre celle-ci.

Des contrôles automatisés, des données comparatives et des contrôles de plausibilité médicale permettent à la Suva de constater des anomalies. En cas d'erreurs ou d'informations manquantes, la Suva fait appel aux spécialistes qui procèdent à des clarifications approfondies et, si nécessaire, réclament des remboursements. La Suva peut ainsi déterminer s'il s'agit d'un cas de fraude. Une plainte est déposée en cas de transmission répétée et volontaire de décomptes erronés par un fournisseur de prestations.

Autres formes de fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance ne se limite pas aux fournisseurs de prestations, mais concerne également des personnes et entreprises assurées auprès de la Suva. Il y a fraude à l'assurance, par exemple, dès lors qu'une entreprise fournit sciemment des données salariales erronées ou dissimule certaines informations salariales pour payer des primes trop basses. Le travail au noir en fait également partie: lorsque des travailleurs et travailleuses sont rémunérés en espèces sans décompte de primes pour la Suva ou d'autres assurances sociales, il s'agit d'une fraude. Les personnes assurées peuvent également se rendre coupables de fraude en percevant intentionnellement des rentes, des indemnités journalières ou des frais de traitement injustifiés. Dans des cas isolés, elles mettent en scène des accidents ou feignent des blessures afin d'obtenir frauduleusement des prestations.

Efficacité de la lutte systématique contre la fraude

Rien qu'en 2025, une lutte ciblée contre la fraude a permis d'économiser 43,7 millions de francs. Pour ce faire, la Suva a analysé 2067 cas en raison d'un soupçon d'escroquerie, qui s'est confirmé dans 671 cas clôturés. Depuis le lancement de la lutte contre la fraude à l'assurance, la Suva a économisé plus de 347 millions de francs. La Suva contribue ainsi à ce que les prestations et primes versées soient justes et qu'une parfaite équité règne sur la place économique et le marché de la santé helvétiques.

Exemple de fraude à l'assurance dans le secteur de la santé

Un médecin disposant de deux cabinets remettait régulièrement les décomptes de frais de traitement à la Suva. Ces décomptes semblaient à première vue corrects et conformes aux tarifs. Un contrôle plus attentif a cependant permis aux spécialistes de constater qu'il décomptait un nombre d'heures de travail anormalement élevé, parfois plus de 24 heures par jour, voire les jours où il était prouvé qu'il était en vacances.

Le ministère public a découvert qu'en plus des factures en bonne et due forme, le médecin remettait des décomptes falsifiés et facturait des prestations qui n'ont jamais été fournies. Au total, il a causé des dommages de plus de 2,7 millions de francs au sein de plusieurs assurances-maladie et assurances-accidents.

Il a fait l'objet d'une plainte pénale. Il n'a actuellement plus le droit de pratiquer, répond de ses actes devant la justice et rembourse l'argent indûment touché.

Adresse de correspondance

Roger Bolt
Suva, lutte contre la fraude à l'assurance
roger.bolt@suva.ch