

Pour faire face aux « coups de la vie », nous luttons contre le coût de la fraude

## **BILAN FRAUDE 2018 DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE DE NORMANDIE**

**En agissant sur la fraude aux prestations et sur la fraude aux cotisations, les organismes de protection sociale de Normandie contribuent à contenir le budget de la Sécurité sociale et ainsi à préserver le droit de chacun de bénéficier d'une protection (santé, famille, retraite).**

### Bilan fraude 2018 de l'Assurance Maladie de Normandie

En France, l'accès aux soins et à la santé est un droit pour tous. Ce droit a une contrepartie pour tous les acteurs (assurés, employeurs, professionnels de santé, établissements), le devoir de respecter certaines règles.

La lutte contre la fraude, les fautes et les abus à l'Assurance Maladie participe au paiement à bon droit des prestations. Les fraudes, fautes et abus peuvent fragiliser le système de protection sociale et porter atteinte à la solidarité nationale.

En tant que gestionnaire de fonds publics, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) se doit de lutter contre les fraudes, fautes et abus.

Les missions du service de lutte contre la fraude ont pour finalité de :

- Responsabiliser les acteurs ;
- Faire évoluer les comportements ;
- Détecter et sanctionner les comportements déviants.

#### **Faire la pédagogie des usages et lutter contre la fraude**

Les contrôles portent sur tous les acteurs du système de soin (assurés, professionnels de santé, établissements de santé, employeurs) dans le respect de règles éthiques : secret professionnel, objectivité, neutralité, contradictoire, voies de recours et respect des droits de la défense.

Ils ont pour objectifs de :

- Conforter ceux qui respectent la réglementation dans leurs pratiques au quotidien,
- Les sensibiliser et les informer sur les bonnes pratiques à adopter,
- Repérer les pratiques frauduleuses et les pratiques fautives de ceux qui ne respectent pas les règles de facturation et administratives,
- Dissuader les acteurs de transgresser les règles et d'avoir des pratiques frauduleuses au détriment de l'Assurance Maladie,
- Sanctionner ces pratiques par la mise en œuvre de suites contentieuses adaptées et partagées par l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie.

**En 2018, les CPAM de Normandie ont détecté pour 8,79 millions d'euros de fraudes (8,4 millions d'euros en 2017, 7,5 millions d'euros en 2016) représentant 1 059 dossiers.**

#### **Répartition (en montant) des pratiques fautives, abusives et des fraudes par type d'acteur :**

- Assurés : 23 %, soit 2 043 898 € de fraudes détectées ;
- Professionnels de santé : 42%, soit 3 661 934 € de fraudes détectées ;

- Établissements de santé : 35%, soit 3 104 543 € de fraudes détectées.

Les fraudes commises par des assurés sont essentiellement des falsifications, des cumuls d'indemnités journalières/activité rémunérée, des fausses déclarations de ressources en vue de bénéficier d'un droit ou d'une prestation.

Les anomalies des professionnels de santé ou établissements concernent principalement le non-respect des règles de facturation, le non-respect de la nomenclature des actes médicaux et la facturation d'actes non réalisés.

## Focus sur la lutte contre les fraudes aux prestations et cotisations sociales dans le Calvados

**1 649 010 € c'est le montant du préjudice financier issu des enquêtes réalisées.  
90% du préjudice concerne des professionnels de santé et/ou des établissements.**

La CPAM du Calvados participe activement à la lutte contre la fraude en mobilisant l'ensemble de ses services et en premier lieu l'équipe dédiée, composée en majorité d'enquêteurs, formés et habilités. La détection de fraudes potentielles ou avérées, l'exploitation de signalements, l'instruction de dossiers et la mise en œuvre des réponses adaptées aux fraudes constatées sont les principales activités réalisées par les agents de la CPAM.

En 2018, la CPAM du Calvados a reçu **235 signalements** émanant aussi bien des assurés, des professionnels de santé, des partenaires (URSSAF, CAF, pôle emploi, CARSAT, MSA, SSI) et des services de police et de gendarmerie. Des rencontres sont organisées régulièrement entre ces différents acteurs pour échanger sur certaines situations partagées par plusieurs organismes et recueillir ainsi des éléments de preuve supplémentaires ou mener des actions communes.

**108 transporteurs ont été contrôlés directement au pied des établissements de santé.** 48% d'entre eux ont présenté la prescription au moment du contrôle. Ce type de contrôle permet de vérifier que les transporteurs disposent bien en temps réel des prescriptions médicales justifiant le transport des assurés.

### **Des contrôles de présence aux domiciles d'assurés en arrêts de travail.**

76% des assurés étaient, soit présents, soit en absences autorisées pour recevoir des soins médicaux. Pour les autres, des courriers d'avertissements ont été envoyés, rappelant la réglementation applicable, à savoir la présence obligatoire entre 9 heures et 11 heures et entre 14 heures et 16 heures, et cela, même si le médecin traitant a autorisé des sorties en dehors du domicile.

Les litiges les plus fréquents concernent le cumul d'une activité rémunérée pendant un arrêt de travail indemnisé et la falsification de prescriptions de médicaments. On entend par falsification, les ajouts sur les ordonnances, que ce soit pour changer les dates, ajouter des médicaments ou modifier la quantité, mais aussi le fait de simplement photocopier une ordonnance pour la présenter dans plusieurs pharmacies en même temps.