

**Contrôle et lutte contre les abus et la fraude :  
des sanctions toujours plus lourdes**

Depuis plus de 3 ans, la lutte contre la fraude, les fautes et les abus s'est intensifiée et professionnalisée au sein de l'Assurance Maladie avec un objectif affiché : faire cesser les activités illicites, sanctionner sévèrement leurs auteurs et dissuader.

Dans le domaine de la fraude, assurés, professionnels de santé ou employeurs fraudeurs sont condamnés lourdement.

En 2008, les actions engagées par les Caisses ont abouti à **230 condamnations pénales** : les peines de prison sont d'une durée moyenne de 8 mois<sup>1</sup> et le nombre de journées de prison ferme a été multiplié par 3 depuis 2005.

Par ailleurs, les instances ordinales ont prononcé **près de 300 interdictions d'exercer** à l'encontre de professionnels de santé, suite aux plaintes déposées par l'Assurance Maladie.

L'action de l'Assurance Maladie vise également à lutter contre les abus et les fautes, qui détournent des ressources collectives dédiées à la prise en charge de personnes malades et doivent être réprimés.

Dans ce cadre, les tribunaux civils et administratifs ont formulé **200 condamnations** en 2008, pour un montant de 3,5 millions d'euros. Les Caisses d'Assurance Maladie ont prononcé **521 pénalités financières**<sup>2</sup> d'un montant moyen de 1 500 euros, contre 201 pénalités en 2007.

Sous l'égide des différents ministères concernés, l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie se mobilise ainsi, en partenariat avec les différents acteurs de la lutte contre la fraude et les abus : organismes sociaux mais aussi police, gendarmerie et institutions judiciaires.

### ***Les principales actions menées en 2008***

Le programme de lutte contre la fraude et les abus a permis de réaliser **132 millions d'euros d'économies**, dépassant largement l'objectif fixé pour 2008 (110 M€).

Au total, depuis 2005, les économies directes réalisées s'élèvent à près de 360 millions d'euros.

En 2008, l'Assurance Maladie a développé de nouveaux volets d'actions au niveau national :

- **Près de 4 700 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** ont été contrôlés au cours de l'année.
- **Des sociétés de transports sanitaires, des pharmacies d'officine, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes** ont fait l'objet d'une attention particulière pour réprimer des activités éventuellement frauduleuses.

Comme prévu par la loi<sup>3</sup>, **le dispositif de mise sous accord préalable de médecins**, utilisé jusqu'ici pour les arrêts de travail uniquement, a été élargi en 2008 aux prescriptions de transports sanitaires et d'actes de masso-kinésithérapie. Près de **450 médecins libéraux** ont été concernés par ce dispositif en 2008 contre 120 en 2007.

<sup>1</sup> Peine de prison ferme et avec sursis

<sup>2</sup> Procédure autorisée par la Loi du 13 août 2004

<sup>3</sup> Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 élargissant le dispositif de mise sous accord préalable à toutes les prescriptions de médecins libéraux.

Parallèlement, les actions déjà engagées ont été poursuivies et renforcées :

- **Etablissements de santé : 458 nouveaux établissements ciblés** en 2008, soit près de 1 500 contrôles depuis 2006 et 32,6 millions d'euros économisés.
- **Arrêts de travail : plus d'1 million de contrôles** en 2008 contre 900 000 en 2007 et 700 000 en 2006.
- **Actions propres des Caisses** : en progression constante, elles ont permis d'économiser **60,7 millions d'euros en 2008 contre 26,8 millions € en 2007**.

Mais aussi lutte contre les trafics de traitements substitutifs aux opiacés, contrôle de la chirurgie esthétique, respect de l'ordonnancier bizonne...

En 2009, l'Assurance Maladie poursuivra ses efforts et intégrera dans son programme national de nouveaux thèmes tels que le contrôle des laboratoires d'analyse médicale, de l'hospitalisation à domicile, des fournisseurs de produits et matériels médicaux, etc.

**Mais elle souhaite aussi rappeler que si la fraude reste le fait d'une minorité de personnes parmi les 64 millions de français, les 2 millions d'employeurs et les 285 000 professionnels de santé en lien avec l'Assurance Maladie, elle doit être cependant sévèrement dissuadée et réprimée.** Les montants concernés par la lutte contre la fraude sont également à mettre en perspective avec celui des remboursements de soins : 125 milliards d'euros chaque année.

## 1. Des infractions réprimées, des sanctions conséquentes

---

L'Assurance Maladie dispose aujourd'hui d'un arsenal répressif complet et dissuasif, allant de la mesure administrative ou de la pénalité financière prononcées par la Caisse, à la procédure pénale engageant les services de police, de gendarmerie et judiciaires.

Les Caisses d'Assurance Maladie poursuivent dorénavant de manière systématique les responsables d'infractions : actions administratives, ordinaires (Conseil de l'ordre des médecins, des pharmaciens ...), civiles mais aussi pénales.

Les fraudeurs sont condamnés à des sanctions importantes : **à titre d'exemple, l'auteur de contrefaçons de prescriptions médicales en vue d'un trafic de produits stupéfiants a été condamné en septembre 2008 à 2 ans de prison ferme.**

Les actions engagées débouchent également sur des interdictions d'exercer pour les professionnels de santé : **3 ans d'interdiction pour un médecin** coupable de plusieurs infractions (abus d'actes, fraudes à la facturation, dépassements d'honoraires non autorisés, usage de procédés non conformes aux données de la science, etc.) ; **3 ans également d'interdiction (et 18 mois de prison avec sursis) pour un pharmacien** suite à des facturations de médicaments non prescrits, non délivrés ou facturés à l'Assurance Maladie en quantités supérieures ...

Au total, les plaintes déposées par les Caisses d'Assurance Maladie ont abouti en 2008 à :

- **230 condamnations pénales** : les peines de prison s'élèvent, en moyenne, à près de 8 mois (ferme et avec sursis). Les instances pénales ont prononcées en 2008 près de **49 000 journées de prison, dont plus de 15 000 pour la prison ferme**. Pour mémoire, ce chiffre était 3 fois moins élevé en 2005 avec 4 900 journées de prison ferme prononcées. Les condamnations financières ont représenté, quant à elles, 2,3 millions €.
- **Près de 200 décisions civiles** : il s'agit des actions menées devant les tribunaux civils et administratifs (TASS, tribunaux d'instance, etc.) pour la réparation du préjudice financier. En 2008, le total des condamnations s'élève à 3,5 millions €.
- **289 interdictions de donner des soins** ont été prononcées par les Ordres professionnels, suite aux plaintes déposées par l'Assurance Maladie. 78% des décisions prises aboutissent à des interdictions de donner des soins.

Enfin, le dispositif des pénalités financières, mis en place par la loi du 13 août 2004, est chaque année plus utilisé par les Caisses d'assurance maladie : **521 pénalités ont été prononcées en 2008, contre 201 en 2007 et 48 en 2006**. Le montant moyen des pénalités sur l'année est de 1 500 € avec un maximum à 5 400 €.

Pour mémoire, ce dispositif prévoit que le Directeur d'une Caisse d'Assurance Maladie puisse prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un assuré, d'un employeur, d'un établissement ou d'un professionnel de santé qui enfreint le Code de la Sécurité Sociale. Il permet une procédure plus légère et une sanction rapide des infractions avérées, en respectant le principe contradictoire et après avis d'une commission ad hoc.

A noter, la loi de financement de la sécurité sociale 2009 a renforcé le dispositif des pénalités financières afin de dissuader toujours plus les fraudeurs éventuels et d'adapter le montant des pénalités à la nature de l'infraction commise : le champ d'application des pénalités est élargi tandis que leur plafond est considérablement augmenté et proportionnel à la gravité des faits.

## 2. Les principales actions menées en 2008 <sup>4</sup>

---

### ▪ **Etablissements de santé :**

#### Contrôle de la tarification à l'activité des établissements (T2A) :

Dans ce domaine, les fautes concernent en premier lieu des facturations d'hospitalisations pour des actes qui n'en relèvent pas (tels que les consultations externes) ou des doubles facturations (facturation en soins de ville d'actes déjà inclus dans le forfait remboursé par l'Assurance Maladie).

**458 établissements MCO<sup>5</sup> (sur 1 400 au total) ont été contrôlés sur l'année** (255 hôpitaux publics et 203 cliniques privées). Au-delà de la récupération des indus, 41 établissements ont fait l'objet d'une procédure de sanctions financières par l'ARH (sur proposition de l'Assurance Maladie). Depuis 2006, ce sont plus de 1 500 contrôles d'établissements sur site qui ont été menés.

**En 2008, les économies réalisées grâce à ce volet s'élèvent à 32,6 millions d'euros, soit près de 112 millions d'euros depuis 2005.**

#### Contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

L'année 2008 s'est caractérisée par le lancement d'un programme national exhaustif de contrôle des EHPAD. **Une très large majorité de ces établissements a été contrôlée : 4 689 sur un total de 5 551.**

15,4 millions d'euros d'infractions ont été détectés et stoppés. Ce programme ayant débuté au cours de l'année, 4,5 millions d'euros ont été économisés en 2008 et les procédures se poursuivent.

### ▪ **Prestations en espèces :**

#### Indemnités journalières

La fraude aux indemnités journalières peut conduire à des sanctions lourdes pour les assurés : en septembre 2008, suite à une plainte d'une CPAM du centre de la France, une personne qui avait produit de faux bulletins de paie et attestations de salaires a été condamnée **à 2 mois de prison ferme et au remboursement du préjudice financier subi par la Caisse** (11 172 € au titre des indemnités d'arrêts de travail versées).

**En 2008, les services médicaux de l'Assurance Maladie ont contrôlé plus d'1 million d'arrêts maladie** (contre 900 000 en 2007 et 700 000 en 2006) : près de 239 000 arrêts de courte durée et 788 000 arrêts de longue durée. Sur les contrôles ciblés d'arrêts de courte durée, 13% ont été considérés comme non justifiés et le versement des indemnités journalières stoppé.

Pour mémoire, depuis août 2007, à partir du 45<sup>ème</sup> jour, tous les arrêts de travail sont contrôlés. Pour ceux de courte durée, les contrôles ciblent prioritairement les assurés ayant des arrêts fréquents ou répétés.

En 2008, **146 médecins généralistes**, dont les prescriptions d'indemnités journalières étaient fortement supérieures à la moyenne nationale, ont été mis sous accord préalable pour une période de 6 mois maximum. Cette action a généré 13,3 millions d'euros d'économies.

---

<sup>4</sup> Cf Tableau détaillé des économies réalisées en page 7

<sup>5</sup> Etablissements MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

- **Médicaments :**

Respect de l'ordonnancier bizonne :

**En 2008, 278 médecins ont été identifiés, 169 pénalités financières prononcées.**

Engagé en 2006, le contrôle de l'ordonnancier bizonne (prise en charge à 100% des soins en rapport avec l'affection de longue durée uniquement) est un exemple particulièrement probant.

La démarche globale de l'Assurance Maladie (sensibilisation, information des assurés et des professionnels de santé, visites des délégués de l'Assurance Maladie, contrôles...) a favorisé le respect des règles.

**C'est pourquoi le montant détecté pour ce type de faute a nettement diminué : 1,3 M€ en 2008, contre 7,5 M€ en 2007 et 20 M€ en 2006.**

Traitements de substitution aux opiacés et mégaconsommants :

**Dans ce domaine également, l'analyse des données de l'Assurance Maladie montre une baisse très sensible du montant des fraudes détectées à méthode de ciblage identique : 3,9 millions d'euros contre 7,1 M€ et 9,7 M€ en 2006 et 2007.** Là aussi, ce résultat témoigne de l'impact des actions menées par l'Assurance Maladie en étroite collaboration avec les services de police. En avril 2007, l'arrestation d'une bande organisée, spécialisée dans le trafic de Subutex, a permis de porter un coup au trafic.

Concernant le contrôle des mégaconsommants, c'est-à-dire des assurés ayant des volumes de consommation très importants pouvant relever de fraudes ou d'abus<sup>6</sup>, **plus de 1 800 personnes ont été identifiées en 2008 et les contrôles sont actuellement en cours.** D'année en année, le nombre de « mégaconsommants » repérés avec les mêmes critères diminue.

- **Autres prescriptions en nature (hors pharmacie) :**

Transports sanitaires :

**Le programme national de contrôle des transports sanitaires a débuté en 2008.**

Plus de **400** sociétés de transports ont été contrôlées de manière détaillée : facturations (vérification des prescriptions de transports, de la réalité des transports réalisés, surfacturations éventuelles, etc.) et conditions d'exercice (autorisation des véhicules, diplômes des personnels, ....).

A titre d'exemple, dans la région Rhône-Alpes, le contrôle d'une société de transports a révélé plusieurs anomalies : falsifications de prescriptions, doubles et surfacturations, etc. **Le gérant de l'entreprise a été condamné à 15 mois de prison avec sursis, une mise à l'épreuve de 3 ans, plus de 40 000 € de dommages et intérêts et des amendes complémentaires.**

Parallèlement, le dispositif de mise sous accord préalable de médecins, prescripteurs excessifs de transports sanitaires, initié en cours d'année, a concerné **140 professionnels.**

Actes de masso-kinésithérapie :

L'extension du dispositif de mise sous accord préalable à de nouveaux thèmes a également intégré les prescriptions de masso-kinésithérapie en 2008 : 150 médecins libéraux ont été mis sous accord préalable.

Et parallèlement une action dédiée a été développée afin de repérer les activités potentiellement frauduleuses ou infractions de certains masseurs-kinésithérapeutes.

---

<sup>6</sup> Hors patients en ALD.

- **Honoraires médicaux :**

Contrôle de la chirurgie esthétique :

**21 000 ententes préalables** ont été reçues et contrôlées en 2008 par les médecins-conseils de l'Assurance Maladie pour s'assurer que les interventions relèvent bien de la chirurgie réparatrice (prise en charge) et non esthétique (non remboursée). Le taux de refus sur l'année s'élève à plus de 20%, près de 10,8 millions d'euros d'économies ont été enregistrés (24 M€ depuis 2006). 145 chirurgiens ont été contrôlés, les procédures sont en cours.

- **Actions propres des Caisses :**

Les actions d'initiative locale enregistrent des résultats positifs : **plus de 60 millions d'euros d'économies en 2008, contre 27 M€ en 2007 et 16 M€ en 2006.**

Ce progrès continu illustre ainsi la mobilisation et l'implication grandissante du réseau de l'Assurance Maladie dans le domaine de la lutte contre la fraude, fautes et abus.

A titre d'exemple, une Caisse de l'ouest de la France a révélé une importante fraude au sein d'une pharmacie d'officine, avec un préjudice estimé à 90 000 €. L'attention de la caisse a été attirée par des facturations mensuelles de traitements longs et coûteux. Les investigations menées ont permis de mettre en évidence des facturations de médicaments non prescrits, non délivrés ou facturés en quantités supérieures aux quantités prescrites. Une plainte a été déposée par l'Assurance Maladie auprès du service de police judiciaire.

Le Tribunal correctionnel a condamné **le pharmacien titulaire à 18 mois de prison avec sursis et 3 ans d'interdiction d'exercice, le pharmacien salarié complice à 12 mois de prison avec sursis.**

### 3. Un objectif 2008 largement dépassé : 132 millions d'euros économisés

- **Près de 360 millions d'euros d'économies directes depuis 2005**

En 2008, la politique de contrôles et de lutte contre la fraude a de nouveau fait preuve de son efficacité : **131,7 millions d'euros d'économies directes ont été réalisés sur l'année, dépassant l'objectif fixé pour 2008 (110 M€)**. Ces économies représentent les sommes effectivement récupérées sur la totalité des fraudes, fautes et abus détectés et stoppés.

Au total, depuis le lancement du programme national en 2005, **ce sont 358,2 millions d'euros qui ont été économisés, soit l'équivalent de l'acquisition de 260 IRM ou de la prise en charge de 210 000 assurés pendant un an<sup>7</sup>**.

#### Montant des économies directes réalisées en matière de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus entre 2005 et 2008

Thèmes	2005	2006	2007	2008	2005-2008
<b>Etablissements de santé</b>					
Contrôle de la tarification à l'activité des établissements (T2A)		24	55,1	32,6	<b>111,7</b>
EHPAD				4,5	<b>4,5</b>
<b>Prestations en espèces</b>					
Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières		23,1	11,3	13,3	<b>47,7</b>
<b>Médicaments</b>					
Contrôle des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne		18	7,6	0,1	<b>25,7</b>
Traitements substitutifs aux opiacés/ Mégaconsommants		2,3	5	1,7	<b>9,0</b>
<b>Autres prestations en nature</b>					
Contrôle des transporteurs				4,5	<b>4,5</b>
<b>Honoraires médicaux</b>					
Contrôle de la chirurgie esthétique		2,7	10,9	10,8	<b>24,4</b>
<b>Actions locales et autres</b>					
Actions d'initiative locale	10,4	16,3	26,8	60,7	<b>114,2</b>
<b>Autres actions</b>					
		4,2	8,8	3,5	<b>16,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10,4</b>	<b>90,6</b>	<b>125,5</b>	<b>131,7</b>	<b>358,2</b>

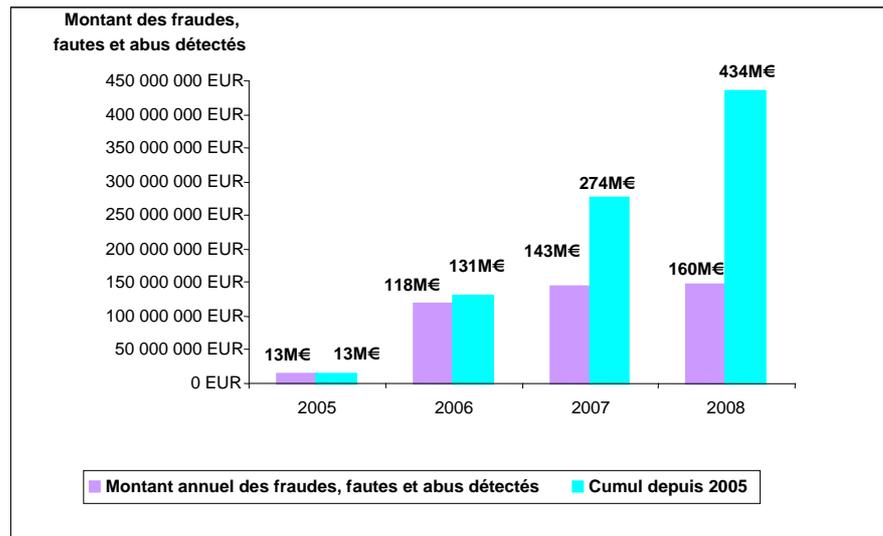
<sup>7</sup> Sur un an, un assuré du Régime général a perçu, en moyenne, 1890 € de remboursements de soins par l'Assurance Maladie (données 2006).

- **Montant des fraudes, fautes et abus détectés et stoppés**

**Rappel :**

Les montants des fraudes, fautes et abus détectés et stoppés correspondent aux montants estimés pour le préjudice financier subi par l'Assurance Maladie, à l'origine des contentieux qu'elle engage.

Les montants des économies directes constatées correspondent aux montants qu'elle a récupérés, notifiés ou évités de manière directe par l'interruption de la fraude, ou aux montants qui ont été prononcés par une instance judiciaire.



- **L'impact financier indirect**

L'impact financier indirect de la lutte contre la fraude va bien au-delà des seules économies « nettes » comptabilisées ci-dessus. En effet, l'objectif d'un programme national de contrôles est à la fois de sanctionner les comportements « déviants » mais aussi de prévenir ces abus ou fraudes et d'inciter au respect des règles. Les programmes de contrôle sont systématiquement associés aux actions contractuelles de maîtrise médicalisée permettant ainsi d'obtenir un effet de levier plus important.

Les évaluations de l'Assurance Maladie montrent ainsi un impact significatif pour plusieurs thèmes : **dans le cas de la lutte contre les arrêts de travail injustifiés, les actions menées depuis 2005 au titre de la maîtrise médicalisée, des contrôles systématiques d'arrêts de travail et des contrôles ciblés des prescripteurs représentent une économie indirecte de plus d'1,3 milliard d'euros en 2007 !** (cf annexe 2).

Pour le respect de l'ordonnancier bizonne, les actions menées auprès des médecins (sensibilisation, échanges confraternels et contrôles pour certains) ont entraîné des changements de comportements mesurables : les économies indirectes sont ainsi estimées pour 2007 à **80 millions d'euros** (cf annexe 2).

## 4. Le programme 2009

---

En 2009, à l'instar des années précédentes, l'Assurance Maladie poursuivra son programme de contrôle et de lutte contre la fraude avec la même dynamique : maintenir les efforts sur les thèmes déjà couverts et en intégrer de nouveaux dans son volet national.

**Au total, l'impact financier pour 2009 est estimé à 150 millions d'euros de fraudes, abus et fautes détectés et stoppés.**

Parmi les nouveaux thèmes du volet national en 2009 :

- **Etablissements de santé :**

L'Assurance Maladie élargira son action à l'hospitalisation à domicile : vérification de la facturation et de la réalité des soins effectués.

La facturation de médicaments et de produits de la Liste des Produits et Prestations, déjà compris dans les forfaits hospitaliers versés par l'Assurance Maladie, fera également l'objet d'une attention particulière.

- **Prestations en espèces :**

En 2009, le programme national étendra son champ aux pensions d'invalidité ou rentes d'accidents de travail. Les entreprises soupçonnées d'être des coquilles vides et les emplois fictifs seront également étroitement réprimés.

- **Médicaments :**

Le contrôle des pharmacies sera renforcé en 2009 afin de détecter et réprimer les pratiques frauduleuses de certaines d'entre elles. Il s'agit notamment de sanctionner des infractions telles que la facturation de médicaments non prescrits, non délivrés ou la réalisation de renouvellements fictifs...

Une cellule spécialisée sur les pharmacies, composée d'experts, a ainsi été créée en 2008.

- **Autres prescriptions en nature (hors pharmacie) :**

Contrôle des laboratoires d'analyse médicale et des fournisseurs de produits et matériels médicaux : ces axes, initiés en 2008, seront intensifiés au cours de l'année.

Actes facturés à tort à l'Assurance Maladie par les sociétés d'assurance : initiée par le Régime Social des Indépendants, cette action consiste à rejeter la prise en charge d'actes médicaux réalisés dans le cadre d'un prêt immobilier par exemple, à la demande de société d'assurance. En effet, les examens réalisés dans ce cadre n'ont pas vocation à être remboursés par la collectivité mais relèvent des assureurs.

- **Gestion des droits :**

Ces actions, menées au niveau local, seront amplifiées pour réprimer les fraudes à l'ouverture des droits.

- **L'information sur la lutte contre les abus et les fraudes**

L'information fait partie intégrante de la lutte contre les abus et les fraudes.

La médiatisation permet ainsi d'agir en toute transparence, d'informer le public sur les actions menées et d'alerter sur les risques et les sanctions auxquels s'exposent ceux qui ne respectent pas les règles.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie s'attache à communiquer de manière régulière sur son programme d'actions et les résultats enregistrés.

Au total les actions engagées depuis plusieurs années portent indéniablement leurs fruits : meilleur respect des règles, résultats chiffrés, changements mesurables des comportements...

Rappelons aussi que la fraude en tant que telle est le fait d'une extrême minorité de personnes parmi les 63 millions de Français, les 2 millions d'employeurs et les 285 000 professionnels de santé en lien avec l'Assurance Maladie.

## **Annexe 1 : Exemples de fraudes, fautes et abus détectés et stoppés**

---

### ▪ **Fraude à la déclaration de ressources**

Deux personnes, n'ayant pas déclaré le décès d'un parent ont bénéficié des prestations et allocations sociales auxquelles celui-ci pouvait prétendre de son vivant.

Suite à une plainte déposée par la Caisse, l'un des assurés a été condamné par le tribunal correctionnel à **6 mois d'emprisonnement** dont 4 mois avec sursis et l'autre, à **12 mois de prison** dont 10 mois avec sursis. Les deux assurés ont été condamnés solidairement au paiement de **72 092 €** au titre des dommages et intérêts.

### ▪ **Fraude aux indemnités journalières**

Suite à des investigations, une Caisse a constaté qu'un salarié d'une société, avant le rachat de celle-ci par un repreneur, avait travaillé pendant des périodes indemnisées par l'Assurance Maladie et ce, avec la complicité de l'employeur de l'époque.

L'assuré a reconnu son infraction. La Caisse a notifié **un indu de 10 258 €** et **une pénalité financière d'un montant de 1 000 €**.

### ▪ **Fraude au sein d'un laboratoire d'analyses médicales**

**Une salariée d'un laboratoire d'analyses médicales a établi des prescriptions d'analyses** à partir d'ordonnances pré-identifiées au nom de plusieurs médecins. Elle recevait par la suite sur son compte bancaire les remboursements correspondants. La Caisse d'Assurance Maladie a rencontré les médecins concernés et pu ainsi établir que ces ordonnances relevaient de faux en écritures.

En novembre 2008, le tribunal correctionnel a décidé **d'une peine de 2 ans d'emprisonnement avec sursis, d'une mise à l'épreuve de 3 ans et d'une condamnation** à verser à la Caisse la somme de 21 140 € et de 1 937 € à titre de dommages et intérêts.

### ▪ **Fraude d'un infirmier**

Lors du contrôle de l'activité d'une infirmière du sud de la France, de nombreuses anomalies ont été détectées par le service du contrôle médical : facturations d'actes fictifs, doubles facturations d'actes de soins infirmiers, facturations erronées d'indemnités forfaitaires de déplacement, non respect de la nomenclature générale des actes professionnels...

Suite à la plainte de la Caisse, le Conseil régional de l'Ordre a prononcé à l'encontre de l'infirmière **une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux d'une durée de 12 mois** dont six avec sursis.

L'infirmière condamnée devra, par ailleurs, reverser à la CPAM les sommes qu'elle a indûment perçues (7 897€).

### ▪ **Fraude d'un pharmacien d'officine**

Des assurés ont signalé à leurs Caisses qu'ils recevaient des **décomptes mentionnant le remboursement à une pharmacie de médicaments alors que ceux-ci ne leur avaient pas été prescrits ni délivrés**.

Le service du contrôle médical avait, par ailleurs, constaté des anomalies lors de précédents contrôles. Enfin, cette pharmacie figurait dans la liste des pharmacies suspectes de pratiques frauduleuses, objet d'un programme de contrôle mis en œuvre au niveau national.

Les investigations menées localement ont permis de révéler de nombreuses infractions dans la facturation, notamment pour des médicaments particulièrement onéreux. Le préjudice sur une période de 30 mois s'élevait à **190 000 euros**.

Les actions contentieuses mises en œuvre sont, d'une part, **une plainte pénale** - non jugée à ce jour – et, d'autre part, **des plaintes ordinales**. Le conseil national de l'Ordre des pharmaciens a prononcé **une interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant une durée de 5 ans dont 2 avec sursis**.

▪ **Fraude d'un transporteur sanitaire**

Une Caisse a analysé l'activité d'une entreprise de transports sanitaires sur une période de deux ans (2005-2007) et a constaté :

- **la circulation de plusieurs véhicules qui ne disposaient pas de l'agrément préalable de la Préfecture,**
- **la présence dans l'entreprise d'un salarié n'ayant pas les diplômes requis pour composer l'équipage d'une ambulance.**

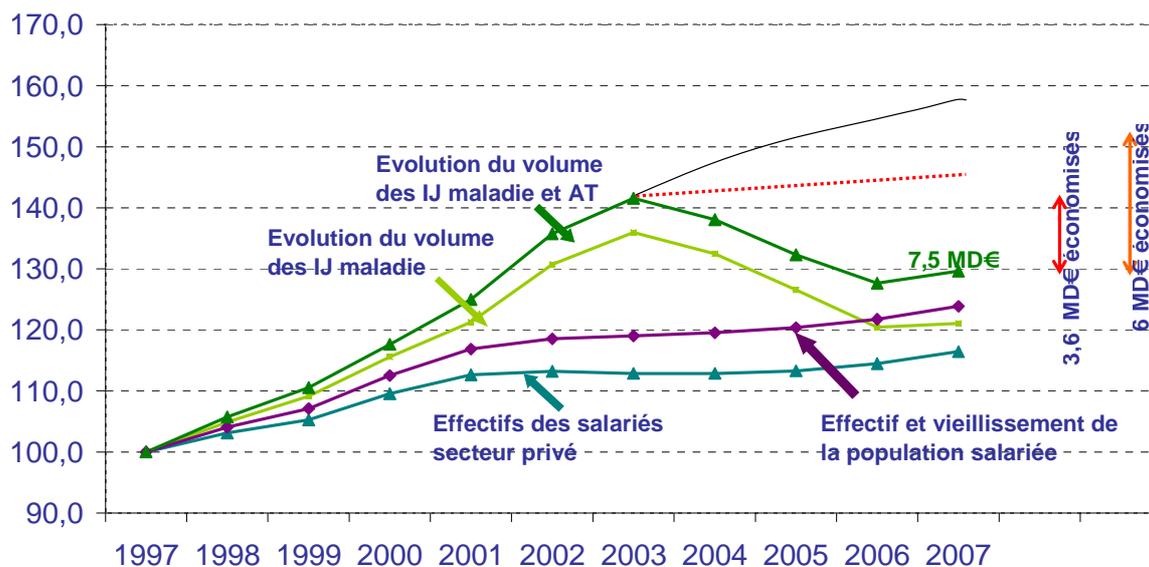
Le préjudice total subi par le Caisse s'élevait ainsi à **93 714 €**, somme représentant la totalité des sommes prises en charge pour un véhicule et un équipage non habilités.

Une plainte pénale a été déposée auprès du procureur de la République contre l'entreprise de transports.

## Annexe 2 : Mesure de l'impact indirect de la lutte contre la fraude

### ▪ Indemnités journalières

L'évolution du volume des IJ (maladie et AT) constatée depuis 1997, comparée à ce qu'elle aurait été si elle avait suivi l'évolution de la population salariée (effectif, ou effectif et structure d'âge)



Le graphique montre, qu'après une augmentation de plus de 35% sur la période 1997-2003, l'évolution des courbes d'indemnités journalières (maladie et accidents du travail) s'inversent en 2003, année de lancement d'un 1<sup>er</sup> programme de contrôle par l'Assurance Maladie. Cette baisse s'est maintenue jusqu'en 2006, puis on enregistre une certaine stabilité entre 2006 et 2007.

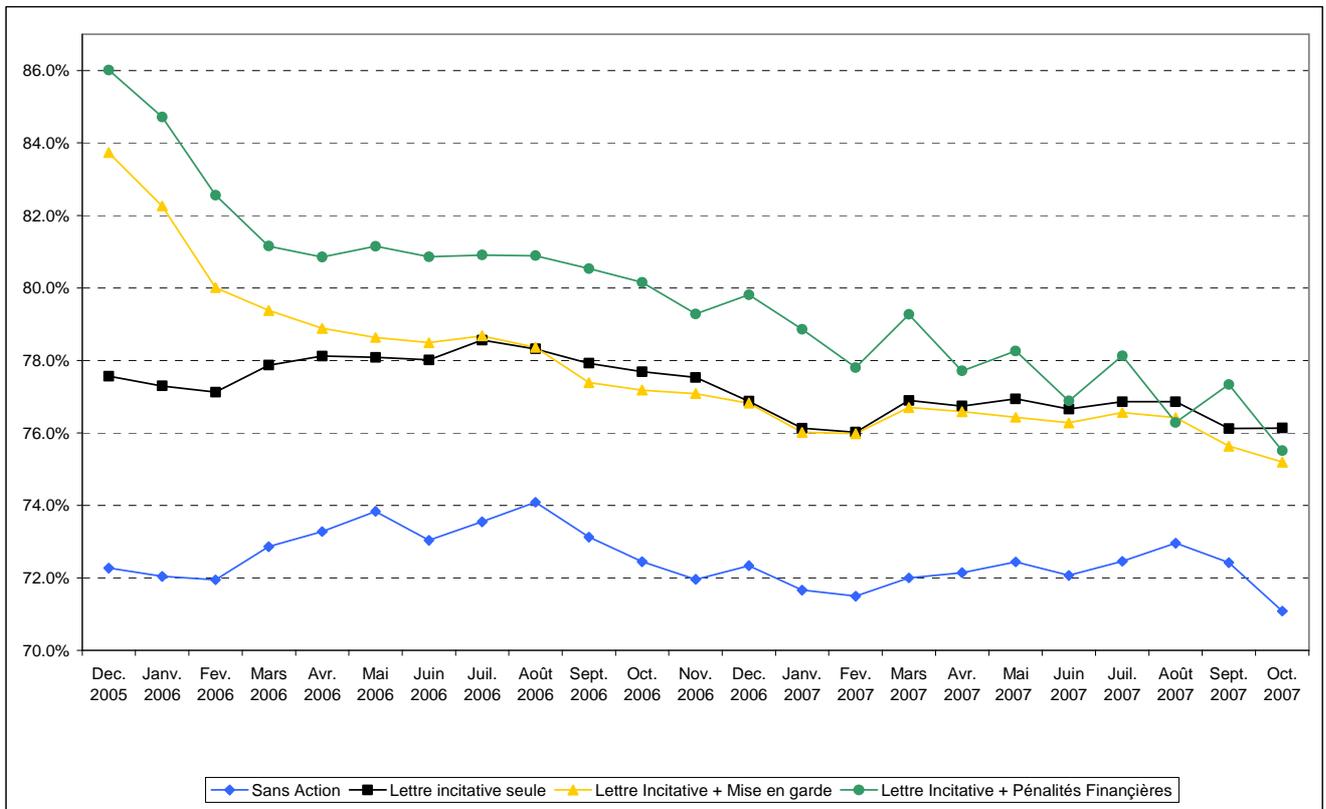
Au total, la baisse des arrêts de travail a permis de réaliser une économie particulièrement importante, notamment si les indemnités journalières avaient poursuivi leur hausse tendancielle et celle du vieillissement et de la population salariée.

Le plan de gestion des risques lancé en 2003 et associant plusieurs démarches (sensibilisation des assurés et des professionnels de santé, contrôles ciblés des arrêts de courte durée, mise sous accord préalable de certains médecins libéraux prescripteurs excessifs, contrôle systématique des arrêts de longue durée...) a porté ses fruits et permis d'inverser la tendance observée.

**En 2007, l'impact indirect de ce plan de gestion des risques est évalué à 1,3 milliard d'euros.**

- **Respect de l'ordonnancier bizonne**

### Evolution du ratio ALD en fonction des actions menées par l'Assurance Maladie



**Le contrôle de l'utilisation de l'ordonnancier bizonne a pour objectif d'inciter l'ensemble des médecins à utiliser celui-ci à bon escient.** La finalité n'est ainsi pas de punir à tout prix mais bien de prévenir les comportements excessifs.

Le graphique ci-dessus montre ainsi clairement l'impact respectif des différentes actions de contrôle menées : lettre incitative, mise en garde, pénalités financières ...

Ainsi, si les médecins traditionnellement sur-prescripteurs au sein de l'ordonnancier bizonne reste à un niveau plus élevé que les autres, on constate un changement de comportement net parmi les médecins ayant fait l'objet d'une action. Pour les praticiens ayant été sanctionné d'une pénalité financière, l'inflexion est la plus forte : le ratio des dépenses en ALD (prises en charge à 100%) passe de 86% en décembre 2005 à moins de 76% en octobre 2007.