

Contrôles et lutte contre la fraude : Comment l'Assurance Maladie agit et pour quels résultats ?

En 2006, 143 personnes ont été condamnées à des peines de prison ferme ou avec sursis pour avoir escroqué l'Assurance Maladie.

223 actions civiles et 1616 actions pénales ont été engagées.

351 interdictions de donner des soins allant de 1 mois à plus d'un an ont été prononcées par les Conseils des Ordres professionnels.

Peines de prison, amendes (3,3 millions d'euros en 2006), interdictions de donner des soins : ceux qui fraudent risquent de lourdes peines.

L'Assurance Maladie veille à ce que les ressources confiées par la collectivité ne soient pas détournées par un petit nombre. Aussi rares soient-ils, les cas d'abus et de fraudes doivent être sanctionnés. Et « pour être efficaces, les sanctions doivent être proportionnées, adaptées et être réellement mises en œuvre. »¹

En décembre dernier², les premiers résultats du plan de contrôle national de l'Assurance Maladie montraient 6 fois plus de fraudes et abus détectés en 2006 qu'en 2005 pour un montant de 120 millions d'euros. Cette somme correspond par exemple au coût de 91 appareils d'IRM ou au coût de fonctionnement annuel de 4 hôpitaux publics moyens.

Sans contrôler plus³, l'Assurance Maladie contrôle mieux en ciblant davantage et en appliquant les mêmes méthodes sur tout le territoire. Résultat : ses contrôles atteignent leur cible et débouchent sur des actions contentieuses, des mesures administratives⁴.

Depuis la loi d'août 2004, l'Assurance Maladie dispose aussi de nouveaux outils qui lui permettent d'agir de façon plus adaptée et proportionnée à l'infraction.

Moins de 180 généralistes auront ainsi été mis sous accord préalable pour leurs prescriptions d'arrêts de travail en 2006 et 2007. Cette mesure qui ne concerne qu'un nombre marginal de médecins (la France compte 54 000 généralistes) représente 35 millions d'euros d'économies pour l'Assurance Maladie.

Quant aux pénalités financières, tous les acteurs sont concernés : assurés, professionnels de santé, employeurs. Près de 1 300 actions⁵ ont été engagées dans le cadre de cette procédure et 48 pénalités financières ont été prononcées.

Le 16 octobre dernier, l'Assurance Maladie a lancé le premier volet du contrôle de la chirurgie plastique. En 6 mois, **près de 10 000 ententes préalables ont été contrôlées et près d'une sur deux a été refusée**, permettant à l'Assurance Maladie d'économiser **4,7 millions d'euros**.

Les actions menées par l'Assurance Maladie en 2006 ont réduit le préjudice lié aux fraudes et abus de 90 millions d'euros² mais la vigilance et les efforts doivent être constants. Parmi les mesures proposées le 19 juin suite à l'avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses : le renforcement des contrôles sur les arrêts de travail de longue durée à partir du 45^{ème} jour (au lieu du 60^{ème}).

¹ *La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle*. Le Conseil des prélèvements obligatoires. Mars 2007. La Documentation française.

² Cf dossier de presse du 14/12/06, Contrôle et lutte contre les abus et les fraudes, des premiers résultats positifs. CNAMTS.

³ Le nombre de contrôles a même été divisé par cinq sur les professionnels de santé depuis 2002

⁴ cf exemples de cas concrets en annexe

⁵ 1291 lettres de mise en garde

I – Retour sur les actions engagées en 2006 et les résultats obtenus

L'Assurance Maladie a présenté son plan de contrôle national en 2006. Elle a annoncé clairement ses axes prioritaires de contrôle.

Tous les acteurs du système de santé qui commettent des infractions sont concernés : assurés, professionnels de santé, employeurs. Ceux qui fraudent ou abusent du système prennent le risque de se voir infliger des sanctions pénales, civiles, ordinaires, des pénalités financières ou des mesures administratives.

Les contrôles sont organisés selon des processus nationaux afin de garantir un traitement équitable des personnes, des établissements de santé ou des entreprises sur l'ensemble du territoire. Ils sont également ciblés à partir de critères objectifs, quantifiés et indiscutables : à titre d'exemple le nombre de professionnels de santé contrôlés a été divisé par 5 entre 2003 et 2006, mais les sanctions sont plus nombreuses.

1 - En 2006, 1 616 procédures pénales ont été engagées par les caisses d'Assurance Maladie. Les personnes poursuivies risquent de la prison (ferme ou avec sursis) ou des condamnations financières.

○ *Les peines de prison ferme ou avec sursis prononcées en 2006*

En 2006, **143 personnes ont été condamnées à des peines de prison** avec ou sans sursis (118 en 2005, soit une augmentation de 21,2%).

Sur les 30 000 journées de prison prononcées en 2006, 79 % le sont avec sursis.

- **6 300 jours de prison ferme** (4 900 en 2005, soit une augmentation de 28,6%)
- **23 000 jours de prison avec sursis** (20 000 en 2005, soit + 16%)

Par ailleurs, on note qu'il y a eu moins de relaxes : 11 cas en 2005 et 7 en 2006 (-36,4%).

○ *Les condamnations financières en 2006*

Les instances pénales ont prononcé des condamnations financières dont le montant global s'élève à **2,4 millions d'euros** contre 2 millions en 2005, soit une augmentation de 19 %.

Tableau I : Dénombrement des décisions définitives des juridictions pénales prises au cours des années 2005 et 2006

Année	Décisions des juridictions pénales						Montant total des condamnations en euros (peine [amende], dommages et intérêts, frais de procédure)
	Nb de classements sans suite ou de non lieu	Nb de relaxes	Nb de pers condamnées à des peines de prison avec ou sans sursis	Nb total jours de prison ferme	Nb total de jours de prison avec sursis	Nb de pers condamnées à des travaux d'intérêt général	
Année 2005	173	11	118	4 900	19 856	6	2 012 182
Année 2006	202	7	143	6 299	23 074	4	2 400 957
Evolution 2005/2006	16,8%	-36,4%	21,2%	28,6%	16,2%	-33,3%	19,3%

2 – En 2006, 223 actions civiles ont été engagées par les caisses primaires d'assurance maladie

Les condamnations financières prononcées par les juridictions civiles et administratives s'élèvent à **925 000 euros en 2006**, soit 3 fois plus qu'en 2005 (305 000 euros).

3- En 2006, 422 nouvelles actions ordinaires ont été engagées (tableau ci-dessous)

Au cours de l'année, 351 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux ont été prononcées à l'encontre de professionnels de santé par les Conseils des Ordres professionnels (contre 285 en 2005).

La durée de l'interdiction de donner des soins varie de 1 mois à plus d'un an. La durée la plus souvent prononcée étant entre 1 et 6 mois.

En 2006, les Conseils des Ordres professionnels ont prononcé :

- 29 interdictions de donner des soins de plus d'un an (soit 21% de plus que l'an dernier)
- 33 interdictions de donner des soins entre 6 mois et un an (+ 13,8%)
- 221 entre 1 et 6 mois (+35%)
- 68 inférieures à 1 mois

A noter que 2 médecins ont fait l'objet d'une suspension d'exercice pour activité dangereuse au terme d'une procédure préfectorale engagée par le service du contrôle médical.

Tableau II : Dénombrement des décisions définitives des instances ordinaires (SAS du CRO, du CNOM, Conseil d'Etat) prises au cours des années 2005 et 2006

Année	Avertissement	Blâme sans publication	Blâme avec publication	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux				Nombre de rejets	Total
				< 1 mois	> 1 mois et < 6 mois	> 6 mois et < 1 an	> 1 an		
Année 2005	39	21	12	68	164	29	24	22	379
Année 2006	26	24	15	68	221	33	29	24	440
Evolution 2005/2006	-33,3%	14,3%	25,0%	0,0%	34,8%	13,8%	20,8%	9,1%	16,1%

II - L'utilisation des nouveaux outils de la loi d'août 2004

La loi du 13 août 2004 a placé la lutte contre la fraude parmi ses objectifs prioritaires et a instauré des mesures administratives (mises sous accord préalable) et des outils de sanctions (pénalités financières) offrant une palette d'actions plus adaptées.

1- La mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail

Rappel : l'article 25 de la loi du 13 août 2004 (art. 162-1-15 du Code de la Sécurité Sociale) instaure une procédure administrative qui permet de vérifier toutes les prescriptions d'arrêts de travail faites par un médecin avant leur paiement et pendant une durée déterminée. Le seuil à partir duquel cette pratique est considérée abusive est déterminé au niveau national.

Les médecins qui sont mis sous accord préalable sont ceux qui prescrivent **plus de quatre fois plus et demie** que leurs confrères. En moyenne les médecins généralistes prescrivent 2 200 indemnités journalières par an mais certains médecins en prescrivent plus de 10 000.

Sur 2006 et 2007, 180 médecins généralistes (sur 54 000) au plus, auront été mis sous accord préalable. Si cette mesure ne concerne qu'un petit nombre de médecins (la France compte 54 000 généralistes), les sommes en jeu sont relativement conséquentes. Cette procédure permet en effet à l'Assurance Maladie de réaliser **35 millions d'euros d'économies.**

La mesure a d'abord concerné les médecins généralistes mais l'activité des spécialistes est actuellement en cours d'analyse. Certains feront l'objet de cette procédure de mise sous accord préalable en 2007.

2- Les pénalités financières

Rappel : l'article 23 de la loi du 13 août 2004 (art. 162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale) prévoit que le directeur d'une caisse d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé. Un décret pris en Conseil d'Etat le 25 août 2005 a fixé les modalités d'application de cet article et c'est en 2006 que le dispositif a vraiment commencé à donner des résultats.

En 2006, les caisses d'Assurance Maladie ont déclenché 1291 procédures de pénalités financières qui ont débouché sur l'envoi de lettres de mise en garde.
48 pénalités financières ont également été prononcées dans le même temps.

- Les **1 291 lettres de mises en garde** envoyées par les caisses ont concerné :
 - 1049 professionnels de santé
 - 239 assurés
 - 3 employeurs

- Sur les **48 pénalités financières prononcées** :
 - 36 concernent des assurés
 - 11 des professionnels de santé
 - 1 un employeurLe montant de ces pénalités s'élève à 65 592 € pour l'ensemble des acteurs

Quels sont les motifs à l'origine des pénalités financières ?

- **Pour les professionnels de santé**

Sur les 11 pénalités prononcées, 8 se rapportaient au programme national de contrôle sur les prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne.

- **Pour les employeurs**

La pénalité prononcée concernait la production d'une fausse attestation de salaire.

- **Pour les assurés**

La moitié des dossiers concernait des fausses déclarations de ressources pour obtenir des Fonds de solidarité invalidité (FSI).

Motifs	Nombre de pénalités concernées
Fausse déclarations de ressources pour obtenir les FSI	18
Activité pendant un arrêt de travail	14
Fournitures de faux bulletins de salaires ou fausses attestations de salaires	2
Fausse déclarations de ressources CMU complémentaire	1
Fausse ordonnances	1
Total	36

III- Contrôle de la chirurgie plastique prise en charge par l'Assurance Maladie

L'objectif pour l'Assurance Maladie est de ne rembourser que les actes qu'elle doit prendre en charge, à savoir les actes de chirurgie réparatrice. Certaines personnes tentent en effet de faire prendre en charge par l'Assurance Maladie des actes de chirurgie esthétique comme s'il s'agissait d'actes de chirurgie plastique réparatrice.

1- Le premier volet du plan de contrôle national a été lancé le 16 octobre 2006.

Il consiste à vérifier systématiquement toutes les demandes d'ententes préalables reçues par les services du contrôle médical. Le changement des modalités de contrôle avait été travaillé avec les instances représentatives des chirurgiens plasticiens puis annoncé par la Caisse nationale d'Assurance Maladie aux professionnels à travers le congrès de chirurgie esthétique des 13, 14 et 15 novembre 2006 et des instances représentatives de ces professionnels (sociétés savantes et syndicats).

Depuis le 16 octobre 2006, ce sont **9 955 ententes préalables** qui ont ainsi été réceptionnées et contrôlées. **Près de la moitié d'entre elles ont fait l'objet d'un avis défavorable.**

Sur les 9 955 ententes préalables reçues :

- Il y a eu 5 859 accords de prise en charge par l'Assurance Maladie
- 830 demandes ont été rejetées car elles concernaient des actes non soumis à entente préalable ou non pris en charge par l'Assurance Maladie.
- 2 323 ont fait l'objet d'un avis défavorable pour motif médical ou pour motif administratif
- 580 ont fait l'objet d'un avis technique impossible (non présentation à la convocation du service du contrôle médical)
- 363 dossiers sont en cours de traitement (au 31/03/2007)

Au terme de cinq mois et demi de contrôle des ententes préalables, **l'économie réalisée par l'Assurance Maladie est estimée à 4,7 millions d'euros** au 31 mars 2007.

2- Dans un deuxième temps, l'Assurance Maladie passera au crible l'analyse d'activité des professionnels de santé et des établissements ciblés. Ce 2^{ème} volet du plan de contrôle national débute au troisième trimestre 2007

3- Le troisième volet ciblera les assurés bénéficiaires de chirurgie esthétique réalisée en dehors du territoire national et facturée à l'Assurance Maladie sous couvert de chirurgie aiguë inopinée telle qu'une appendicectomie. Il débutera au quatrième trimestre 2007.

Quelques exemples d'actes inscrits à la CCAM pris en charge par l'Assurance Maladie sous certaines conditions et dans certaines indications uniquement

Dermolipectomie abdominale – acte soumis à entente préalable

Indications dans lesquelles cet acte est pris en charge par l'Assurance Maladie : chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire (après amaigrissement pour obésité morbide ; dans les suites de la chirurgie bariatrique ; en post opératoire ou après grossesse)

Rhinoseptoplastie – acte soumis à entente préalable

Indications dans lesquelles cet acte est pris en charge par l'Assurance Maladie : troubles fonctionnels ou malformations : séquelles de fente labio-alvéolaire et autres malformations nasales, problèmes de ventilation liée à la valve nasale, séquelles de traumatisme nasal (ensellure, déviation)

Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique – acte soumis à entente préalable

Indications dans lesquelles cet acte est pris en charge par l'Assurance Maladie : reconstruction d'un sein pour absence congénitale (agénésie) ou acquise (mastectomie)

Exemple d'un acte inscrit à la CCAM et non pris en charge par l'Assurance Maladie :

lissage [lifting] cervicofacial bilatéral, par abord direct

ANNEXE 1

Quelques exemples d'actions engagées par l'Assurance Maladie et de condamnations En 2006 et début 2007

1- Fraudes commises par des assurés

Cas n°1

Faux bulletins de salaires et perception d'indemnités journalières pour maladie et maternité

Mécanisme de la fraude : Une assurée a fourni des faux bulletins de salaire établis au nom d'un ancien employeur pour percevoir des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie puis au titre de l'assurance maternité.

Actions entreprises : La CPAM a mené les investigations et déposé plainte auprès du Procureur de la République. Un procès verbal a été établi par le commissariat central.

L'assurée a été condamnée à 10 mois de prison avec sursis et au remboursement intégral de l'indu.

Cas n°2

Faux bulletins de salaires et pension d'invalidité

Mécanisme de la fraude : Un assuré a fait une fausse déclaration sur le questionnaire destiné au calcul de la pension d'invalidité qu'il devait toucher. Il a également réalisé un faux bulletin de salaire pour obtenir des indemnités journalières supérieures à celles qu'il devait percevoir. De plus, il recevait simultanément son salaire et des indemnités journalières.

Actions entreprises : La CPAM a déposé plainte devant le tribunal correctionnel.

L'assuré a été condamné à un an d'emprisonnement dont 9 mois avec sursis et mise à l'épreuve pendant 3 ans. Il a également été condamné au paiement de 70 000 € pour le préjudice et les dommages et intérêts.

Cas n°3

Fabrication de fausses ordonnances

Mécanisme de la fraude : Il s'agissait dans ce cas, de la fabrication de fausses ordonnances par trois hommes qui revendaient ensuite les médicaments au marché noir.

Actions entreprises : La CPAM s'est constituée partie civile. Le Tribunal correctionnel a condamné les trois prévenus à des peines de prison : 1 an de prison ferme pour le premier, 6 mois de prison ferme pour le deuxième et 6 mois de prison dont 2 avec sursis et de mise à l'épreuve pour le troisième.

Par ailleurs, la perquisition effectuée dans le cadre de ce dossier a aussi permis de découvrir des faux billets de banque et différents documents d'état civil scannés.

2- Fraudes commises par des professionnels de santé

Cas n°1

Facturation d'actes réalisés par une autre personne que le médecin

Mécanisme de la fraude : un médecin gynécologue obstétricien a facturé des actes qui avaient en réalité été effectués par une infirmière ou une sage-femme salariées.

Actions entreprises : la CPAM a porté plainte et la chambre criminelle de la Cour de Cassation a confirmé le jugement condamnant le médecin à 4 mois d'emprisonnement avec sursis et 15 000 euros d'amende.

Cas n°2

Délivrance et facturation fictive de produits de santé par un pharmacien

Mécanisme de la fraude : un pharmacien est poursuivi parce qu'il facturait des produits de santé qu'il ne délivrait pas.

Deux techniques principalement utilisées dans cette fraude :

- la saisie de prescriptions fictives intercalées avec des prescriptions réelles
- la facturation de renouvellements non prescrits, souvent en majorant les quantités

Actions entreprises : Le pharmacien a reconnu le caractère frauduleux des facturations dans leur totalité. Il a déclaré être lui-même l'auteur des fausses déclarations lui ayant permis de se faire rembourser des quantités importantes de médicaments non délivrés.
Une plainte ordinaire a été déposée à l'encontre du pharmacien devant la section des assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens.

Cas n°3

Facturation d'actes fictifs par un médecin

Mécanisme de la fraude : Ce médecin facturait, entre autres, de nombreux actes fictifs et des majorations non prescrites pour la nuit et les jours fériés.

Actions engagées : le Conseil régional de l'Ordre des médecins a été saisi et ce praticien a fait l'objet d'un déconventionnement de 2 mois.

ANNEXE 2 – Les résultats du programme 2006

Thèmes	Objectifs 2006	Montant des fraudes, fautes, abus détectés en 2006	Montant des économies réalisées en 2006
Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières	30	23,1	23,1
Contrôle des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne (ville et hôpital)	17	20	18
Contrôle de la tarification à l'activité des établissements (T2A)	15	35	23,9
Contrôle de la chirurgie esthétique	10	10	2,7
- Mégaconsommants et - traitements substitutifs aux opiacés	2,4	7,1	2,3
Actions loco-régionales	15	20,3	16,25
Autres programmes : - Facturation frauduleuse d'un acte de biologie médicale (calcul de la clairance de la créatinine) - pratiques frauduleuses des pharmacies d'officine - fraudes en bandes organisées	12	2,4	4,3
TOTAL	101,4	117,9	90,5