

BILAN 2009 de la politique de lutte contre la fraude

établi par l'Assurance Maladie conformément à

l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale



Bilan 2009 de lutte contre les fraudes, fautes et abus

Assurance Maladie

RESUME (Français – Anglais).....	5
1. INTRODUCTION	9
2. LES RESULTATS.....	9
2.1. Les résultats financiers de la répression des fraudes, fautes et abus 2009	9
2.1.1. Les objectifs du plan annuel 2009	9
2.1.2. Les effets financiers directs des programmes	9
2.1.3. Les effets financiers indirects des programmes	10
2.2. Les résultats qualitatifs de la répression des fraudes, fautes et abus en 2009.....	11
3. LES DIFFERENTES ACTIONS MENEES AU COURS DE L'ANNEE 2009 AYANT CONTRIBUE A L'OBTENTION DES RESULTATS	25
3.1. Les moyens déployés par l'Assurance Maladie.....	26
3.1.1. La réorganisation de la Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS.....	26
3.1.2. La mobilisation du réseau	27
3.1.3. La poursuite de la réalisation de projets structurants.....	28
3.2. Le renforcement continu du contexte législatif et réglementaire	32
3.3. Les actions de communication mises en oeuvre	33
4. LES PERSPECTIVES 2010 EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES, FAUTES ET ABUS	34

ANNEXES

ANNEXE 1	35
Méthodes de calculs des résultats financiers directs pour les thèmes nationaux de contrôle contentieux	
ANNEXE 2	37
Les fiches descriptives des différents programmes	
ANNEXE 3	62
Les pénalités financières - Situation au 31 décembre 2009	
ANNEXE 4	64
Exemples de fraudes, fautes et abus détectés par le régime général de l'Assurance Maladie Année 2009	
ANNEXE 5	79
Les tableaux du volet loco-régional de la répression des fraudes	

LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Année 2009

Bilan

Résumé

L'engagement de l'Assurance maladie dans la lutte contre la fraude a consolidé à la fois les stratégies développées et les résultats obtenus. Ainsi, en 2009, plus de 150 millions d'euros de fraudes, fautes et abus ont été détectés et stoppés. Ce montant illustre la mobilisation des personnels. Cette croissance s'observe également sur les économies réalisées grâce à la répression des fraudes, fautes et abus : **137,6 M€ d'économies directes ont été obtenues** en 2009 contre 131,7 M€ en 2008, 125,5 M€ en 2007 et 90,6 M€ en 2006. Ces économies dites directes correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières. Au total, depuis 2005, année de lancement des plans nationaux annuels, **c'est près d'un demi milliard d'euros qui a ainsi été économisé**, soit l'équivalent du montant de la prise en charge de plus de 250 000 assurés pendant un an ou ce qui correspond, à titre d'illustration, au coût de 250 appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les procédures engagées par l'Assurance Maladie en 2009, tant pénales qu'ordinales et civiles témoignent de l'intensification de l'action des organismes et du Service du contrôle médical :

- **près de 2 000 signalements au Parquet ou procédures pénales** pour un enjeu financier de **30,4 M€** avec, au cours de la même année, 273 peines de prison prononcées par les juridictions pénales soit 56 000 journées de prison avec ou sans sursis et des condamnations financières de 5,2 M€ soit en augmentation de + 123% par rapport à 2008 (2,3 M€),
- **426 saisines ordinales**, avec, au cours de la même année, 305 interdictions temporaires de donner des soins aux assurés sociaux,
- **343 procédures civiles** pour un enjeu financier de **4,7 M€**

Au titre de l'article L.162-1-14 du CSS, l'Assurance Maladie a **notifié**, au cours de l'exercice 2009, **560 pénalités financières** (521 en 2008 et 201 en 2007) pour un montant global de 0,7 M€ dont **248 à des professionnels de santé et 304 à des assurés**. Dans le cadre de cette procédure, 2 682 lettres ont été adressées (2 338 en 2008) dont près des deux tiers aux assurés. Au cours de la même période, 506 retenues financières ont également été prononcées par les caisses au titre des pénalités relevant de l'article L.323-6 du CSS pour cumul d'un arrêt de travail avec une activité rémunérée.

Au cours de l'année 2009, l'Assurance Maladie a poursuivi **les campagnes de contrôle externe des établissements tarifés à l'activité (T2A)** initiées dès 2006. Les différentes phases d'une campagne de contrôle peuvent parfois s'étaler sur plusieurs années civiles. Ainsi, en 2009, des sanctions et indus relevant des campagnes 2007 et 2008 ont été notifiés en même temps que se déroulaient des phases de contrôle sur site et des notifications d'indus au titre de la campagne 2009. Le lancement de cette dernière campagne a concerné 331 établissements prévus pour un enjeu financier estimé à 30,5 M€

Au titre des campagnes T2A 2007 et 2008, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont notifié, en 2009, **une sanction financière à 74 établissements**.

La lutte contre les fraudes, fautes et abus induit également des économies indirectes du fait de l'inflexion de certains comportements. Ces économies, dites indirectes, correspondent à des dépenses évitées en raison de la modification des pratiques des acteurs et s'ajoutent aux économies dites directes, c'est-à-dire celles correspondant à la somme des demandes de réparation du préjudice subi constaté, des pénalités et des sanctions financières notifiées. L'impact financier indirect de certains programmes nationaux a ainsi fait l'objet d'évaluations spécifiques en 2009 qui témoignent de résultats substantiels :

- Entre septembre 2006 et octobre 2009, **l'impact indirect du programme « Trafic de médicaments à l'exportation »** a été estimé à **5,7 M€**
- **La mise sous accord préalable des médecins prescripteurs excessifs d'arrêts de travail**, pour la campagne 2008-2009, a entraîné **une dépense évitée estimée**, selon les données disponibles fin 2009, à **9 M€**
- **L'impact du programme** national, initié en 2008, portant sur les indemnités forfaitaires de déplacements spécifiques (IFDS) et sur les hyperactifs **des masseurs-kinésithérapeutes** a été estimé à **9,4 M€**
- **Celui du programme sur les transporteurs** suspects de fraudeurs a permis de réduire les dépenses de **28,5 millions d'euros**.

French national health insurance for salaried workers

COUNTER FRAUD 2009's results

In brief

The commitment of health insurance in counter fraud strengthened both strategies and outcomes.

Thus, in 2009, over a 150-million-euro amount related to fraud cases, misconducts and abuses was identified and stopped. This amount shows the mobilization of staffs. This growth is also observed on the amounts of money saved thanks to fraud, misconduct and abuse suppression: **137.6 million euro were achieved** compared to 131.7 million in 2008, 125.5 million in 2007 and 90.6 million in 2006. These savings, considered as direct ones, correspond to claims related to injury, to pronounced penalties and financial sanctions. Overall, since 2005, when yearly national plans were implemented, **nearly half a billion euro has been saved**, which means – as an illustration - the coverage amount regarding more than 250,000 insured people during one year or cost of 250 apparatus for Interference Reflection Microscopy (IRM).

Proceedings initiated by the Health Insurance sector in 2009, whatever they are criminal or civil ones, or pronounced by the Medical Association reflect the increasing action of health insurance institutions and of the service in charge of medical assessments:

- **Nearly 2,000 warnings to the Court or criminal proceedings** for a **30.4-million euro** financial stake, during the same year, 273 jail sentences pronounced by criminal courts (56,000 days in jail with or without suspension), and financial convictions for a 5.2 million euro total amount, which means an increase of 123% compared to 2008 (2.3 million euro),
- **426 referrals to the Medical Association**, with, during the same year, 305 orders temporarily forbidding healthcare professionals to provide care to insured people,
- **343 civil proceedings** for a **4.7 million euro** financial stake.

In conformance with the L.162-1-14 article of the Social Security Code (SSC), the Health insurance sector **notified**, during 2009 (fiscal year), **560 financial penalties** (521 in 2008 and 201 in 2007) for a global amount of 0.7 million euro, among which **248 concerned healthcare professionals and 304 were related to insured people**.

As far as this procedure is concerned, 2,682 letters were sent (compared to 2,338 ones in 2008) with nearly two thirds of them sent to insured people.

During the same period, 506 financial restraints were also pronounced by health insurance funds in conformance with penalties that come under the L.323-6 article of the SSC due to an accumulation of sick leave certificates with a paid activity.

During 2009, the Health insurance sector **went on externally inspecting healthcare institutions that are priced according to their activity (DRG)**. These inspection campaigns started in 2006.

The different steps of an inspection campaign may sometimes take several calendar years. Thus, in 2009, sanctions and undue amounts of money related to campaigns run in 2007 and 2008

were reported while steps of on-site investigation and notification of undue amounts of money were being processed in the framework of the 2009's campaign.

The launch of that last campaign concerned 331 institutions planned for a 30.5-million euro financial stake.

In conformance with campaigns related to DRG and that occurred in 2007 and 2008, in 2009, Regional Agencies for Hospitalisation notified **a financial penalty to 74 establishments.**

Counter fraud, counter misconduct and abuse activities also induce indirect savings due to the inflection of certain behaviours. These savings, considered as indirect ones, correspond to expenses that have been avoided thanks to protagonists' practice alteration in addition to savings considered as direct ones, which means those which correspond to the sum of requests for compensation for the reported damage, notified penalties and financial sanctions.

Thus, the indirect financial impact of some national programs was specifically estimated in 2009. Those estimates show significant results:

In 2009, the indirect financial impact of certain national programs related to fraud, misconduct and abuse suppression was estimated and shows, from a financial point of view, an important alteration of certain behaviours and practices:

- According to estimates, between September, 2006, and October, 2009, **the indirect impact of the program called "Exported Drug traffic"** would have reached **5.7 million euro.**
- **Submitting doctors who prescribe too many sick leaves to prior agreements, as far as the campaign run in 2008-2009 was concerned, resulted to an estimated avoided expenditure** that reached **9 million euro**, according to the data which were available at the end of 2009.
- According to estimates, **the impact of the national program**, introduced in 2008, concerning firstly the fixed allowances related to specific movements and secondly hyperactive **physiotherapists** has reached **9.4 million euro.**
- **The impact of the program concerning carriers** who are suspected to have committed fraud cases led to a **28.5 million euro** decrease in spending.

LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES, LES FAUTES ET LES ABUS

Année 2009

Bilan

1. INTRODUCTION

L'engagement de l'Assurance Maladie en 2009 dans la lutte contre la fraude a consolidé à la fois les stratégies développées et les résultats obtenus. Plus de 150 millions d'euros de fraudes, fautes et abus ont été détectés et stoppés. Ce chiffre montre la poursuite et la progression de la mobilisation de l'Assurance Maladie. Cette croissance s'observe également sur les économies réalisées grâce à la répression des fraudes, fautes et abus : **137,6 M€ ont été obtenus** contre 131,7 en 2008, 125,5 en 2007 et 90,6 en 2006. Ces économies, dites directes, correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières. Au total, depuis 2005, année de lancement des plans nationaux annuels, **c'est près d'un demi milliard d'euros qui a ainsi été économisé**, soit l'équivalent du montant de la prise en charge de plus de 250 000 assurés pendant un an ou ce qui correspond, à titre d'illustration, au coût **de 250 appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM)**.

2. LES RESULTATS

Le bilan de la politique de lutte contre les fraudes, fautes et abus, menée par l'Assurance Maladie en 2009 peut se décliner en trois volets :

- un volet financier prenant en compte les effets financiers directs et indirects obtenus dans l'année,
- un volet qualitatif détaillant les principaux résultats de chacun des programmes menés durant l'année, les procédures engagées par l'Assurance Maladie et les sanctions prononcées,
- un dernier volet mentionnant les principales actions ayant contribué à l'obtention de ces résultats, c'est-à-dire les moyens déployés par l'Assurance Maladie dans le domaine de la lutte contre les fraudes, fautes et abus, l'apport législatif et réglementaire survenu durant cette période et les actions de communication mises en œuvre.

2.1. Les résultats financiers de la répression des fraudes, fautes et abus 2009

2.1.1. Les objectifs du plan annuel 2009

L'objectif financier en montant de fraudes, fautes et abus à détecter en 2009 a été fixé à 150 M€ et l'objectif d'économies à 120 M€ (régime général).

2.1.2. Les effets financiers directs des programmes

Les modalités de calcul des résultats par programme sont présentées dans l'ANNEXE 1. Ces calculs ainsi que celui des premiers résultats se limitent aux

seuls effets financiers directs. Ils n'incluent pas les effets financiers indirects qui seront évoqués plus bas (cf. point 2.1.3).

Les effets financiers directs des programmes peuvent être mesurés par deux types d'indicateurs : ceux qui portent sur le montant des fraudes, fautes et abus détectés, ceux qui évaluent les économies réalisées.

Le **montant des fraudes, fautes et abus détectés et stoppés** en 2009 par le régime général de l'Assurance Maladie s'élève à **151,6 M€** (cf. tableau I), portant ainsi à **584,2 M€** le montant des fraudes, fautes et abus détectés **depuis 2005** par l'Assurance Maladie. Le montant des économies réalisées recouvre plusieurs sources possibles d'économies : demandes de réparation du préjudice subi, prononcés de pénalités et de sanctions financières, préjudice évité. **Le montant total des économies constatées** s'élève en 2009 à **137,6 M€** contre 131,7 en 2008, 125,5 en 2007 et 90,6 en 2006. Au total, depuis le lancement d'un programme national annuel depuis 2005, **c'est près d'un demi milliard d'euros qui a été économisé.**

Les différences annuelles observées entre le montant des fraudes, fautes et abus détectés et stoppés en 2009 et le montant des économies réalisées sont liées au décalage des opérations liées au caractère pluriannuel des programmes (cf. Tableau I). Par ailleurs certains préjudices n'ont pu être récupérés.

Tableau I :
Effets directs en 2009 des actions en matière de répression des fraudes, fautes et abus par le régime général de l'Assurance Maladie en M€*

	Fraude détectée		Actions en demande de réparation				Sanctions	Préjudice évité	Economies	
	Objectifs 2009	Résultats	Montant réclamé devant un tribunal		Montant				Pénalités et sanctions financières	Objectifs 2009
			pénal	civil	Indus notifiés	Transactions signées				
Initiative nationale										
T2A	49,6	56,0			28,2	2,7	4,7	0,8	39,5	36,3
HAD, EHPAD		3,0		3,8	0,8					4,6
Indemnités Journalières	8,0							6,4		6,4
PN médicaments	13,0	16,5		0,1	0,0		0,0		30,5	0,1
PN hors médicaments	10,4	4,7	1,4	0,0	1,3	0,1	0,1	5,9		8,7
Honoraires médicaux	14,0	9,0		0,4			0,0	9,0		9,4
Ss-tota	95,0	89,3	1,4	4,3	30,2	2,8	4,8	22,1	70,0	65,6
Initiative locale	55,0	62,2	29,0	1,1	28,7	2,5	0,6	8,9	50,0	71,7
Autres						0,4				0,4
TOTAL	150,0	151,6	30,4	5,4	59,0	5,7	5,4	30,9	120,0	137,6

* Les montants par thème, y compris les montants totaux, sont des arrondis Excel® à une décimale des valeurs exactes ; c'est pourquoi une différence est susceptible d'apparaître. En cas d'action non unique pour un même dossier de fraude, le montant réclamé est précisé pour chaque nature d'action mais la dernière colonne "Résultats" ne prend en compte que le préjudice subi réel.

2.1.3. Les effets financiers indirects des programmes

Comme les années précédentes, l'année 2009 a permis d'objectiver qu'au-delà des récupérations financières directes, les programmes nationaux thématiques déclenchent des modifications des comportements des acteurs. Les économies indirectes n'ont pu être évaluées sur l'ensemble des programmes. Pour l'année 2009, elle les a évalués sur :

- **Le trafic de médicaments à l'exportation**, programme ayant débuté en septembre 2006 par l'analyse d'activité de 96 médecins. **Entre septembre 2006 et octobre 2009**, l'impact indirect lié aux changements de pratiques médicales s'élève à **5,7 M€** auxquels s'ajoutent 27,4 M€ d'impact direct.
- **Les masseurs-kinésithérapeutes ayant un volume d'activité aberrant et/ou facturant à tort des indemnités forfaitaires de déplacement spécifiques**. Ce contrôle a concerné 311 masseurs-kinésithérapeutes. Au 31 décembre 2009, les dépenses évitées occasionnées par ce programme national initié en 2008 sont estimées à **9,4 M€**, dont **7 M€ pour la seule année 2009**.
- **Les contrôles externes de la T2A**, à l'occasion desquels un certain nombre d'établissements ont été contrôlés en 2007. Ces contrôles ont eu un impact sur le nombre de forfaits d'Accueil et de traitement des urgences (ATU) facturés par ces établissements et le nombre de Groupes homogènes de séjour (GHS) relatifs aux soins palliatifs. En effet, **l'impact de ces contrôles est estimé à 0,8 M€ pour le nombre de forfaits d'ATU** facturés par ces établissements et, **pour le nombre de GHS** portant sur les soins palliatifs, à **4,4 M€** dans une hypothèse basse et **5,7 M€** dans une hypothèse haute.
- **La mise sous accord préalable des médecins prescripteurs excessifs d'arrêts de travail**, à l'origine d'une dépense évitée estimée à 9 M€ dont **6,4 M€** au titre de l'année 2009 seule.

2.2. Les résultats qualitatifs de la répression des fraudes, fautes et abus en 2009

Les résultats concernent, d'une part, les programmes nationaux et portent sur les établissements de santé, les indemnités journalières, les médicaments, les autres prescriptions en nature (hors pharmacie), les honoraires médicaux, et, d'autre part, sur les actions de lutte contre la fraude, d'initiative locale, menées dans le réseau de l'Assurance Maladie ainsi que sur celles menées lors de la découverte de pratiques dangereuses.

Les résultats sont présentés sous cinq angles :

- les principaux programmes d'initiative nationale,
- les actions d'initiative locale,
- les actions du Centre national de soins à l'étranger (CNSE),
- les actions lors de la découverte de pratiques dangereuses,
- les procédures engagées par l'Assurance Maladie et les sanctions prononcées.

2.2.1. Les principaux résultats des programmes d'initiative nationale

Une fiche descriptive en ANNEXE 2 fournit des rappels méthodologiques et des résultats plus complets pour certains de ces programmes d'initiative nationale.

2.2.1.1. Les établissements

Le contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé (Article L.162-22-18 du CSS)

Dans ce domaine, les programmes de contrôle ont porté, les trois premières années de mise en œuvre, essentiellement sur la facturation en hospitalisation pour des activités relevant de consultation ou d'actes externes, les soins palliatifs, les séjours d'hospitalisation complète avec des co-morbidités associées et les forfaits d'Accueil et de traitement des urgences (ATU).

L'année 2009, quatrième année de campagne de contrôle T2A, se caractérise par :

- la fin des contrôles de la campagne 2008 et les dernières notifications des indus à l'issue de ces contrôles,
- le recouvrement des indus notifiés dans le cadre des campagnes 2007, 2008 principalement,
- le lancement de la campagne 2009 avec 331 établissements contrôlés prévus dont 53,2% en secteur ex-DG (Dotation globale), et un enjeu financier estimé à 30,5 M€

A l'issue de la campagne 2008, 425 établissements dont 53,4% du secteur ex-DG auront été contrôlés. Au total, près de la moitié des 190 717 dossiers contrôlés (dont 60% ex-DG) présentaient des anomalies. 63% des séjours de 0 jour relevaient de consultations ou d'actes externes ; 7% seulement des ATU contrôlés présentaient une anomalie.

A fin décembre 2009, **351 établissements** avaient reçu une **notification d'indus suite aux contrôles de la campagne 2008** pour un montant global de **25,3 M€**

Les contrôles de facturation des établissements menés dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité ont permis l'application de **sanctions financières** en raison des manquements constatés en application de l'article L.162.22-18 du CSS. Au cours de l'année 2009, 200 établissements, dont 173 au titre de la campagne 2008, ont fait l'objet d'une proposition de sanctions financières.

Fin décembre 2009, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) auront ainsi adressé à **74 établissements** dont 45 ex-DG, une notification de sanction au titre de la campagne soit 2007, soit 2008. **Le montant global de ces sanctions financières** s'élevait à **4,7 M€**, dont moins des deux tiers pour le secteur public. **Le montant moyen de la sanction** notifiée par l'ARH au titre de la campagne 2008 aura été de **99 405 €**

Le contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le programme national exhaustif de contrôle des EHPAD lancé début 2008 s'est achevé en 2009. Sur près des 5 000 établissements contrôlés, dont trois-quarts au forfait partiel, plus de la moitié présentait des anomalies dans leurs facturations.

A fin 2009, 873 lettres de mises en garde ont été adressées aux EHPAD lorsque le montant du préjudice calculé était inférieur à la moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale et **6,6 M€** ont été notifiés aux établissements, lorsque le

préjudice était supérieur ou égal à ce seuil : 717 dans le cadre d'actions civiles au titre de l'article 1382 et 28 en application de l'article 133-4-4 du CSS pour les notifications postérieures au 19 décembre 2008. Une mesure d'impact a été lancée fin 2009.

Le contrôle administratif des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)
Lancé en mai 2009, un programme de contrôle contentieux administratif des établissements d'HAD, portant sur la facturation en sus sur l'enveloppe Soins de ville de **médicaments** et de **dispositifs** inscrits sur la Liste des produits et prestations (**LPP**) réglementairement inclus dans les forfaits GHT¹ pour des bénéficiaires hospitalisés en HAD a permis de détecter des anomalies de facturation à hauteur de **2,9 M€**. Une cinquantaine de procédures civiles au titre de l'article 1382 et 25 transactions étaient attendues pour 2010 afin de recouvrer les sommes indûment facturées à l'Assurance Maladie.

2.2.1.2. Les indemnités journalières

Le contrôle des arrêts de travail

En 2009, le Service du contrôle médical de l'Assurance Maladie a contrôlé 1 801 000 arrêts de maladie soit une progression de 12% par rapport à 2008 (près d'1,6 million d'arrêts) **et de 44% par rapport à 2007** (1,25 million) : près de 230 000 arrêts de courte durée et près de 1,6 million d'arrêts de longue durée. Sur les contrôles ciblés d'arrêts de courte durée, 13%, comme en 2008 et 2007, ont été considérés comme non justifiés et le versement des indemnités journalières stoppé.

Par ailleurs, **près de 600 000 arrêts de travail pour un accident du travail ou une maladie professionnelle** ont été contrôlés en 2009 contre près de 400 000 en 2008.

L'ensemble de ces contrôles a été à l'origine de **324 M€ d'économies directes** (ce montant n'est pas inclus dans les résultats de la lutte contre les fraudes, les fautes et les abus). Ces économies directes n'incluent pas les économies indirectes résultant de l'évolution des comportements dans un contexte de renforcement des contrôles.

La mise sous accord préalable des médecins prescripteurs excessifs d'arrêts de travail

Dans le cadre de la campagne initiée en 2008 qui s'est terminée à fin décembre 2009, **117** médecins pour lesquels les prescriptions d'indemnités journalières étaient fortement supérieures à la moyenne nationale, auront été **mis sous accord préalable** (dont 21 mesures prononcées en 2009). Pour les deux tiers, la durée de cette mesure était de trois mois ou de six mois.

Selon les données disponibles à fin 2009, l'estimation provisoire des **dépenses évitées** consécutives à la mesure de mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail atteignait **9,0 M€** dont **6,4** au titre de l'année 2009 seule.

1 Le GHT de l'HAD est l'équivalent du GHS dans le champ MCO, mais s'en distingue par le caractère quotidien de la valorisation, à la différence du GHS qui valorise la totalité du séjour indépendamment de la durée

Le programme national et le volet loco-régional de lutte contre la fraude aux indemnités journalières (IJ)

Lancé fin 2008, le programme national de lutte contre la fraude aux IJ visait à engager une vaste opération de contrôle et avait également vocation à contribuer à améliorer et à enrichir les méthodes de lutte déjà utilisées par le réseau. L'essentiel des fraudes repose sur deux modes opératoires : surcharge de l'arrêt de travail et cumul entre une activité et la perception d'IJ. Les caisses ont poursuivi leurs actions propres au volet loco-régional.

Au 31 décembre 2009, la détection et l'action contre la fraude aux IJ permettent d'établir un bilan global sur ce thème. 1 418 fraudes détectées, dont 562 fraudes dans le cadre du programme national, pour un montant total de **préjudice** subi égal à **5,2 M€**

Ces fraudes ont été suivies de :

- 159 plaintes pénales pour un montant réclamé de 2,8 M€
- 122 signalements au Parquet,
- 35 plaintes civiles en application des articles 1235 ou 1376 du Code civil (employeurs),
- 16 actions civiles au titre de l'article 1382 du Code civil pour un montant réclamé de 0,2 M€
- 511 indus notifiés à hauteur de 1,5 M€ au titre de l'article L.133-4-1 du CSS,
- 506 retenues financières au titre de l'article L.323-6 du CSS pour un montant de 0,8 M€
- 85 pénalités financières notifiées pour un montant de 0,1 M€ et 498 lettres adressées dans le cadre de la procédure L.162-1-14 du CSS.

2.2.1.3. Les médicaments

Les pharmacies suspectes de pratiques frauduleuses

Les objectifs de ce programme sont de :

- détecter et contrôler les pharmacies d'officines suspectes de faire prendre en charge par l'Assurance Maladie des prestations indues,
- faire sanctionner les fraudeurs et porter les sanctions à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Les contrôles ont porté sur 149 pharmacies. A fin décembre 2009, 29 plaintes pénales ont été déposées et 24 saisines ordinales ont, par ailleurs, été engagées. Le montant du préjudice estimé s'élevait à cette date à **3,4 M€**

La rétrocession des médicaments par les Centres hospitaliers universitaires (CHU).

La rétrocession des médicaments par les établissements de santé est régie par des textes définissant le champ d'application et les modalités de facturation.

Les objectifs de ce programme sont :

- de repérer les établissements qui ne respectent pas les règles en matière de rétrocession pour les contrôler et mettre en place un contentieux adapté : transaction, procédures pénales en cas de fraudes *stricto sensu*,
- d'inciter l'ensemble des établissements de santé à respecter les dispositions réglementaires relatives à la rétrocession de médicaments qui s'imposent à eux en mettant en place un contentieux efficace et dissuasif.

Le contrôle a été mis en œuvre sur l'ensemble des CHU de France métropolitaine en mars 2009 et se poursuivra en 2010.

Le respect de l'ordonnancier bizonne :

- Le premier programme de contrôle du respect de l'ordonnancier bizonne, initié en 2006, s'est terminé en 2009. Le contrôle de 766 médecins a donné lieu à :
 - 233 procédures civiles dont 12 en 2009 pour un montant de 46 958 €
 - 197 notifications de pénalités financières dont 28 en 2009 pour un montant de 63 143 €
 - 105 lettres de mises en garde dans le cadre de la procédure des pénalités financières dont 12 en 2009.
- Le nouveau programme de contrôle 2008 débuté en 2009 concerne 276 médecins. Le montant de la fraude détectée s'est élevé à **0,3 M€**. A fin décembre 2009, dans le cadre de l'article L.162-1-14 du CSS, 61 lettres de mise en garde auront été adressées et **14 pénalités financières** notifiées aux médecins pour un montant de près de 15 000 €. **59 procédures civiles** auront été également engagées pour un montant réclamé de près de 90 000 €

Les traitements de substitution aux opiacés et les mégaconsommants.

- Le programme de lutte contre la fraude **en matière de traitement de substitution aux opiacés**, débuté en 2004 pour les bénéficiaires et en 2006 pour les prescripteurs, s'est poursuivi en 2009. Le contrôle au cours de l'année 2009 de 1 694 personnes bénéficiaires a entraîné 589 suspensions de prestations au titre de l'article L.315-2 du CSS, 24 signalements au Parquet et 47 plaintes pénales.
A la suite de ces actions, le nombre de bénéficiaires ayant demandé le remboursement de plus de 32 mg de Subutex[®] par jour a diminué de 14% entre 2008 et 2009. **Pour 2009, le montant de la fraude détectée annuelle est estimé à 2,3 M€ Le préjudice évité est, quant à lui, estimé à 1,6 M€**
- Outre les 190 suivis médicaux encadrés au titre des articles L.324-1 et L.315-2-1 du CSS, le nouveau contrôle de **1 042** bénéficiaires ciblés lancé au 2^{ème} trimestre 2009 **dans le cadre du programme portant sur les mégaconsommants** aura débouché, au 31 décembre 2009, sur 97 suspensions de prestations au titre de l'article L.315-2 du CSS, 5 notifications d'indus et 6 plaintes pénales pour un montant de 10 376 €

2.2.1.4. Les prescriptions en nature hors pharmacie et établissements

Les transports sanitaires

- Le dispositif de mise sous accord préalable de médecins, prescripteurs excessifs de transports sanitaires, initié en 2008 avec 15 médecins, s'est poursuivi en 2009 avec **60** autres médecins dont cinq spécialistes.

- Le programme national de contrôle des transporteurs sanitaires suspects de fraudes, lancé en 2008, s'est achevé en 2009. Près de 300 000 factures de 424 transporteurs auront été contrôlées par les caisses, faisant apparaître un taux d'anomalies de 18,9% sur les transporteurs ciblés. Les actions engagées par les caisses à l'issue de ce programme sont 25 signalements au Parquet, **50 plaintes pénales** pour un montant réclamé de **3,7 M€**, **30 transactions** pour un montant de **0,5 M€**, **275 notifications d'indus** pour **1,7 M€** et **49 procédures conventionnelles**.

Le montant des économies constatées, correspondant au changement de comportement des transporteurs contrôlés, aura été estimé à **28 M€ sur la période 2008-2009**.

Les actes de masso-kinésithérapie

Sur les 153 médecins prescripteurs excessifs d'actes de masso-kinésithérapie qui ont été présentés à la Commission "Article L.162-1-14 du CSS", une mise sous accord préalable a été notifiée en 2009 par le Directeur d'organisme pour 112 d'entre eux.

Un programme national de contrôle-contentieux à l'encontre de Masseurs-kinésithérapeutes (MK) suspects de fraudes, initié en 2008 en deux vagues et terminé fin 2009, a entraîné le contrôle de 311 MK préalablement ciblés sur leur volume d'activité et/ou sur leur nombre de facturations d'indemnités forfaitaires de déplacement spécifiques (IFDS).

Le bilan de ce programme national met en évidence un montant initial de fraudes détectées de 1,1 M€ Les actions engagées, concernant **152 MK** (pour au moins une action), auront été les suivantes :

- 18 saisines ordinales,
- 37 pénalités financières pour un montant global de 69 960 €
- 7 plaintes pénales pour un montant global de 0,7 M€
- 143 notifications d'indus pour un montant global de 0,7 M€

L'impact financier de ce programme peut être estimé à 7 M€ pour 2009 et à 9,4 M€ depuis son démarrage en 2008. Sur ces 9,4 M€, 7,2 M€ correspondaient à des économies directes et 2,2 M€ à des économies indirectes.

Les fournisseurs de LPP

Le champ de la LPP étant vaste, complexe et structuré sur des entreprises à vocation nationale ou régionale plutôt que locale, chaque programme de contrôle-contentieux est ciblé sur une catégorie de prestation spécifique.

Ainsi, en 2009, auront été initiés des contrôles visant à identifier des facturations frauduleuses non conformes à la LPP ou à la CCAM se rapportant à des matériels de perfusion à domicile et à des prestations d'oxygénothérapie et de ventilation respiratoire. Les investigations sont en cours et, en fonction des résultats, des actions contentieuses seront mises en œuvre en 2010 (soit dépôt d'une plainte pénale, soit mesure conventionnelle).

Les montants des suspicions de fraudes détectées dans ce domaine spécifique s'élevaient, en 2009, à environ 4 M€

Les facturations indues d'actes de biologie réalisés à la demande de sociétés d'assurance

En cas de souscription d'un contrat d'assurance, les sociétés d'assurance demandent un examen médical préalable à l'assuré, comprenant la réalisation d'analyses biologiques. Ces actes, réalisés en dehors d'une prise en charge thérapeutique, se situent hors du champ de l'Assurance Maladie, conformément aux dispositions des articles L.111-1 et 321-1 du CSS. Si les honoraires des médecins font habituellement l'objet d'un règlement direct par la société d'assurance, il n'en est pas toujours de même pour les actes de biologie qui peuvent être indûment présentés au remboursement de l'Assurance Maladie.

Le programme visant à détecter les examens de biologie remboursés à tort par l'Assurance Maladie et à procéder à la récupération des indus correspondants, a été lancé en septembre 2009. A partir d'un ciblage de 14 265 assurés, 4 154 **indus** pour un montant de **0,4 M€** auront été **notifiés** à l'issue du contrôle.

2.2.1.5. Les honoraires médicaux

La chirurgie plastique :

- Le programme de contrôle des ententes préalables (EP) par les médecins conseils de l'Assurance Maladie destiné à s'assurer que les interventions relèvent bien de la chirurgie réparatrice (prise en charge) et non esthétique (non remboursée) débuté fin 2006 s'est poursuivi en 2009. Il a entraîné **un taux de refus** sur l'année de **17,9%** sur les **22 504 EP reçues en 2009**. Au total, ce sont 68 378 EP qui auront été contrôlées depuis le lancement du programme en 2006.

Le contrôle des ententes préalables aura permis de générer, en 2009, **9,0 M€ d'économies** sur un total de 33,4 M€ depuis le lancement de ce programme national.

- A fin décembre 2009, **86** (17 en 2008) des 141 **médecins** initialement ciblés – chirurgiens plasticiens et ORL pour l'essentiel – auront été concernés par au moins une action contentieuse après analyse de leur activité. 34 d'entre eux ont fait l'objet d'une saisine ordinale, 4 d'une plainte pénale, 58 d'une action civile en réparation d'un préjudice global de **0,4 M€**. En outre, 14 médecins ont reçu notification d'une pénalité financière.

2.2.2 Les actions d'initiative locale de lutte contre la fraude menées dans le réseau de l'Assurance Maladie

En 2008, les actions locales de lutte contre la fraude avaient porté sur un préjudice total de 52,0 M€ sur l'ensemble du réseau. En 2009 les résultats engrangés sont en nette augmentation avec un préjudice total de **62,5 M€** soit une augmentation de 20% par rapport à 2008.

Parmi les catégories d'acteurs individualisés dans les remontées nationales, cinq catégories représentent la plus grande part du préjudice subi (83,5%), soit 52,2 M€:

- les assurés avec 25,5% (31,3% en 2008), en raison de l'effet volume,
- les infirmiers avec 18,8%,
- les établissements de santé publics et privés avec 14,4%, en raison de l'effet montant,

- les transporteurs avec 14,3%,
 - les médecins généralistes et spécialistes avec 10,5%.
- Les fraudes aux prestations en espèces tous risques confondus représentent 46% des fraudes commises par des **assurés** et 60% du montant du préjudice subi.

Les griefs relatifs aux falsifications et fausses pièces justificatives et à l'exercice d'une activité pendant l'arrêt de travail ont conduit à 54 signalements au Parquet, au dépôt de 123 plaintes pénales, à 14 plaintes civiles ainsi qu'à 506 retenues financières au titre de l'article L.323-6 du CSS (0,8 M€) pour un préjudice global subi par l'Assurance Maladie de 4,3 M€ (7,0 M€ en 2008), soit plus du quart de l'enjeu financier concernant les assurés.

Les fraudes à l'invalidité détectées (fraude à l'ASI et fausse déclaration pour attribution d'une pension) ont presque doublé entre 2008 et 2009 ; elles représentent à elles seules 4,3 M€ (2,7 M€ en 2008) de préjudice subi et plus du quart du préjudice total concernant les assurés.

Le nombre de fraudes détectées à l'ouverture des droits à la CMU de base ou à la CMU-C et à l'AME est en augmentation (+ 10%), avec une croissance du montant du préjudice subi de 17,5% par rapport à 2008. La fraude à la condition de ressources est sans surprise majoritaire et constitue tout ou partie de plus de 90% du préjudice subi.

- Le montant du préjudice subi constaté chez les **infirmier(e)s** a quasiment triplé entre 2008 et 2009, passant de 4,7 M€ à 11,7 M€. Le lancement, à partir d'un ciblage national, du contrôle de 28 infirmier(e)s pour un volume d'activité aberrant, réparti(e)s sur 8 CPAM et 3 CGSS, participe en grande partie à cette augmentation.

Les prestations fictives et les facturations multiples frauduleuses constituent à elles seules plus de la moitié des griefs observés.

La détection de ces comportements déviants a débouché principalement sur 15 signalements au Parquet, 81 dépôts de plaintes pénales pour un montant de 8,0 M€, 10 transactions signées pour plus de 150 000 € et 1 761 indus notifiés pour un montant de 3,5 M€.

- Les **transporteurs**, pour lesquels le montant total de préjudice subi est comparable à celui des établissements, présentent le montant moyen de dossier fraude le plus élevé : plus de 12 000 €. A titre de comparaison, ce montant est 3,5 fois plus élevé que celui du médecin, 4 fois plus que celui de l'assuré et est en forte croissance par rapport à 2008 (+ 133%).

Le non-respect des règles de facturation ainsi que des prestations fictives et les facturations multiples frauduleuses, constituent plus des trois quarts des griefs pour cette catégorie d'acteurs.

En 2009, les 96 plaintes pénales déposées représentaient plus de la moitié du montant du préjudice subi total (4,7 M€), 15 signalements au Parquet ont été

effectués, 591 indus ont été notifiés pour un montant de 4,0 M€
21 transactions ont été signées pour un montant de 0,6 M€

- Les fraudes à la nomenclature constatées chez les **médecins** sont en augmentation en terme de montant de préjudice subi par rapport à 2008 (+ 10%) mais leur poids dans l'ensemble des griefs constatés est en nette diminution (50% en 2009 contre 88,8% en 2008).

En 2009, l'écart entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes est moindre qu'en 2008. Les fraudes constatées chez les médecins ont donné lieu à 45 plaintes pénales dont 11 à l'encontre de spécialistes pour un montant de 2,3 M€ à 5 signalements au Parquet, à 5 procédures civiles pour *Fourniture de certificats et ordonnances de complaisance* et *Non respect de sanction*, à la notification de 1 590 indus pour un montant de 3,8 M€ dont 2,0 M€ au seul titre des médecins spécialistes.

Le tableau II mentionne, pour chaque acteur et globalement, le nombre de fraudes détectées et ayant donné lieu à action en 2009, le montant des préjudices subis et le montant moyen d'une fraude. Hormis le cas particulier de la bande organisée, le montant moyen 2009 le plus élevé est relevé chez les transporteurs.

Tableau II :
Montant moyen d'une fraude par catégorie d'acteur pour les fraudes détectées ayant donné lieu à action en 2009

Acteur	Nombre de fraudes	Montant (M€) des préjudices subis en 2009	Montant (€) moyen d'une fraude
Bande organisée	7	0,5	75 432
Transporteur	724	8,9	12 341
Fournisseur	252	2,2	8 869
Etablissement privé	616	5,0	8 180
Fraude interne	4	0,0	7 454
Etablissement public	545	3,9	7 238
Infirmier	1 637	11,7	7 168
Chirurgien-dentiste	359	2,5	6 875
Médecin généraliste	593	3,5	5 933
Pharmacien	603	3,2	5 341
Assuré	5 476	16,0	2 914
Médecin spécialiste	1 158	3,0	2 623
Employeur	61	0,1	2 026
Autres paramédicaux	125	0,2	1 757
Masseur Kiné.	758	1,3	1 717
Laboratoire	93	0,1	1 593
Sage femme	30	0,0	945
Total	13 041	62,5	4 790

Tous acteurs confondus, les fraudes détectées les plus fréquentes portent sur **les facturations des professionnels** avec un taux de 40,0% (52,1% en 2008) et constituent 47,0% du préjudice subi.

De manière constante, les mesures contentieuses privilégiées sont la notification d'indus très souvent associée à une lettre (d'avertissement ou de

mise en garde) et l'action pénale. Les enjeux financiers sont sensiblement équivalents : près de 30 M€ pour chacune.

- France entière, les CPAM/CGSS ont adressé 9 805 **notifications d'indus** pour un montant total de **28,0 M€** (11 098 notifications pour 23,1 M€ en 2008). Cinq régions totalisent comme l'année précédente la moitié des indus notifiés. Près de 90% concernent les établissements, les médecins, les infirmiers et les transporteurs en raison principalement de *Fraude à la nomenclature, Prestations fictives, Facturations multiples frauduleuses* et les assurés pour *Fraude à l'ASI* (2,3 M€),
- La très grande majorité (72,0%) des **plaintes pénales** et des **signalements au Parquet** (93,0%) est déposée à l'encontre des assurés. Les professionnels les plus fréquemment poursuivis sont les transporteurs et les infirmier(e)s. Les quatre motifs principaux de plainte pénale sont la *Falsification, contrefaçon, reproduction d'ordonnances, de feuilles de soins pour médicaments*, la *Fraude à la condition de ressource CMU-C*, les *Prestations fictives et facturations multiples frauduleuses*, l'*Usurpation d'identité et faux papiers d'identité*. Les plaintes pénales représentent près de la moitié du préjudice subi total avec **29,0 M€**. Une plainte sur deux est déposée en Ile-de-France, Aquitaine ou Rhône-Alpes. Les trois motifs principaux de signalement au Parquet sont la *Falsification, contrefaçon ou fausses pièces justificatives sur les prescriptions*, la *Fraude à l'affiliation hors CMU(C) et AME* et l'*Usurpation d'identité et faux papiers d'identité* et un sur deux a lieu en Ile-de-France.

Près d'une décision rendue sur deux (686) est un classement sans suite, un non-lieu ou une relaxe. En revanche, **273 condamnations** à des peines de prison ont été prononcées soit 56 338 jours (20% de jours fermes). Le nombre d'alternatives aux poursuites recensé a augmenté (62 contre 10 en 2008), plus nombreuses en Ile-de-France et en Auvergne ; elles sont principalement plutôt retenues pour les assurés. Il en est de même pour les travaux d'intérêt général (TIG) plus fréquents en région PACA.

Au cours de l'année 2009, les CPAM ont déclaré le dépôt de 161 **plaintes ordinaires** dont les trois-quarts à l'encontre des chirurgiens-dentistes et des médecins. Les principaux griefs sont la *Fraude à la nomenclature* et les *Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses*.

Le nombre total de **transactions** a augmenté (96) comparé au nombre habituellement constaté en raison du choix de cette résolution contentieuse adoptée par une CPAM pour des ressortissants transfrontaliers. Toutefois, le montant signé global de **2,7 M€** a diminué du quart (3,7 M€ en 2008, 0,9 M€ en 2007). Cinq transactions signées en 2009 avec des établissements comptabilisent près de la moitié du montant total des 96 transactions.

La **procédure civile** est engagée principalement à l'encontre d'assurés et en région Ile-de-France. Le grief le plus fréquent est le *Cumul d'indemnités journalières et d'autres revenus*. Elle a également été utilisée à l'encontre de 5 médecins pour *Fourniture d'ordonnances ou de certificat de complaisance* ou *Non respect d'une sanction*.

En lieu et place d'actions purement contentieuses, des actions restrictives de prises en charge ont été appliquées. Ainsi **216** procédures au titre de **l'article L.315-2 du CSS** ont été appliquées dont 104 en Lorraine, 35 en Aquitaine et 26 pour la région Pays de Loire. Ces actions (**1,1 M€**), représentant moins de 2,0% du préjudice subi total, ont été destinées aux assurés dits « mégaconsommants » non inclus à ce titre dans un programme national.

Les **procédures conventionnelles** sont toujours peu nombreuses (**57** contre 47 en 2008), les deux tiers concernent les transporteurs et les infirmier(e)s. L'Aquitaine est à l'origine de 14 d'entre elles.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 a renforcé le dispositif et adapté le montant des pénalités à la nature et au montant de l'infraction commise : le champ d'application a été élargi tandis que le plafond proportionnel à la gravité des faits a été considérablement augmenté. La croissance du recours à ce dispositif démontre une meilleure appropriation, cinq ans après sa mise en place. En effet, entre 2008 et 2009, le montant notifié est en hausse de 20% (**0,6 M€** contre 0,5 M€ en 2008) alors que le nombre de pénalités notifiées a augmenté de 407 à 472 sur le volet loco-régional. Le montant total notifié repose sur les deux tiers des CPAM.

Tous acteurs confondus, les directeurs de CPAM ont notifié un montant total de pénalités financières égal à **611 625 €** (304 assurés et 165 professionnels de santé) mais plus de la moitié de ce montant repose sur cinq régions : Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon et Champagne-Ardenne. Le recours à la procédure dite L.162-1-14 permettant une sanction rapide des infractions avérées est peu fréquente à l'encontre des établissements de santé et des employeurs mais elle a doublé pour les professionnels de santé (165 en 2009) avec le montant moyen notifié le plus élevé pour les pharmaciens (4 273 €).

Les **2 610 lettres** dont 20% au titre de la fraude aux indemnités journalières adressées en 2009 dans le cadre de la procédure des pénalités financières correspondent à une hausse de 13% par rapport à l'année précédente.

En **ANNEXE 3**, une situation au 31 décembre 2009 détaille les principaux résultats et l'évolution liés à la mise en œuvre de cette procédure, en incluant ceux des programmes nationaux (88 sur 560 notifications, 0,1 M€ sur 0,7 M€).

Hors procédure des pénalités financières, une **lettre** sur trois adressée l'est à un professionnel de santé après constat de *Prestations fictives, facturations multiples frauduleuses*. Elle est associée à une notification d'indus.

Une sur trois est adressée à un assuré après constat de *Fraude à la condition de ressources CMU ou CMU(C), Falsifications ou fausses pièces justificatives AS, Usurpation de droit*, dont 4,0% au titre des *Fraudes à l'ASI* et à la *Pension d'invalidité – Fausse déclaration*.

Entre 2006 et 2009, au sein du volet loco-régional, **le taux de préjudice moyen**, calculé selon la formule : préjudice subi déclaré au cours de l'année n / montant des prestations (soins de ville et MCO privé) versées au cours de l'année n, a progressé considérablement passant de **0,32‰** en 2006 à 0,49‰ en 2007, 0,77‰ en 2008, pour atteindre **0,91‰** en 2009. Le

tableau III ci-dessous indique, selon la hauteur des prestations versées, le taux de préjudice moyen France entière. Cette croissance continue illustre la mobilisation et l'implication grandissante du réseau de l'Assurance Maladie dans le domaine de la lutte contre la fraude, fautes et abus : **plus de 70 M€ d'économies réalisées en 2009**, contre 61 en 2008, 27 en 2007 et 16 en 2006.

Tableau III :
Taux de préjudice 2009 pour les fraudes détectées et stoppées par tranche de caisses classées selon la hauteur de prestations versées
Rappel 2008-2007

Hauteur de prestations versées et nombre d'organismes	Taux de préjudice (‰)		
	2009	2008	2007
Plus d'un milliard € (16)	1,04	0,68	0,52
Entre un milliard et 500 millions € (33)	0,80	0,91	0,39
Entre 500 et 250 millions € (41)	0,87	0,68	0,47
Moins de 250 millions € (25)	0,91	1,09	0,45
France entière	0,91	0,77	0,49

Quelques exemples de fraudes détectées par l'Assurance Maladie et ayant donné lieu à des actions en 2009 sont présentés en **ANNEXE 4**.

En quatre séries de tableaux, l'**ANNEXE 5** fournit pour chaque catégorie d'acteurs au regard du nombre de fraudes recensées par grief, la nature et le nombre des actions engagées, le montant du préjudice subi et évité, le montant réclamé et récupéré.

2.2.3. Les résultats du Centre National de Soins à l'Etranger (CNSE)

Le Centre national de soins à l'étranger (CNSE), situé à Vannes, a été créé en 2006. Ce centre est responsable du traitement de l'ensemble des dossiers de remboursement des soins à l'étranger. Après une montée en charge progressive, les traitements des dossiers de toutes les CPAM, sauf la CPAM de Nanterre et les quatre caisses générales de sécurité sociale, avaient été intégrés, fin 2009, dans ce centre.

En 2009, sur près de 200 000 dossiers traités par le CNSE, **339 fraudes ou fautes ont été détectées** à son niveau pour un montant de près de 0,7 M€ (81% en préjudice évité, 19% en préjudice subi), soit un taux de préjudice financier de fraudes détectées et stoppées de 12,5‰.

Parmi ces 339 fraudes ou fautes détectées, 238 avait un montant dépassant 500 €. Près des trois-quarts (74,1%) se rapportaient soit à des fraudes (131), soit à des suspicions de fraudes (46), le reste correspondant quasi exclusivement à des fautes (61).

Le tableau IV présente la nature des 131 fraudes, supérieures à 500 €, détectées en 2009 par le CNSE, et la part correspondante du montant du préjudice s'y rapportant. La fraude à la condition de résidence représente plus de 40% des fraudes supérieures à 500 € détectées et atteint près de 40% en montants de fraudes détectées.

Tableau IV :
Répartition des fraudes selon leur nature et montant du préjudice correspondant

Nombre de cas	Nature des fraudes > 500 €	Montant du préjudice subi et évité (€)	Taux
54	Fraudes à la condition de résidence	148 748	37,5%
34	Fausse factures	122 903	31,0%
13	Actes fictifs	62 539	15,8%
23	Facturations de prestations non remboursables sous couvert de soins remboursables	43 171	10,9%
3	Falsifications de factures	10 320	2,6%
4	Surfacturations	9 282	2,3%
131	Total des fraudes > 500 €	396 965	100,0%

De plus, le CNSE a initié, au dernier trimestre 2009, un partenariat avec les caisses d'allocations familiales et les Pôles Emploi de Bretagne. A ce titre, une trentaine de situations susceptibles de présenter des incompatibilités avec le maintien de certaines prestations ont été signalées à ces organismes. Ce partenariat est étendu à l'ensemble des organismes de métropole à partir de janvier 2010.

2.2.4. Les actions menées par le réseau lors de la découverte de pratiques dangereuses

Les pratiques dangereuses mettant en péril la santé des patients sont définies dans l'article 223-1 du code pénal : *« le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende »*. Ces pratiques font l'objet d'une attention vigilante de l'Assurance Maladie lorsqu'elles sont portées à son attention, soit à travers de plaintes ou de signalements, soit grâce à des résultats d'investigations de terrain orientées grâce à des requêtes informatiques.

Au cours de l'année 2009, **21 signalements de pratiques dangereuses** de professionnels de santé ont été recensés par le Service du contrôle médical. Ces signalements avaient donné lieu, au 31 décembre 2009, à **6 saisines directes du Préfet ayant abouti**, à **3 suspensions d'exercice** de la profession.

Par ailleurs, les praticiens conseils ont initié avec le Conseil départemental de l'Ordre 18 colloques ayant débouché sur **1 saisine du Préfet**, **4 saisines de la section disciplinaire** du conseil régional de l'Ordre **et 1 expertise** déclenchée au titre de l'article R.4124-3 du code de la santé publique visant à suspendre l'exercice des médecins qui présenteraient une dangerosité en raison d'un état pathologique (à signaler qu'un colloque peut déboucher sur plusieurs actions).

Au 31 décembre 2009, 3 des 4 saisines déposées à la section disciplinaire du conseil de l'Ordre des médecins ont débouché sur **une radiation définitive**, **une suspension du droit d'exercice d'un an** et **une mise en garde**.

2.2.5. Les procédures engagées par l'Assurance Maladie en 2009 et les sanctions prononcées

En 2009, **1 933 procédures** (1 263 procédures pénales et 670 signalements) vis-à-vis du Parquet ont été engagées par les caisses contre 2 159 en 2008 et 1 796 en 2007.

Durant la même année, les instances pénales ont prononcé 273 peines de prison (211 en 2008) soit plus de 56 000 journées de prison (près de 49 000 en 2008) avec ou sans sursis et des condamnations financières de 5,2 M€ **soit une augmentation de + 123%**.

Le nombre de procédures civiles a diminué : 343 procédures civiles engagées en 2009 contre 706 en 2008 ; cette baisse est liée à la fin du programme de contrôle-contentieux réalisé en 2008 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et qui avait donné lieu à la mise en œuvre de telles procédures.

C'est également pour cette raison que seulement 111 décisions civiles ont été dénombrées en 2009 suite aux actions menées par les caisses devant les tribunaux civils et administratifs (TASS, tribunaux d'instance, etc.) pour la réparation du préjudice, alors que près de 200 avaient été recensées en 2008. Une autre conséquence est la baisse du montant total des condamnations qui s'élève à 1 M€ en 2009 contre 3,5 M€ en 2008.

Le Tableau V présente un état transmis par les caisses quant aux décisions des juridictions pénales ou civiles rendues en 2009.

Tableau V :
Dénombrement des décisions des juridictions pénales et civiles rendues entre 2006 et 2009

Année	Décisions des juridictions pénales							Décisions d'autres juridictions			
	Nombre de			Nombre de personnes condamnées à des peines de prison	Nombre de jours de prison prononcés		Nombre de personnes condamnées à des TIG	Montant total (1)	Nombre de		Montant total (2)
	classements sans suite ou de non lieu	relaxes	alternatives aux poursuites		ferme	avec sursis			décisions rendues	rejets de la demande	
2009	292	23	62	273	11 704	44 634	18	5 245 394	111	20	1 008 724
2008	184	19	10	211	15 346	33 445	9	2 353 737	193	22	3 489 850
2007	299	25		251	14 801	40 656	15	2 977 448	106	12	523 039
2006	202	7		143	6 299	23 074	4	2 400 957	1 234	425	925 199

(1) des condamnations (peine [amende], dommages et intérêts, frais irrépétibles de procédure)

(2) des condamnations (préjudice et/ou dommages et intérêts et/ou frais irrépétibles de procédure)

A coté de ces procédures contentieuses, le Régime général de l'Assurance Maladie peut aussi, lorsqu'il suspecte des fraudes, des fautes ou abus, engager des actions d'avertissement ou d'accompagnement.

C'est ainsi que 908 procédures de suspension de la prise en charge du traitement (article L. 315-2 du CSS) ont été engagées, dont les trois quarts concernaient des patients contrôlés dans le cadre des programmes nationaux « Mégaconsommants » et « Traitement de substitution aux opiacés ».

Le nombre de dépôts de saisines ordinales a progressé passant de 291 dépôts en 2008 à **426 en 2009**.

En matière de **décisions des instances ordinales professionnelles** (cf. Tableau VI), les conseils des Ordres professionnels ont prononcé durant

l'année **305 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux** contre 289 en 2008. **87% des décisions** prononcées par les instances ordinales professionnelles correspondent ainsi à des interdictions de donner des soins aux assurés sociaux. Sur les quatre dernières années, 15% de ces interdictions sont d'une durée supérieure ou égale à 6 mois.

Tableau VI :
Dénombrement des décisions définitives des instances ordinales (SAS des CRO, des CNO), et du Conseil d'Etat rendues entre 2006 et 2009

Année	Avertissement	Blâme		Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux				Nombre de rejets	TOTAL
		sans publication	avec publication	< 1 mois	> 1 et < 6 mois	> 6 mois et < 1 an	> 1 an		
2009	10	9	10	51	205	31	18	18	352
2008	35	18	9	79	167	23	20	18	369
2007	16	18	8	74	174	20	13	13	336
2006	26	24	15	68	221	33	29	24	440

Au titre de l'article L.162-1-14 du CSS, l'Assurance Maladie a prononcé, au cours de l'exercice 2009, **560 pénalités financières** : (521 en 2008 et 201 en 2007) dont 248 à des professionnels de santé, 304 à des assurés et 3 à des employeurs pour un montant global de **0,7 M€**. Pour dissuader les acteurs de récidiver, ont été également adressées **2 682 lettres de mise en garde** (2 339 en 2008 et 1 479 en 2007).

Parallèlement, **au titre de l'article L.323-6 du CSS**, **506 retenues financières** ont été prononcées pour des assurés sociaux ayant cumulé un arrêt de travail et une activité rémunérée pour un montant de plus de 750 000 euros.

Enfin, **en application de l'article L.162-22-18 du CSS**, les contrôles de facturation des établissements menés dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité ont permis aux ARH d'adresser à **74 établissements une notification de sanction** au titre de la campagne T2A soit 2007, soit 2008. Le montant global de ces sanctions financières s'élevait à **4,7 M€** (cf. paragraphe 2.2.1.1).

3. Les différentes actions menées au cours de l'année 2009 ayant contribué à l'obtention des résultats

L'année 2009 témoigne de la poursuite de l'investissement du régime général de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre les fraudes, fautes et abus. Les principales actions ayant contribué à l'obtention de ces résultats sont la conséquence :

- des moyens déployés par l'Assurance Maladie dans le domaine de la lutte contre les fraudes, fautes et abus,
- du renforcement continu du contexte législatif et réglementaire permettant l'utilisation d'outils de plus en plus adaptés à la répression des fraudes, fautes et abus,
- des actions de communication mises en œuvre.

3.1. Les moyens déployés par l'Assurance Maladie

L'organisation de la direction chargée du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes à la CNAMTS a été adaptée pour faire face à l'accroissement de l'activité de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus. L'Assurance Maladie a poursuivi en 2009 ses actions de mobilisation de réseau ainsi que la réalisation de projets structurants.

3.1.1. La réorganisation de la Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS

Créée fin 2005, la direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes (DCCRF) est une direction qui a nécessité :

- **La mise en œuvre d'une organisation adaptée, avec des moyens adéquats** permettant de répondre aux besoins de l'Assurance Maladie et d'atteindre les objectifs qui lui étaient fixés annuellement. C'est pourquoi quatre départements avaient été créés, deux chargés des protocoles d'investigations administrative et médicale, le troisième, de la détection des fraudes et le dernier, de l'expertise juridique en matière de contrôle-contentieux.
- **La définition d'une stratégie renouvelée basée sur 7 principes fondamentaux dont le rappel des définitions relatives aux concepts de fraudes, fautes et abus** pour que chacun, dans le réseau, puisse s'approprier ces notions et les outils.
- **La mise en place des bases d'une organisation régionale** visant à structurer le pilotage de la lutte contre la fraude et à faciliter la mise en œuvre par les différents acteurs du réseau des programmes nationaux et régionaux de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus.

Trois ans après sa création, l'activité de cette direction s'est considérablement accrue. De sept programmes nationaux mis en œuvre en 2006, ce nombre est passé à plus de cinquante en 2009. Dans le même temps, le nombre d'agents a plus que doublé passant d'une quinzaine de personnes en 2006 à plus de trente.

L'expérience acquise au cours de cette période a rendu nécessaire de modifier l'organisation de cette direction :

- Les deux départements d'investigations médicale et administrative ont été regroupés en un seul département afin de renforcer le domaine des investigations, les programmes actuels de contrôle-contentieux et de lutte contre la fraude portant sur des thèmes majoritairement médico-administratifs et non médicaux ou administratifs seuls. Au sein de ce département, trois pôles-métiers ont été identifiés :
 - le pôle « gestion des droits et prestations en espèces »,
 - le pôle « Prestations en nature et soins de ville »,
 - le pôle « Etablissements ».

- Un nouveau département « Métiers et veille stratégique » a été créé afin de porter des sujets transversaux tels que les formations, les développements de logiciels supports notamment celui sur la gestion du suivi des affaires qui sera mis à disposition des organismes, la veille stratégique particulièrement en coordination avec la mission des relations européennes internationales et de la coopération de la CNAMTS.
- Les deux autres départements juridique et statistique ont, quant à eux, été maintenus.

3.1.2. La mobilisation du réseau

La CNAMTS a poursuivi la mobilisation du réseau au moyen d'instructions et de réunions associées à de la communication.

3.1.2.1. Instructions de la CNAMTS en matière de lutte contre les fraudes, fautes et abus

Un plan de lutte contre les fraudes, fautes et abus a été diffusé par la CNAMTS en 2009, comme chaque année depuis 2006.

Des instructions spécifiques à chaque programme ont été diffusées au cours de l'année au fur et à mesure du lancement ou de l'actualisation de chacun soit sous forme de lettres-réseau lorsque tout le territoire a été concerné (sept lettres-réseau), soit sous forme de courriels lorsque les programmes sont plus circonscrits.

D'autres instructions sont publiées sous forme de lettres-réseau :

- Les unes visent à harmoniser les pratiques des organismes et du Service du contrôle médical :
 - Diffusion d'une charte d'engagements des contrôles des établissements au titre de l'article L.162-22-18 CSS,
 - Mise en place d'un observatoire des contentieux relatifs à la Tarification à l'activité (T2A) qui a pour vocation à assurer la cohérence de la défense des organismes de l'Assurance Maladie dans le cadre des contentieux faisant suite au contrôle externe de la facturation des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité,
 - Diffusion d'instructions relatives à l'installation et au renouvellement des formations de la commission prévue à l'article L 162-1-14 du CSS,
 - Modalités d'application du décret portant sur les pénalités financières pour un non respect du tact et de la mesure,
 - Diffusion d'un référentiel relatif aux sanctions à mettre en oeuvre en application des contrôles-contentieux prévus dans le cadre du programme national de lutte contre la fraude aux indemnités journalières,
 - Diffusion de requêtes permettant de cibler les doubles paiements.
- Les autres visent à transmettre des résultats des travaux menés par le réseau :
 - Diffusion du bilan sur la politique de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus de l'Assurance Maladie en 2008 conformément aux dispositions prévues à l'article L.114-9 du Code de la sécurité sociale (CSS).
 - Diffusion du bilan du volet loco-régional du plan annuel 2008 de contrôle-contentieux et de lutte contre la fraude.

Tous les documents cités sont mis en ligne sur Medi@m, l'intranet de l'Assurance Maladie, et sont donc consultables par l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie.

3.1.2.2. Réunions et communications vis-à-vis du réseau de l'Assurance Maladie sur la répression des fraudes, fautes et abus

Comme en 2008, **une vingtaine de réunions de cadres dirigeants** des organismes et du Service du contrôle médical ont été organisées par la CNAMTS avec la participation du Directeur du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes. Ces réunions ont été l'occasion d'échanger sur les programmes de répression des fraudes, fautes et abus en cours et à venir et sur l'organisation mise en place sur le réseau en matière de lutte contre la fraude.

Des réunions trimestrielles, au nombre de trois en 2009, **rassemblant les pilotes des instances opérationnelles régionales**, ont aussi été instaurées afin de :

- suivre le fonctionnement et l'organisation du réseau en matière de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus,
- répondre à des questions pratiques engendrées par le lancement de nouveaux programmes,
- de partager, avec le réseau, les différentes expériences en matière de répression des fraudes mises en œuvre localement.

Des réunions techniques ont été instaurées avec les référents "Fraudes" régionaux ou locaux.

Les correspondants communication régionaux se sont rencontrés en mars 2009 à la CNAMTS pour échanger sur la nouvelle stratégie 2009 de communication sur la lutte contre la fraude à partir des résultats obtenus en 2008.

Enfin, à l'initiative du Ministre du budget et de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, dans le cadre de l'opération « 600 contrôleurs », une réunion a rassemblé en mai 2009 à Bercy, l'ensemble des personnes chargées de lutter contre les fraudes sociales dans les différents organismes de protection sociale et de recouvrement.

Les revues d'information interne de l'Assurance Maladie ont, par ailleurs, consacré des articles, tant au niveau national qu'au niveau loco-régional, aux résultats de la lutte contre les fraudes, les fautes et les abus obtenus par l'Assurance Maladie et aux modalités d'organisation mises en place par la CNAMTS sur le réseau depuis 2008.

3.1.3. La poursuite de la réalisation de projets structurants

3.1.3.1 La participation de l'Assurance Maladie aux travaux de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF)

L'Assurance Maladie a poursuivi, en 2009, sa participation aux travaux de la DNLF. Ceux-ci ont notamment porté sur la poursuite de la réalisation de

programmes de formation et d'information et sur la mise en place d'échanges sécurisés par messagerie pour les membres des comités locaux de lutte contre la fraude, présidés par les préfets, installés à partir d'octobre 2008, suite à l'arrêté du 6 août 2008. En février 2009, une réunion, consacrée au droit de communication, a été organisée par la DNLF, à laquelle participait la CNAMTS.

Deux autres travaux ont également été engagés en 2009, en lien avec la DNLF :

- *La mesure du taux de fraude*
Afin d'établir la vision la plus juste possible du taux de fraude associé à différents domaines, la CNAMTS a procédé, à la demande de la DNLF, à mettre en place une méthode d'évaluation du taux de fraudes administratives aux indemnités journalières.
- *La recherche de fraudes pour des arrêts de travail indemnisés en l'absence de prestations en nature remboursées*

En 2009, la DNLF a interrogé la CNAMTS sur l'existence d'un lien entre l'existence d'arrêts de travail indemnisés en l'absence de prestations en nature remboursées et l'indice de fraude aux indemnités journalières (IJ). Elle a donc demandé à la CNAMTS de réaliser une étude administrative et médicale pour vérifier cette hypothèse. Aucune fraude n'a été détectée à la suite des investigations menées dans ce cadre.

Enfin, les directeurs de caisses ont poursuivi en 2009 leur participation aux réunions des comités locaux de lutte contre la fraude et les président et directeur général de la CNAMTS ont, quant à eux, participé, en mai 2009, à la réunion du Comité national de lutte contre la fraude.

3.1.3.2 L'expérimentation d'un outil de datamining

La CNAMTS a décidé d'ouvrir une expérimentation permettant la détection des "nouvelles" fraudes, c'est-à-dire celles qui relèvent d'un mode opératoire non identifié à ce jour à partir de requêtes rationnelles de ciblage.

En 2009, la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF), missionnée par la CNAMTS, a mené une expérimentation sur la détection de fraudes aux indemnités journalières, à partir de méthodes de datamining. L'évaluation des résultats de cette expérimentation est en cours.

3.1.3.3 La poursuite des échanges de données avec les organismes et les partenaires

Avec la Direction générale des finances publiques (DGFIP)

Deux types d'échanges sont en cours actuellement :

Un premier échange est destiné à vérifier la condition de résidence pour le versement des prestations d'assurance maladie (CMU, CMU-C, ASI, maintien de droit). Un échange d'information entre la Direction générale des finances publiques (DGFIP) et la CNAMTS a été mené à titre expérimental en 2007, à partir d'un échantillon de dossiers issus du fichier des foyers fiscaux géré par le centre des impôts des non résidents. Cette expérimentation a conduit la Direction de la Sécurité sociale à demander la généralisation de ce dispositif à l'ensemble des organismes de Sécurité sociale.

- **Un second échange, mené à titre expérimental, est relatif aux revenus des bénéficiaires de la CMU de base et complémentaire**, sur réponse à un fichier d'appel. Cette expérimentation a consisté à mettre en œuvre dans quatre caisses primaires d'Assurance Maladie un transfert de données relatives aux ressources déclarées à l'administration fiscale, afin de vérifier la concordance (ou la cohérence en matière de CMU complémentaire) avec les éléments déclarés à la branche maladie.

Au regard des résultats de cette première expérimentation et compte tenu du faible taux d'accrochage des dossiers, il a été décidé de reconduire une expérimentation en 2011 sur la base d'un protocole d'investigation.

Avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

- **Un échange sur les relevés de carrière** est prévu afin d'isoler les personnes qui s'ouvrent des droits à prestations auprès de l'Assurance Maladie alors que leur compte carrière ne comporte que des périodes assimilées. Le cahier des charges, transmis par la CNAMTS à la CNAV en février 2009, est en cours d'expertise à la CNAV.

Un autre échange, correspondant à une demande de la CNAV, avait également été envisagé mais a été abandonné.

L'objectif était de rechercher des fraudes éventuelles concernant les retraités de 85 ans et plus bénéficiaires ou non d'une rente accident du travail.

3.1.3.4 La poursuite de la collaboration ciblée avec les partenaires externes

Avec la Police nationale et la Gendarmerie nationale

Dans ce cadre, la Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes a été invitée en mai 2009 à participer au premier séminaire national des chefs des Groupes d'intervention régionaux (GIR) - police et gendarmerie - afin d'échanger sur **le partenariat entre la CNAMTS et les GIR dans le domaine de la lutte contre la fraude**.

Par ailleurs, depuis mars 2009, la Direction du renseignement de la Préfecture de Police transmet à la CNAMTS les cartes Vitale et attestations de droits saisies lors d'interpellations d'individus pour des faits de séjour irrégulier sur le territoire français. Ces interpellations ont lieu lors de contrôles de la voie publique ou de contrôles du travail illégal. Dans une moindre mesure, ces signalements émanent également de la Direction de la Police de l'Air et des Frontières depuis octobre 2008.

En 2009, 125 cartes Vitale ont ainsi été adressées à la CNAMTS pour expertise puis destruction.

Avec l'Office européen de la lutte contre la fraude et la corruption dans le domaine de la santé

La CNAMTS a participé :

- en janvier 2009, au séminaire du réseau européen de lutte contre la fraude qui s'est tenu à Leiden aux Pays-Bas ; il portait sur les échanges de bonnes pratiques et la coopération entre les pays membres de ce réseau,
- en octobre 2009, à la sixième conférence consacrée à la lutte contre la corruption et la fraude dans le domaine de la santé organisée à Edimbourg.

Enfin des présentations de la stratégie de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre les fraudes, fautes et abus, ont eu lieu, notamment avec :

- les fédérations hospitalières dans le cadre du contrôle-contentieux en rapport avec la tarification à l'activité, en septembre 2009 ;
- les conseils nationaux des Ordres professionnels :
 - des médecins, en juin 2009, dans le cadre de la préparation des programmes nationaux portant sur les médecins hyperactifs et sur le respect du tact et de la mesure,
 - des pharmaciens, en septembre 2009, dans le cadre du programme national de contrôle-contentieux des pharmacies d'officines suspectes de pratiques frauduleuses,
 - des chirurgiens-dentistes, en octobre 2009 ;
- des responsables d'organismes sociaux participant à la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre la fraude sociale du régime général et de la branche recouvrement afin de les sensibiliser à la fraude sociale : Quels signaux d'alerte ? Quelles actions ?
- une délégation allemande, en avril 2009, sur le thème du contrôle des facturations à la tarification à l'activité.

3.1.3.5 Les actions de formation

La CNAMTS a élaboré un guide destiné à définir et mettre en œuvre un plan de formation à la lutte contre la fraude. Une réflexion a été engagée afin de préciser les métiers relevant du champ de la lutte contre la fraude : investigateurs médical et administratif, statisticien, juriste.

Par ailleurs, les formations initiales, en matière de lutte contre la fraude, des techniciens de l'Assurance Maladie, des praticiens conseils et des agents comptables font l'objet d'une actualisation qui sera effective en 2010.

3.1.3.6 L'élaboration d'une doctrine d'emploi des personnels agréés et assermentés

Une doctrine d'emploi des personnels agréés et assermentés a été élaborée par la CNAMTS en 2009 et diffusée début 2010 aux organismes d'assurance maladie dans un cadre rénové par l'arrêté du 30 juillet 2004 qui confie au Directeur général de la CNAMTS le soin de délivrer à ces personnels l'agrément nécessaire pour exercer des missions de contrôle et le décret n°2009-982 du 20 août 2009 qui étend le périmètre d'activité de ces personnels.

3.1.3.7 La mise en place d'observatoires

En complément de l'observatoire national des stratégies de contournement à la facturation régulière par les établissements sous T2A (tarification à l'activité) fonctionnant depuis 2007, la CNAMTS avait installé en 2008 un observatoire national des contentieux ouvert entre l'Assurance Maladie et les établissements en matière de facturations à la T2A pour les établissements sanitaires MCO. Les objectifs prioritaires de ce second observatoire étaient :

- d'harmoniser les argumentaires et les moyens à mettre en œuvre par les caisses en réponse aux contestations des établissements,

- de fédérer le réseau des acteurs locaux en offrant un espace d'échanges et de débats.

Dans le cadre de cet observatoire, la CNAMTS a, en 2009 :

- réalisé un recensement de l'ensemble des actions contentieuses en matière de contrôle externe de la T2A,
- défini une typologie des différents recours et identifié les problématiques soulevés par les établissements, rédigé des fiches argumentaires afin d'accompagner techniquement les caisses d'assurance maladie ; celles-ci seront, dès 2010, mis à disposition du réseau par l'intermédiaire de Medi@m, l'intranet de l'Assurance Maladie.

Enfin, l'Assurance Maladie a mis en place en 2009 plusieurs groupes de travail dont les travaux impactent le champ de la lutte contre les fraudes, les fautes et les abus. Ces groupes portent sur :

- la refonte du système d'information des prestations en espèces en vue d'une intégration plus exhaustive des contrôles à la source,
- le paramétrage des contrôles obligatoires des prestations en nature à l'origine d'instructions données au réseau,
- l'élaboration d'un plan de contrôle interne du Service du contrôle médical,
- l'élaboration d'un référentiel métier permettant d'évaluer les logiciels locaux de gestion des signalements de suspicions de fraude afin de proposer un avis aux directeurs chargés de labelliser ces logiciels,
- l'élaboration d'un outil d'aide à la mesure des risques induits par la dématérialisation des pièces justificatives dans le cadre des téléservices. Une matrice décisionnelle a été créée.

3.2. Le renforcement continu du contexte législatif et réglementaire

Chaque année, une loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) vient adapter le contexte législatif et réglementaire.

L'article 115 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et son décret d'application du 20 août 2009 ont réformé la compétence donnée aux caisses d'assurance maladie pour notifier une pénalité financière, conformément à l'article L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale (CSS), pour sanctionner les abus, fautes et fraudes des assurés, des employeurs, des professionnels de santé et des établissements de santé et médico-sociaux. Ces nouvelles dispositions complètent le champ d'application des pénalités financières, simplifient la procédure, instaurent des pénalités mieux proportionnées au préjudice et à la gravité des faits. Plus particulièrement la fraude à l'assurance maladie fait désormais l'objet d'une définition avec un barème de pénalités spécifique et dissuasif.

L'article 118 de la LFSS pour 2009, codifié à l'article L.161-1-5 du CSS, ouvre la possibilité au directeur d'un organisme de sécurité sociale de délivrer une contrainte pour le recouvrement d'une prestation indûment versée ou prise en charge. Cette disposition, dans le respect d'un formalisme respectant notamment les voies et délais de recours ouverts au débiteur, améliore l'efficacité des procédures de recouvrement des indus sans devoir saisir le juge afin d'obtenir un titre exécutoire.

L'article 119 de la LFSS pour 2009, codifié à l'article L.114-22 du CSS, instaure la possibilité d'échanges de données à caractère personnel entre les organismes de sécurité sociale et les organismes similaires d'autres Etats membres de l'Union européenne, sous réserve de réciprocité, pour prévenir ou sanctionner le cumul indu de prestations, déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille ou procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette.

Par ailleurs, l'article 54 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, codifié à l'article L.162-1-14-1 du CSS, donne également compétence au directeur de l'organisme local d'assurance maladie pour prononcer une pénalité financière à un professionnel de santé qui :

- pratique une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins,
- expose les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure,
- expose les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont il relève,
- a omis de remettre à ses patients le devis médical prévu par l'article L.1111-3 du Code de la santé publique.

Le décret d'application n'est pas encore paru.

Certaines dispositions législatives restent en attente de publication de leur décret d'application. Elles concernent :

- les pénalités financières (L. 162-1-14-1 du CSS) pour discrimination dans l'accès aux soins, dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux ou inobservations de l'obligation d'information écrite préalable (Art. 54 de la loi HPST),
- la suspension d'urgence du conventionnement prévue à l'article L. 162-15-1 du CSS (Art 104 de la LFSS pour 2007).

3.3. Les actions de communication mises en oeuvre

La communication est un outil essentiel au service de la lutte contre les fraudes, les fautes et les abus parce que celle-ci a pour finalités, d'une part, de dissuader l'ensemble des acteurs de transgresser les règles et, d'autre part, de placer l'Assurance Maladie en situation de démontrer une saine gestion des fonds confiés. L'objectif de cette communication est de responsabiliser l'ensemble des acteurs sur l'utilisation vertueuse du système de soins.

C'est dans ce cadre que le Directeur général de la CNAMTS a tenu, comme chaque année depuis 2006, une conférence de presse en mars 2009 afin de présenter le bilan de l'année 2008 en matière de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus ainsi que les orientations pour l'année 2009.

Les articles de presse, se rapportant à la fraude, publiés chaque année, ont progressé régulièrement depuis 2006 pour atteindre en moyenne 400 articles annuellement ces deux dernières années.

4. LES PERSPECTIVES 2010 EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES, FAUTES ET ABUS

Comme les années précédentes, le plan annuel de lutte contre les fraudes, fautes et abus pour 2010 distingue les objectifs selon trois parties : un volet national de programmes thématiques harmonisant les méthodes, un volet loco-régional et une série d'actions structurantes.

En 2010, le **volet national** des programmes thématiques poursuit les thèmes déjà traités les années précédentes et les complète par des programmes déjà prévus en 2009 tels que les contrôles-contentieux portant sur les prestations en espèces autres que les indemnités journalières, les laboratoires d'analyses médicales et la gestion des droits.

Dans le cadre du volet loco-régional, les objectifs assignés aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie sont de détecter et de stopper 9 € de fraudes pour 10 000 € versés au titre des prestations soins de ville et Etablissements MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Au total, l'objectif de l'Assurance Maladie pour 2010 est **de détecter et de stopper 150 M€ de fraudes, fautes et abus**.

Au sein des projets structurants, l'Assurance Maladie poursuivra en 2010 ses travaux afin, d'une part, d'accroître l'efficacité du réseau en matière de lutte contre les fraudes et, d'autre part, d'améliorer la connaissance du niveau réel du taux de fraude en fonction du thème par la réalisation d'enquêtes.

La convention d'objectifs et de gestion 2010-2013, signée à l'automne 2010, comporte un volet spécifiquement consacré à la lutte contre les fautes, fraudes et abus.

Afin d'accroître l'efficacité du réseau en matière de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus, l'Assurance Maladie accentuera notamment ses efforts dans les domaines de la détection et de l'investigation des fraudes ainsi que dans le traitement contentieux de celles-ci :

- **en matière de détection des fraudes :**
 - Expérimentation puis généralisation de méthodes de datamining.
 - Amélioration du traitement des signalements et plaintes parvenus à l'Assurance Maladie,
 - Amélioration des processus de signalements inter-partenaires,
 - Mise en place de référents statisticiens régionaux.

- **en matière d'investigation des fraudes :**
 - Intégrations de modules sur la lutte contre la fraude dans les formations initiales des personnels de l'Assurance Maladie,
 - Formations initiales de personnels dédiés à l'investigation (praticiens conseils, consultants fraude),
 - Formations continues de ces personnels dédiés à l'investigation (praticiens conseils, consultants fraude),
 - Coordinations régionales managées par la CNAMTS sur la mise en œuvre des programmes nationaux et sur la dynamique du volet loco-régional.

- **en matière de traitement contentieux de la fraude :**
 - Diffusion d'une doctrine d'emploi des contentieux en fonction des griefs,
 - Mise en place de référents juristes régionaux,
 - Mobilisation de ces référents par le niveau national avec formations,
 - Mobilisation d'observatoires du contentieux notamment sur la T2A.

Méthodes de calculs des résultats financiers directs pour les thèmes nationaux de contrôle-contentieux

Programmes T2A

Le montant des fraudes et fautes détectées s'élève pour l'année 2009 à 30,1 M€ Ce montant est calculé a priori, sur la base de l'enjeu financier potentiel des dossiers ciblés pour le contrôle sur site dans les établissements ex-OQN et ex-DG.

Le montant du préjudice subi comprend les montants des indus et des sanctions financières (L.162-22-18 du CSS) notifiés ainsi que les transactions signées au cours de l'année 2009.

Le calcul des dépenses évitées est une estimation macroéconomique sur certains thèmes identifiables au sein des priorités nationales. Il ne comprend pas l'ensemble des dépenses réellement évitées car ne porte que sur une partie des programmes et n'intègre pas les effets indirects.

Programmes MSAP/IJ

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au nombre d'indemnités journalières (IJ) au dessus du seuil² de ciblage pour les médecins retenus pour la mise sous accord préalable (MSAP) auquel est appliqué le montant moyen d'une IJ.

Des requêtes permettant à chaque CPAM d'évaluer 4 mois après la MSAP les modifications de pratiques des médecins MSAP ont été adressées au réseau. Les résultats de ces requêtes sont exploités au niveau national.

Programmes MSAP/Transports

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au montant des frais de transports facturés au dessus du seuil³ de ciblage pour les médecins retenus.

Des requêtes permettant à chaque CPAM d'évaluer 4 mois après la MSAP les modifications de pratiques des médecins MSAP ont été adressées au réseau. Les résultats de ces requêtes sont exploités au niveau national.

Programmes MSAP/Masso-kinésithérapie

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au montant des actes de masso-kinésithérapie facturés au dessus du seuil⁴ de ciblage pour les médecins retenus.

Des requêtes permettant à chaque CPAM d'évaluer 4 mois après la MSAP les modifications de pratiques des médecins MSAP ont été adressées au réseau. Les résultats de ces requêtes sont exploités au niveau national.

2 Le seuil est déterminé selon une méthode statistique : moyenne de remboursements observée plus X écarts type, X étant choisi en fonction du nombre de professionnels à mettre sous accord préalable. Ce nombre est déterminé pour une équité de traitement sur l'ensemble du territoire, au niveau national.

3 Idem 1

4 Idem 1

Chirurgie plastique

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond à :

Volet 1 : préjudice direct évité lié aux refus et avis techniques impossibles sur les demandes d'entente préalable.

Volet 2 : préjudice constaté après analyse d'activité des professionnels contrôlés.

Volet 3 : préjudice direct évité lié au refus de prise en charge suite aux présentations des factures par les assurés des soins réalisés à l'étranger.

Le montant économisé correspond à :

Volet 1 : préjudice direct évité.

Volet 2 : montant réclamé en réparation du préjudice dans le cadre des procédures civiles + montant des pénalités financières notifiées.

Actes de masso-kinésithérapie et indemnités forfaitaires de déplacement supplémentaires des masseurs-kinésithérapeutes

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au montant des actes et des indemnités forfaitaires de déplacement supplémentaires facturés au dessus du seuil⁵ de ciblage pour les masseurs kinésithérapeutes retenus.

Le montant économisé correspond au montant des indus notifiés + montant réclamé dans le cadre des procédures pénales + montant des pénalités financières notifiées.

Traitement de substitution aux opiacés

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au montant des dépenses liées à la surconsommation au dessus de 32 mg/j.

Le montant des dépenses évitées : comparaison avant et après contrôle des dépenses sur les mêmes cibles que pour le montant des fraudes détectées.

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au montant des soins et prestations inclus dans les forfaits de soins mais facturé indûment dans l'enveloppe "soins de ville".

Le montant économisé correspond au montant réclamé dans le cadre des procédures civiles ou des notifications d'indus art. L133-4-4 du CSS.

Fraudes dans les pharmacies

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au préjudice annualisé constaté au cours de l'analyse des bases de remboursement pour les pharmacies ciblées au niveau national.

Les montants économisés correspondent aux montants réclamés dans le cadre des procédures pénales, notifications d'indus ou des transactions.

Le montant des dépenses évitées : comparaison avant et après contrôle par requête des dépenses liées aux médicaments ayant contribué au ciblage.

Fraudes chez les transporteurs

Le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au montant des anomalies de facturations mis en évidence au cours des contrôles des entreprises de transports ciblées.

5 Seuil pour les indemnités de déplacement : moyenne d'IFDS facturés plus 4,5 écart-type
Seuil pour l'hyperactivité : moyenne de l'activité des MK plus 3,9 écart-type.

ANNEXE 2

Les fiches descriptives des différents programmes

Douze fiches :

Le contrôle de la T2A

Le programme de contrôle contentieux à l'encontre des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le programme de contrôle contentieux administratif des établissements d'HAD

Le contrôle des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne

Le programme de lutte contre les fraudes aux indemnités journalières

La mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs

Le programme de contrôle-contentieux à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes

Le contrôle de la chirurgie plastique prise en charge par l'Assurance Maladie

Le programme de contrôle-contentieux à l'encontre des pharmacies suspectes de fraudes

Le programme de contrôle du respect des règles de rétrocession des médicaments par les CHU

Le contrôle des méga-consomphants

Les traitements de substitution aux opiacés

Le contrôle de la T2A

Campagne 2009

Le contexte

Environ 1 800 établissements de médecine chirurgie et obstétrique (MCO) dont 38% d'ex-DG (Dotation Globale) et 268 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) dont 54% d'ex-DG⁶ soumis à la Tarification à l'activité (T2A) sont susceptibles d'être contrôlés.

La stratégie adoptée pour les contrôles T2A menés en 2009 poursuit la stratégie visant à dissuader les acteurs concernés de transgresser les règles de facturation relatives à la T2A.

Les premières sanctions financières au titre de l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale (CSS) ont été appliquées dans le cadre de la campagne de contrôle 2007 ; la campagne 2008 a vu les propositions de sanctions aux Commissions exécutives (COMEX) des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) se généraliser.

La campagne 2009 a consolidé cette action de lutte contre les facturations indues. Le développement des sanctions a fait suite à un important effort de pédagogie.

Les moyens sont concentrés sur le contrôle contentieux des établissements dont les données de facturation présentent le plus d'atypicités et donc les plus en risque de déviance, en intégrant une optique dissuasive. Le choix des champs de facturation contrôlés tient compte de leur enjeu financier.

Les priorités nationales de contrôles pour la campagne 2009

En 2009, les contrôles au titre de l'article L.162-22-18 du CSS ont porté sur :

Les séjours d'hospitalisation complète

Les principaux axes de ciblage sont les suivants :

- les séjours avec CMA⁷ et CMAS⁸,
- les actes de neurochirurgie (GHM⁹ avec craniotomie) réalisés dans les établissements non autorisés à exercer cette activité,
- les séjours pour lesquels sont supposés une erreur de choix du diagnostic principal et notamment les séjours de soins palliatifs.

Les séjours en hospitalisation à temps partiel de 0 jour (actes et consultations externes facturés)

L'axe principal de ciblage était représenté par les facturations de GHS pour des activités relevant de soins externes.

- **La facturation abusive d'ATU¹⁰**

Les deux campagnes précédentes avaient déjà mis à jour des dérives importantes. Le secteur ex-OQN est le seul concerné (en l'absence de facturation directe dans les établissements ex-DG).

6 Source : ATIH, données MAT2A, année 2009.

7 CMA : Complications et Morbidités Associées

8 CMAS : Complications et Morbidités Associées Sévères

9 GHM : Groupe Homogène de Malades

10 ATU : Accueil Traitement des Urgences

Le ciblage des établissements a été axé sur les forts taux de facturation de forfaits ATU répétitifs.

Compte tenu de l'optique de sanction financière, la sélection des dossiers a porté sur des échantillons aléatoires d'ATU.

▪ **L'HAD**

Les premiers contrôles T2A dans ce secteur d'activité ont été lancés en 2009. Le ciblage a repéré des établissements présentant les atypies suivantes :

- fréquence élevée de GHT¹¹ les plus coûteux,
- séquences brèves (1 à 4 jours) permettant de bénéficier de la zone tarifaire la plus favorable,
- combinaisons de modes de prise en charge visant à bénéficier de tarifs élevés.

Les objectifs

Dénombrer les anomalies de facturations,

Notifier les indus correspondants,

Proposer en cas d'anomalies importantes une sanction financière à l'encontre de l'établissement contrôlé à la COMEX de l'ARH.

Le calendrier

Les contrôles externes sur site ont débuté en mai 2009 pour le secteur MCO et en octobre 2009 pour le secteur HAD.

Les contrôles susceptibles de déboucher sur des sanctions financières se sont achevés le 31 décembre 2009. Ceux ne donnant lieu qu'à une récupération d'indus se sont poursuivis, au titre de la campagne 2009, jusqu'au 31 mars 2010.

Les constats

En MCO, l'Assurance Maladie a repéré des anomalies de facturation potentielles pour 328 établissements dont 176 ex-DG.

588 sanctions potentielles ont été inscrites aux programmes de contrôle (un établissement peut faire l'objet de plusieurs sanctions).

Les enjeux financiers potentiels de ces dossiers, en ce qui concerne l'indu, s'élèvent à **30,0 M€ dont 23,5 M€ pour les ex-DG**.

En HAD, compte tenu de l'initiation de la campagne de contrôle dans ce secteur d'activité au cours du dernier trimestre 2009, 5 établissements dont 2 ex-DG parmi les plus atypiques ont été ciblés en 2009.

Au 31 décembre 2009, au titre de la campagne 2009 :

en MCO : 295 établissements ont été contrôlés sur site. 272 établissements dont 147 ex-DG sont potentiellement sanctionnables,

en HAD : 4 établissements potentiellement sanctionnables ont été contrôlés sur site.

11GHT : Groupe Homogène de Tarif : unité journalière de tarification en HAD.

Les actions

Au 31 décembre 2009, les premières actions concernant le secteur MCO ont été initiées :

- 2,2 M € d'indus ont été notifiés à 23 établissements dont 13 ex-DG,
- 3,9 M€ de sanctions financières ont été proposés par les UCR aux COMEX des ARH pour 20 établissements ; aucune sanction n'avait été encore notifiée par les ARH en 2009.

Le programme de contrôle contentieux à l'encontre des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le contexte

Début 2008, la CNAMTS a lancé un programme de contrôle portant sur les actes et prestations **facturés en sus des forfaits de soins** pour les résidents en EHPAD afin de contrer la principale dérive consistant pour les établissements à facturer en soins de ville, pour leurs résidents, des prestations que l'Assurance Maladie finance déjà par l'intermédiaire du « forfait soins » versé à l'établissement, afin d'obtenir le respect des règles de facturation.

Les constats

Le programme s'est terminé début 2009 après le contrôle de 5 000 établissements dont 85% au forfait partiel (actes et prestations des infirmiers libéraux). Plus de la moitié des établissements présentaient des anomalies de facturation portant ainsi une estimation du montant de **fraudes détectées** de **15,6 M€** dont 10,2 imputables aux établissements ayant opté pour le forfait partiel.

Le montant de l'indu constaté est de 9,5 M€ dont 6,0 pour les forfaits partiels. 252 EHPAD ont présenté un montant d'indu supérieur à 3 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) soit 76% de l'indu total calculé.

Les actions

Les organismes ont **notifié** aux EHPAD **6,6 M€** se répartissant ainsi :

- 4,6 M€ à 489 EHPAD ayant opté pour un « forfait soins » Partiel,
- 2,0 M€ à 256 EHPAD ayant opté pour un « forfait soins » Global.

Sur les 745 **notifications** adressées aux EHPAD, **717** l'ont été en application de l'article **1382 du Code civil** et **28** en application de l'article **L.133-4-4 du Code de la sécurité sociale**.

L'article 62 de la LFSS 2009, codifié à l'article L.133-4-4 du CSS précise que lorsqu'un organisme d'Assurance Maladie prend en charge, pour une personne résidant dans un EHPAD, des prestations déjà incluses dans le forfait « soins » versé à cet EHPAD, les sommes en cause sont déduites par la caisse pivot des versements ultérieurs qu'elle lui alloue au titre du forfait « soins ». En conséquence, la procédure de notification et de recouvrement a été modifiée à compter du 19 décembre 2008, date d'application de la LFSS 2009.

Les 873 établissements pour lesquels l'indu constaté était inférieur à la moitié du PMSS ont fait l'objet d'une lettre de mise en garde.

Fin octobre 2009, la CNAMTS a lancé un nouveau programme de contrôle portant sur les EHPAD ayant présenté un indu 3 fois supérieur au PMSS lors du précédent programme, non contrôlés en 2008 et qui ont signé une convention tripartite avant le 1^{er} janvier 2008.

Le programme de contrôle contentieux administratif des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)

Le contexte

L'hospitalisation à domicile (HAD) a représenté, en 2007, près de 750 M€ de dépenses d'Assurance maladie pour 230 établissements, tous secteurs de financement confondus (ex-DG et ex-OQN). Cette modalité d'hospitalisation connaît une croissance rapide de l'ordre de 20% par an liée notamment à l'augmentation du nombre d'autorisations d'établissements et à la majoration des capacités déjà existantes.

La valorisation des prises en charge en HAD est réalisée par des « forfaits » quotidiens dénommés Groupes Homogènes de Tarifs (GHT). Les prestations facturables en sus du GHT sont définies par l'article L.162-22-7 du CSS ainsi que par les arrêtés pris en application de ce texte.

Le programme de contrôle contentieux administratif des établissements d'HAD, lancé en mai 2009, a porté sur la facturation en sus sur l'enveloppe Soins de ville de **médicaments** et de **dispositifs** inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (**LPP**) réglementairement inclus dans les forfaits GHT pour des bénéficiaires hospitalisés en HAD.

Les objectifs

Les objectifs du programme sont de :

- détecter les anomalies de facturation des médicaments et dispositifs inscrits à la LPP délivrés en soins de ville pendant un séjour hospitalier en HAD,
- confirmer l'existence des anomalies par le rapprochement des résultats de la requête et des archives correspondantes,
- recouvrer les sommes indues, et, le cas échéant sanctionner les établissements en fonction du montant, de la fréquence des anomalies et de l'intentionnalité.

La finalité du programme est d'obtenir le respect des règles de facturation des prestations et des soins réalisés par les structures d'HAD.

Principaux résultats

A fin décembre 2009, un bilan d'étape fait état de 138 établissements HAD contrôlés, d'un montant de **fraude détectée** de **2,9 M€** dont 2,0 sur la pharmacie. Les principales actions contentieuses (actions civiles au titre de l'article 1382 et transactions) sont attendues pour 2010.

Le contrôle des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizona

Le contexte

Ce contrôle s'inscrit dans le cadre d'un plan global de gestion du risque comprenant dans un premier temps un engagement avec les professionnels de santé puis dans un second temps le contrôle de ceux qui continuent à ne pas respecter les règles.

Débutée en 2006, l'action de contrôle se poursuit chaque année.

La campagne 2008 n'a débuté qu'en début d'année 2009. Le bilan 2009 recense donc l'intégralité de la campagne 2008.

Les objectifs

Repérer les professionnels à l'origine de pratiques non conformes.

Mettre en œuvre un contrôle a posteriori des professionnels ciblés pour établir des constats d'anomalies.

Faire sanctionner ces professionnels, en fonction des anomalies constatées, par la mise en œuvre des actions suivantes : mise en garde dans le cadre de la procédure des pénalités financières, notification d'une pénalité financière (article L. 162-1-14 CSS) et récupération du préjudice au titre de l'article 1382 du code civil.

Rappel de la campagne 2008-2009

En 2008, le mode de ciblage est différent de celui de 2007. L'estimation de l'indu potentiel est basée sur la prescription en partie haute de l'ordonnancier bizona des médicaments « feux rouges » prescrits dans le cadre de 6 ALD 30 pour lesquelles la Haute Autorité de Santé (HAS) a validé les critères « Feux rouges » des fiches pratiques d'aide à l'utilisation de l'ordonnancier bizona réalisées par l'Assurance Maladie.

A la suite de la phase d'échanges entre le niveau national et les régions, **276 professionnels de santé** ont été retenus, dont 173 omnipraticiens et 103 spécialistes. Le contrôle de ces professionnels de santé a effectivement été lancé en février 2009.

Constat

Pour cette campagne 2008/2009, le montant de la fraude détectée s'élève à **314 000 €**

Au 31 décembre 2009, les 276 contrôles des médecins ciblés ont conduit au prononcé de **14 pénalités financières** pour un montant de 14 822 € et à **59 procédures civiles** pour un montant notifié de 87 827 €

Par ailleurs, 61 lettres dans le cadre de l'article L.162-1-14 du CSS ont été adressées.

Le programme national de lutte contre la fraude administrative aux indemnités journalières

Le contexte

En 2007, l'Assurance Maladie a versé aux assurés près de 10 Milliards d'euros (Md€) d'indemnités journalières toutes assurances confondues (5,4 Md€ au titre du risque « maladie », 2,4 Md€ au titre du risque « maternité » et 2,1 Md€ au titre du risque « accident du travail »).

Les indemnités journalières font l'objet de deux modalités de contrôle distinctes :

- le contrôle de la justification médicale des arrêts de travail, assuré par le service médical, qui n'est pas décrit par la présente fiche,
- le contrôle administratif du versement des indemnités journalières (lutte contre la fraude administrative), qui fait l'objet de la présente fiche.

Le nombre de fraudes administratives aux IJ détectées par les caisses a été de 1 546 pour un montant de préjudice de 4,5 M€ en 2007 (source : remontées d'informations des CPAM et des CRAM).

Issu des travaux d'un groupe de travail de six CPAM et d'une CRAM dont le pilotage avait été confié fin février 2007 à un Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque, le programme national de lutte contre la fraude aux IJ visait à expérimenter, sur 12 mois, une vaste opération de contrôle des indemnités journalières et avait également vocation à améliorer et enrichir les méthodes de lutte contre la fraude utilisées par le réseau.

Les objectifs

Destiné à mobiliser l'ensemble du réseau sur ce thème, à lui donner les moyens d'être plus efficace dans la prévention, la détection et la répression de cette fraude, ce programme avait pour objectif premier de réduire cette dernière et, indirectement, de dissuader les fraudeurs potentiels.

Un recensement et l'analyse, par le groupe de travail précité, des fraudes les plus significatives subies par les caisses du groupe ont permis de mettre en évidence quatre principaux mécanismes de fraude administrative aux IJ :

- le cumul IJ - autres revenus, y compris sociaux,
- la falsification, contrefaçon, création de faux documents et vol de documents nécessaires pour justifier de droits aux IJ,
- la fraude interne,
- la fraude commise avec le concours d'un professionnel de santé (fraude en bande organisée).

Le calendrier

Le programme national de lutte contre les fraudes administratives aux IJ, ayant nécessité des moyens importants pour sa mise en œuvre (volume conséquent de dossiers ciblés et lourdeur des investigations notamment auprès des partenaires institutionnels comme l'URSSAF), il a été séquencé sur 12 mois de septembre 2008 (lancement des premières requêtes) à août 2009 (fin prévue des actions contentieuses pour la dernière requête n°7).

Ont plus particulièrement fait l'objet d'une analyse :

- les arrêts de travail itératifs,
- les arrêts de travail pour accidents de travail successifs,
- les assurés à la retraite,
- le versement ou non de prestations en nature,
- les prescriptions effectuées par un professionnel ayant déclaré le vol d'avis d'arrêt de travail.

Les requêtes ont permis de sélectionner, France entière, 47 048 dossiers dont 80% ont fait l'objet d'un contrôle administratif. Le montant total des indemnités journalières contrôlées s'établit à 25,9 M€

Principaux résultats

562 fraudes ont été recensées soit un taux de fraude administrative global égal à 1,5% des dossiers contrôlés. Le montant moyen d'une fraude est de 964 € pour des extrêmes situés entre 2 727 € et 53 €

Le montant du préjudice subi constaté pour ce programme national est de 0,5 M€ soit 10,4% du montant total constaté dans le cadre des programmes de répression des fraudes administratives aux indemnités journalières menés à son initiative par le réseau.

Il a été décidé de tenir compte des enseignements tirés des bilans quantitatifs et qualitatifs du programme national 2009 pour élaborer au cours de l'année 2010, un nouveau programme national opérationnel dès janvier 2011.

La mise sous accord préalable (MSAP) des prescripteurs excessifs

Le contexte

Pour mémoire, la loi du 13 août 2004 a permis au directeur de la caisse de subordonner les prescriptions d'arrêts de travail de certains médecins à l'accord préalable du service du contrôle médical. Dans le cadre du dispositif prévu au 2° de l'article L. 162-1-15, les médecins qui sont à l'origine d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits, donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieures aux données moyennes constatées dans la même région, peuvent être concernés par cette procédure.

La loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2007 a permis d'étendre au risque Accident du travail/Maladie Professionnelle, la procédure initialement prévue en risque Maladie. Puis la LFSS pour 2008 a élargi la procédure de MSAP aux médecins pour lesquels le nombre de prescriptions relatives à la prestation, l'acte ou le produit mis sous accord préalable est significativement supérieur aux données moyennes constatées pour une activité comparable.

L'objectif

Modifier le comportement des médecins à l'origine d'un nombre d'arrêts de travail, de transports ou d'actes de masso-kinésithérapie prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, en mettant en œuvre la procédure de mise sous accord préalable à leur rencontre en cas de prescriptions non médicalement justifiées.

Les programmes de MSAP pour l'année 2009

Les programmes de MSAP 2009 ont concerné les prescriptions :

- d'arrêts de travail (fin de la campagne 2008 et préparation de la campagne 2009-2010),
- de transport,
- d'actes de masso-kinésithérapie.

Les principaux résultats de chacun de ces trois programmes sont présentés ci-après.

La mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'arrêts de travail

Campagne 2008

Le calendrier

La campagne 2008 de mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'arrêts de travail s'est poursuivie en 2009 et correspond à la troisième campagne de ce type menée par l'Assurance Maladie. Le ciblage des médecins généralistes a été confié aux régions, sous la coordination des directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude.

Les premières mises sous accord préalable de prescripteurs excessifs d'indemnités journalières ont débuté en juillet 2008, les dernières se sont terminées en décembre 2009.

Les constats

117 des 136 médecins généralistes, retenus en raison de leur nombre de prescriptions d'indemnités journalières significativement supérieur à la moyenne régionale, ont fait l'objet d'une mise sous accord préalable de leurs prescriptions.

Les actions

Aux 96 procédures de mise sous accord préalable décidées en 2008, se sont ajoutées 21 autres procédures en 2009. Pour l'ensemble de cette campagne 2008, la durée des mises sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail a été de :

- 6 mois pour 38 médecins
- 5 mois pour 2 médecins
- 4 mois pour 15 médecins
- 3 mois pour 38 médecins
- 2 mois pour 20 médecins
- 1 mois pour 4 médecins.

Les résultats financiers

Dans le cadre de cette campagne, selon les données disponibles à fin 2009, **une estimation des dépenses évitées** consécutives à la mesure de mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail s'élevait à **9,0 M€ dont 6,4 M€ au titre de l'année 2009 seule**.

Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'arrêts de travail

Campagne 2009-2010

Le calendrier

La campagne 2009-2010, quatrième campagne menée par l'Assurance Maladie fait suite à une demande ministérielle de renforcer les actions envers les prescripteurs excessifs d'arrêts de travail. Cette campagne est également articulée avec les campagnes des entretiens confraternels IJ et des actions de sensibilisation (notamment avec l'envoi de 1 000 courriers de sensibilisation à des « gros prescripteurs d'IJ ») réalisées 2009 ou précédemment.

Le ciblage des médecins généralistes a été confié aux régions, sous la coordination des directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude.

Les premières procédures administratives ont débuté fin 2009.

Les constats

Les requêtes ont été effectuées sur des indemnités journalières en risque maladie et AT/MP dans la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009. Après échanges entre les régions et la CNAMTS, **233 des 308 médecins généralistes** ayant un nombre de prescriptions d'indemnités journalières significativement supérieur à la moyenne régionale de prescription d'IJ ont été retenus pour la campagne.

Les actions

Les commissions des pénalités n'ont pu se réunir fin 2009 (renouvellement du conseil des caisses), ce qui a conduit à un débord sur 2010.

Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs de transports

Le calendrier

Lancée en deux vagues successives en 2008 : médecins généralistes et spécialistes puis médecins généralistes à nouveau, il s'agit de la première campagne sur cette prestation.

Les actions

En 2009, **60** procédures de mises sous accord préalable des prescripteurs excessifs de transports sont venues compléter les 15 déjà engagées en 2008. Pour l'ensemble de cette campagne qui touche à son terme fin 2009, la durée des mises sous accord préalable a été de :

- 6 mois pour 8 médecins,
- 3 mois pour 38 médecins dont 5 spécialistes,
- 2 mois pour 22 médecins dont 4 spécialistes,
- 1 mois pour 7 médecins dont un spécialiste.

Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'actes de masso-kinésithérapie

Le calendrier

Le programme de mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'actes de masso-kinésithérapie lancé en trois vagues successives en 2008 s'adresse à des médecins généralistes repérés au niveau national. Parmi ces derniers, des médecins du sport ont été identifiés par les analyses régionales et ont fait l'objet d'une étude complémentaire.

Les actions

En 2009, **112 procédures de mises sous accord préalable** des prescripteurs excessifs d'actes de masso-kinésithérapie ont été engagées. La durée de mise sous accord préalable de ces médecins a été de :

- 6 mois pour 18 médecins
- 5 mois pour 1 médecin
- 4 mois pour 14 médecins
- 3 mois pour 35 médecins
- 2 mois pour 33 médecins
- 1 mois pour 11 médecins

Le programme de contrôle contentieux à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes suspects de fraudes

Le contexte

Depuis fin mars 2006, des forfaits de déplacements intitulés Indemnités Forfaitaires de Déplacement Spécifiques (IFDS) sont facturables par les masseurs kinésithérapeutes (MK) en fonction des pathologies présentées par les patients (cf. arrêté du 28/02/2006 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des MK). Ces nouvelles cotations permettent aux MK de facturer des IFDS à 4 € au lieu 2 € correspondant aux indemnités forfaitaires de déplacement simples (IFD). Suite à l'évolution du nombre de facturations de ces IFDS, la CNAMTS a décidé de mettre en œuvre un contrôle contentieux sur ce thème.

Par ailleurs, le ciblage des MK a été étendu aux professionnels de santé ayant une hyperactivité évaluée à partir d'un indicateur prenant en compte le nombre d'actes et de déplacements.

Les objectifs

Les objectifs de ce programme de contrôle à visée contentieuse étaient de :

- vérifier l'adéquation entre l'IFDS facturée et la pathologie à l'origine de la prescription des actes de kinésithérapie ainsi que la nature précise de l'acte de kinésithérapie pratiqué,
- rechercher la facturation d'actes non réalisés pour les MK ciblés sur leur hyperactivité,
- mettre en oeuvre les débouchés contentieux prévus afin de sanctionner les comportements frauduleux et d'exercer un effet dissuasif vis-à-vis de l'ensemble de la profession :
 - ✓ procédure des pénalités financières avec récupération du préjudice financier pour non respect des règles de facturation des IFDS,
 - ✓ action ordinale et/ou pénale en fonction du nombre et du préjudice en cas d'actes fictifs.

Le calendrier

Le programme a comporté deux vagues successives en janvier puis juillet 2008.

- 1ère vague : Le nombre de MK ciblés s'élève à 257 dont 236 repérés sur leur nombre de facturations d'IFDS et 36 sur leur hyperactivité. 15 MK étaient communs aux deux ciblages.
- 2nde vague : Le nombre de MK repérés sur leur volume d'activité s'élève à 54.

Au total, **311 MK** ont été ciblés dont 236 repérés sur la facturation des IFDS.

Les constats et actions dans le cadre de ce programme

307 des 311 MK ciblés ont été retenus dans le programme et ont fait l'objet d'une analyse d'activité (exclusion des MK en cessation d'activité).

Les actions engagées à la suite de ces analyses d'activité sont les suivantes :

- 143 notifications d'indus pour un montant de 0,7 M€
- 37 pénalités financières représentant 69 960 €
- 18 saisines ordinales,
- 7 dépôts de plainte pénale (préjudice global de 0,7 M€)

Les **économies réalisées** à l'issue de ce programme sont donc **de 1,5 M€**

L'évaluation de ce programme

Le suivi statistique des dépenses présentées au remboursement des MK ciblés par le programme, d'une part, et des MK non concernés par ce contrôle, d'autre part, montre une **modification des comportements** permettant d'en apprécier l'impact.

Au 31 décembre 2009 :

- Pour les MK ciblés sur les IFDS, l'impact de ce programme est estimé à 2,2 M€
- Pour les MK non ciblés, cet impact est également estimé à 2,2 M€
- Pour les MK ciblés sur leur hyperactivité, l'impact de ce programme est estimé à 5,0 M€

L'impact global du programme national MK sur les IFDS et les hyperactifs, initié en 2008, est ainsi estimé à 9,4 M€

Exemple d'un cas de contrôle contentieux à l'encontre d'un MK entrant dans le champ du programme

En région parisienne les investigations menées par la CPAM et par le Service du Contrôle Médical sur les facturations d'un MK ciblé ont démontré l'existence de nombreux actes fictifs, d'une facturation abusive en tiers payant, de surfacturations d'actes, de facturations indues d'indemnités de déplacement alors que les soins étaient dispensés au cabinet du MK, d'une utilisation frauduleuse d'un numéro d'identification de médecin pour justifier la prescription de certains soins dispensés, de la pratique par un tiers non compétent, non qualifié d'actes de masso-kinésithérapie (exercice illégal de la masso-kinésithérapie).

L'ensemble du préjudice lié à ces actes a été estimé à 0,6 M€ La CPAM a déposé une plainte pénale pour escroquerie en décembre 2009.

En conclusion

Au-delà des sanctions pénales, ordinales et financières mises en oeuvre à l'encontre des MK au comportement frauduleux, l'effet dissuasif de ce programme de contrôle contentieux sur les MK a pu être objectivé par le suivi statistique des bases de remboursement.

Le contrôle de la chirurgie plastique prise en charge par l'Assurance Maladie

Le contexte

Le contrôle de la chirurgie plastique prise en charge par l'Assurance Maladie figure dans les plans nationaux de contrôle-contentieux et de lutte contre la fraude depuis 2006. Ce programme national comporte trois volets.

- Volet 1
Le contrôle des demandes d'entente préalable (EP) a débuté en octobre 2006 et se poursuit en 2009.
- Volet 2
Lancé en juin 2007, ce volet porte sur l'analyse d'activité de professionnels de santé ciblés exerçant en libéral dans des établissements privés ex-OQN ou publics ex-DG. En outre, le contrôle des établissements de santé ex-DG sur le thème de la chirurgie plastique a été intégré dans les priorités de contrôles T2A 2008.
- Volet 3
Le contrôle des assurés bénéficiaires de chirurgie esthétique réalisée en dehors du territoire national et facturée à l'Assurance Maladie sous couvert de chirurgie aigue, comme une appendicectomie, a débuté au cours de l'année 2008 et s'est poursuivi sur 2009.

Le programme de contrôle par l'Assurance Maladie a fait l'objet d'une présentation lors des congrès de chirurgie esthétique ainsi qu'auprès des instances représentatives de ces professionnels (société savante et syndicat).

Les documents servant de référentiels aux contrôles ont été élaborés en lien avec le Syndicat national de chirurgie plastique reconstructive et esthétique (SNCPRE) et la Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (SOFCPRE). Ils ont été réactualisés en novembre 2009.

Les objectifs

- **Eviter la prise en charge par l'assurance maladie d'actes de chirurgie esthétique et de leurs frais annexes. Le fait d'obtenir le remboursement d'actes qui ne relèvent pas du périmètre d'attribution des prestations constitue une fraude.**
- **Mener une action dissuasive et immédiate auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé.**

Volet 1 chirurgie esthétique Contrôle des ententes préalables

Les constats

Au cours de l'année 2009, **22 504** ententes préalables (**EP**) ont été réceptionnées, portant ainsi à 68 378 EP le nombre total depuis le lancement. Au sein de ces EP réceptionnées en 2009, **600** EP étaient **abusives**, soit 2,6% des EP contre 4,9% en 2008. Il s'agissait d'actes inscrits à la CCAM non soumis à EP et d'actes non pris en charge par l'Assurance Maladie. Les autres EP ont donné lieu à un avis dont la répartition est la suivante :

- 76,2% d'accord de prise en charge par l'Assurance maladie,
- 05,9% d'avis technique impossible,
- **17,9% d'avis défavorable** d'ordre administratif pour plus d'un tiers et d'ordre médical pour près des deux tiers.

Les actions

Refus de prise en charge.

Les résultats financiers

Le contrôle des ententes préalables a entraîné, en 2008, près de 9,0 M€ d'économies sur un total de **33,4 M€ depuis fin 2006** pour l'ensemble de ce volet du programme national portant sur la chirurgie plastique.

Volet 2 chirurgie esthétique

Analyses d'activité de professionnels de santé exerçant en libéral

Les constats

Lancé fin 2007, ce volet du programme national à visée contentieuse a permis de cibler **141 médecins** afin de procéder à une analyse d'activité.

Les actions

A fin décembre 2009, **86 médecins** (dont 17 en 2008) ont fait l'objet **d'au moins une action contentieuse** : pour **34** médecins (3 en 2008) il s'agit d'une **saisine ordinale** ; pour **4** médecins, d'une **plainte pénale**. **58** médecins (15 en 2008) ont fait l'objet d'une **action civile** en réparation du préjudice pour un montant global de **0,4 M€** et **14** se sont vus notifiés une **pénalité financière** pour un montant global de 48 123 €

Pour les trois-quarts des professionnels sanctionnés, un type de poursuite a été utilisé, par ordre de fréquence l'action ordinale (22) et l'action civile (37). Plusieurs types ont été utilisés dans les autres cas.

Au 31 décembre 2009, les analyses de 24 médecins ne donnaient pas lieu à une suite contentieuse, celles de 31 n'étaient pas terminées.

Volet 3 chirurgie esthétique

Contrôle de la chirurgie esthétique réalisée à l'étranger et facturée en soins inopinés

Au cours de l'année 2009, 191 dossiers ont été traités. Parmi ceux-ci, 12 dossiers concernaient des actes à visée esthétique (mammoplastie de réduction, blépharoplasties, abdominoplastie, septorhinoplastie, lobe de l'oreille, traitement de la myopie). Ces dossiers n'ont pas donné lieu à une prise en charge. Le préjudice ainsi évité est évalué à **10 201€**

Le programme de contrôle-contentieux à l'encontre des pharmacies suspectes de pratiques frauduleuses

Le contexte

Des pratiques frauduleuses de facturation émanant de certains pharmaciens d'officines ont été mises en évidence sur le territoire national. Elles consistent essentiellement à facturer indûment à l'Assurance Maladie des produits de santé non délivrés aux patients ou non nécessaires au traitement. Ces pratiques représentent un enjeu financier important, le préjudice subi pouvant aller dans certains cas jusqu'à plusieurs centaines de milliers d'euros par pharmacie.

Les objectifs

Détecter et contrôler les pharmacies d'officines suspectes de faire prendre en charge par l'Assurance Maladie des prestations indues.

Faire sanctionner les fraudeurs et porter les sanctions à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Le calendrier

Après ciblage des pharmacies suspectes de pratiques frauduleuses au cours des trois premiers trimestres 2007 puis test en région parisienne portant sur 21 pharmacies, le contrôle a été généralisé France entière en décembre 2007.

La mise en œuvre

Une première liste de pharmacies, correspondant à des critères de ciblage d'une grande spécificité, comportait **52 pharmacies France entière** dont 4 pharmacies concernées par le test mené sur la région Ile-de-France.

Une seconde liste de pharmacies à contrôler correspondant à deux modes de ciblage différents, a permis d'initier **74** contrôles dont 5 dans les DOM en 2008.

Les actions

Au 31 décembre 2009, 29 plaintes pénales ont été déposées ; 24 saisines ordinales ont, par ailleurs, été engagées.

Les sanctions

Au 31 décembre 2009, les sanctions n'étaient pas toutes prononcées, certaines procédures étant encore en cours. A titre d'exemple, figurent ci-dessous les décisions rendues par les juridictions pour deux pharmacies contrôlées dans le cadre du test préalable :

- Pour une pharmacie, les sanctions pénales ont été les suivantes : 18 mois de prison avec sursis et 3 ans d'interdiction d'exercice pour la pharmacienne titulaire ; 12 mois de prison avec sursis et 2 ans d'interdiction d'exercice pour l'adjointe,
- Pour une autre pharmacie : 2 ans de prison avec sursis et 2 ans d'interdiction d'exercice pour le pharmacien titulaire, avec publication d'un extrait de la décision dans "Le quotidien du Pharmacien". Une information du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a été réalisée par la caisse primaire d'assurance maladie.

Les résultats financiers

A fin décembre 2009, le montant global provisoire du préjudice estimé par l'Assurance maladie s'élève à 3,4 M€

Le programme de contrôle du respect des règles de rétrocession des médicaments par les CHU

Le contexte

La rétrocession des médicaments par les établissements de santé est régie par des textes définissant de manière très restrictive le champ d'application et les modalités de facturation. Dans ce cadre, seuls les médicaments inscrits par arrêté sur la liste de rétrocession ou inscrits de fait sur cette liste ou faisant l'objet de mesures spécifiques, peuvent faire l'objet d'une dispensation à des patients ambulatoires par les pharmacies hospitalières (Pharmacies à Usage Intérieur : PUI) autorisées et d'une facturation aux organismes d'Assurance maladie.

La prise en charge s'effectue sur la base du prix de cession dont le mode de calcul est variable en fonction de la catégorie du médicament rétrocedé.

Les objectifs

Repérer les établissements qui ne respectent pas les règles en matière de rétrocession pour les contrôler et mettre en place un contentieux adapté : transaction, procédures pénales en cas de fraudes *stricto sensu*.

Inciter l'ensemble des établissements de santé à respecter les dispositions réglementaires relatives à la rétrocession de médicaments qui s'imposent à eux en mettant en place un contentieux efficace et dissuasif.

Le calendrier

Le contrôle a été mis en œuvre sur l'ensemble des 27 Centres hospitaliers universitaires (CHU) de France métropolitaine en mars 2009 et se poursuit en 2010.

Les constats

Les principaux constats effectués sont :

- d'ordre administratif : facturation de médicaments ne pouvant faire l'objet de rétrocession,
- d'ordre comptable : non respect des prix de cession,
- relatifs au non respect des dispositions réglementaires du code de la santé publique en matière de dispensation et facturation : facturations en quantités supérieures à celles prescrites ou nécessaires, facturations de renouvellements non prescrits, chevauchements des dispensations et facturations, facturations au-delà de la validité de la prescription,...

Les actions

Le débouché prévu, sauf en cas de caractère frauduleux des anomalies constatées, est une transaction sur l'ensemble de l'activité de rétrocession de l'établissement, sur 2 ans.

Au 31 décembre 2009, des transactions ont été mises en œuvre à l'encontre de 9 CHU.

Le contrôle des méga-consommateurs

Le contexte

Le nouveau programme de contrôle sur les assurés ou bénéficiaires "surconsommateurs" en matière de médicaments lancé en 2009 vient en complément des contrôles réalisés depuis 2005.

Le **ciblage** a porté sur les bénéficiaires repérés sur des critères de nomadisme (médical, pharmaceutique) et de surconsommation médicamenteuse. Les enjeux financiers ont été pris en compte.

Les objectifs

Contrôler l'intérêt thérapeutique des médicaments délivrés et, le cas échéant, mettre en œuvre les mesures permettant de faire cesser le remboursement de prescriptions injustifiées ou les fraudes éventuelles.

Les actions

Outre les 190 suivis médicaux encadrés (58 au titre de l'article L.324-1 et 142 au titre de l'article L.315-2-1 du CSS), le nouveau contrôle de **1 042** bénéficiaires ciblés lancé en 2009 dans le cadre du programme "Mégaconsommateurs" a donné lieu à fin décembre 2009 à 108 autres actions :

- 97 suspensions de prestations au titre de l'article L.315-2 du CSS,
- 6 plaintes pénales pour un montant de 10 376 €
- 5 notifications d'indus 2 842 €

Les traitements de substitution aux opiacés

Campagne 2009

Le contexte

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) suppriment les signes de manque consécutifs à l'arrêt de l'héroïne, en permettant aux personnes une réinsertion sociale.

Ces traitements, pris en charge par l'Assurance Maladie pour près de 100 000 personnes en 2009, s'intègrent dans la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues. Cependant, les pratiques de quelques professionnels ou les comportements de certains assurés peuvent être suspects d'activités frauduleuses.

Débutée en septembre 2004 pour les bénéficiaires suspects de détournement de TSO, l'action de contrôle se poursuit chaque année.

Pour les professionnels de santé, des contrôles sont lancés régulièrement depuis 2006. Pour 2009, ceux-ci ont été engagés dans le courant du dernier trimestre 2009 et concernent 40 médecins et 13 pharmacies.

Les objectifs

Détecter les professionnels et/ou les assurés suspects d'activités frauduleuses et les faire sanctionner.

Les constats de la campagne 2009

Ces constats portent, en 2009, sur les bénéficiaires suspects de détournement de TSO.

Au cours de cette année, **1 694 bénéficiaires** se caractérisant par une dose moyenne journalière d'au moins deux fois la dose maximale (32 mg/j de Subutex[®], 300 mg/j de méthadone) et par un nomadisme médical important, ont été contrôlés.

On note une diminution de 14% par rapport à 2008 et de 37% par rapport à 2007 des consommateurs de Subutex[®] à des posologies supérieures à 32 mg/j.

Ce résultat témoigne de l'impact des actions menées par l'Assurance Maladie en étroite collaboration avec les services de police, la Justice et la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

Par contre le nombre total de bénéficiaires inclus dans le groupe Méthadone a augmenté de 44% par rapport à 2008, ceci pouvant s'expliquer par la prescription par les professionnels de santé libéraux et la mise en vente de la Méthadone gélules.

Le nombre total de bénéficiaires inclus dans ce programme en 2009 et reprenant toutes les catégories de traitement a baissé de 6% par rapport à 2008.

Les actions

Parmi les 1 694 personnes contrôlées au cours de l'année 2009, **1 582 actions** ont été engagées en 2009. Parmi ces actions, les caisses ont mises en oeuvre :

- **71 procédures pénales** dont 47 plaintes pénales et 24 signalements au parquet,
- 589 articles L.315-2 du code de la sécurité sociale (CSS) notifiés (suspension de la prise en charge de prestations injustifiées),

- 705 attributions de l'article L. 324-1 du CSS destinées à mieux encadrer la prise en charge des soins.
- Pour les bénéficiaires restants, 8 278 courriers d'information ont été adressés aux prescripteurs et aux pharmacies de manière à réduire les quantités de TSO prescrites et/ou délivrées.

Les résultats financiers

A la suite des actions à l'encontre des bénéficiaires et des professionnels de santé, le nombre de bénéficiaires avec plus de 32 mg de Subutex[®] par jour a diminué de 14% entre 2008 et 2009.

Pour 2009, le montant de la fraude détectée annuelle est estimé à 2,3 M€ Cette estimation correspond au surcoût de la consommation de plus de 32 mg/j ramenée à une consommation de 16 mg/j [(nombre de bénéficiaires consommant plus de 32 mg/j x 365 x 32 x 0,35) - (nombre de bénéficiaires consommant plus de 32 mg/j x 365 x 16 x 0,35) où 0,35 est le coût moyen d'un mg de Subutex[®]].

Le préjudice évité est estimé à 1,6 M€ Ce préjudice évité est calculé par rapport au nombre de bénéficiaires consommant plus de 32 mg de Subutex[®] et ayant eu des notifications au titre de l'article L. 315-2 du CSS. L'estimation correspond au coût de la surconsommation de plus de 32mg/j ramenée à une consommation de 16mg/j.

Les pénalités financières Situation au 31 décembre 2009

Rappel du dispositif

Issue de la loi de réforme d'août 2004, la procédure des pénalités financières codifiée à l'article L.162-1-14 du CSS, a été complétée par le décret du 30 décembre 2008 et surtout par le décret du 20 août 2009.

Le décret du 20 août 2009 précise que les bénéficiaires, les professionnels de santé, les fournisseurs et prestataires de service, les laboratoires de biologie médicale, les établissements de santé et EHPAD, les employeurs peuvent faire l'objet d'une saisine de la commission des pénalités financières et se voir appliquer des pénalités en fonction de la gravité des faits. La commission saisie par la direction de l'organisme local n'est compétente que pour la liste limitative des faits énumérés au décret.

Le dispositif ainsi refondu a élargi le champ d'application, simplifié la procédure, instauré des pénalités mieux proportionnées au préjudice et à la gravité des faits. La fraude à l'assurance maladie fait désormais l'objet d'une définition avec un barème de pénalités spécifique et dissuasif. Au-delà du caractère novateur, le législateur a souhaité rendre les sanctions applicables plus efficaces.

Par ailleurs, la loi HPST du 21 juillet 2009 a prévu la mise en place de pénalités pour des motifs relatifs à l'accès aux soins. Le décret d'application de ces dispositions n'est pas paru à ce jour. Le présent bilan ne porte donc que sur les seuls cas relevant du décret du 20 août 2009. Pour mémoire, les pénalités ne peuvent être prononcées en application du décret du 20 août 2009 que sur des faits postérieurs à la publication de ce décret.

Nombre de lettres de mise en garde adressées en 2009

En 2009, **2 682 lettres** de mise en garde ont été adressées contre 2 339 en 2008. Le tableau ci-dessous montre la répartition des lettres de mise en garde adressées en fonction des acteurs concernés et selon l'année. Le nombre de lettres adressées augmente de manière patente entre 2008 et 2009 pour les professionnels de santé. Cette croissance (+89%) des lettres de mise en garde (ou avertissement) illustre le recours par les directeurs d'organisme à la gradation des différents outils prévus par les textes, tant vis-à-vis des professionnels de santé que des autres acteurs. Les aménagements du dispositif ont permis aux directeurs d'organisme d'adresser des lettres dans le cadre de la procédure à d'autres acteurs (fournisseurs, autres prestataires de service, EHPAD,...) que ceux initialement concernés dans le dispositif antérieur.

Nombre de lettres de mise en garde adressées selon l'acteur concerné et l'année

Acteur	Nombre de lettres de mise en garde		
	2009	Rappel 2008	Rappel 2007
Assuré	1 730	1 845	1 102
Professionnel de santé	865	458	357
Employeur	16	20	16
Etablissement de santé	21	16	4
Autres	50	SO	SO
Total	2 682	2 339	1 479

Nombre de pénalités financières notifiées en 2009

En 2009, **560 pénalités financières** (521 en 2008) ont été notifiées dont 304 à des assurés, 248 à des professionnels de santé (+24% pour les professionnels de santé).

Nombre de pénalités notifiées selon l'acteur concerné et l'année

Acteur	Nombre de pénalités financières notifiées		
	2009	Rappel 2008	Rappel 2007
Assuré	304	310	108
Professionnel de santé	248	200	82
Employeur	3	8	6
Etablissement de santé	0	3	5
Autres	5	SO	SO
Total	560	521	201

Montant global des pénalités financières notifiées en 2009

Le montant total des pénalités financières notifiées s'élève à **0,7 M€** (soit une augmentation de 18% par rapport à 2008) pour l'ensemble des acteurs (cf. tableau ci-dessous). Les montants moyens notifiés les plus faibles l'ont été à l'encontre des médecins généralistes, des masseurs-kinésithérapeutes et des assurés (gestion des droits CMU(C) uniquement) : moins de 1 000 € A l'opposé, les employeurs, les pharmaciens et les autres prestataires de service ont fait l'objet des pénalités les plus lourdes : entre 2 500 et 4 000 € environ.

**Montant total et montant moyen (en €)
des pénalités financières notifiées en 2009 selon les acteurs**

Acteur	Montant total	Montant moyen	Rappel total 2008
Assuré	380 515	1 251	469 735
Professionnel de santé	333 872	1 346	120 949
Employeur	8 691	2 897	27 559
Etablissement de santé	0	SO	5 500
Autres	12 260	SO	SO
Total	735 338	1 313	623 743

Exemples de fraudes détectées par le régime général de l'Assurance Maladie Année 2009

Les exemples présentés ci-après concernent dix affaires qui ont vu, pour certaines, leurs débouchés en sanctions advenir en 2009 ; les autres portant sur des affaires pour lesquelles une saisine d'instances juridictionnelles a été déposée par les caisses en 2009.

Les personnes concernées par ces affaires sont :

- des assurés,
- un chirurgien,
- un chirurgien-dentiste,
- une infirmière,
- un masseur-kinésithérapeute,
- des transporteurs,
- des pharmaciens d'officine,
- Plusieurs acteurs associés (bande organisée).

Fraude d'un assuré (Premier exemple)

Description de l'anomalie

En mai 2005, une personne avait demandé son rattachement en qualité d'assurée sociale auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du centre de la France. A titre de justificatif d'identité, elle avait présenté une copie certifiée conforme de certificat de naissance.

Afin de permettre à cette personne d'avoir accès aux soins et de lui délivrer une attestation de droit, la CPAM lui avait alors attribué un numéro provisoire de sécurité sociale en attendant l'attribution d'un numéro définitif.

Cependant, l'acte de naissance, produit par l'intéressée, n'étant pas valide, des investigations complémentaires ont démontré que le certificat de naissance était un faux.

Sollicitée par la CPAM, la mairie du lieu où la naissance avait été déclarée avait alors fourni une attestation mentionnant que l'acte de naissance n'avait pas été édité par le service de l'état civil de cette commune.

Cette personne, en produisant ce document d'état civil, avait ainsi sciemment trompé la CPAM qui lui a délivré une attestation de droit et a ainsi assuré sa prise en charge au titre du régime général de protection sociale, lui ouvrant le bénéfice d'une prise en charge à 100%, suite à avis médical.

Mécanisme de la fraude

Il s'agit d'une fraude à l'identité.

En effet, le certificat de naissance produit par cette personne était un faux démontré par les deux observations suivantes :

- Le département dans lequel se trouvait la commune, lieu de naissance de la personne, avait été créé postérieurement à l'année de naissance de l'intéressée ; dans ces conditions, le numéro du département mentionné sur l'acte de naissance était inexact puisque inexistant lors de la naissance de l'intéressée.
- Le numéro d'acte de naissance indiquait le chiffre 362, ce qui signifiait que le 1^{er} janvier à 15 heures, il y avait déjà eu 362 naissances dans cette commune de 50 000 habitants, ce qui était hautement improbable.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice a été chiffré par la CPAM à **11 531 €** pour des prestations en nature et des indemnités journalières perçues par cette personne sur une période de 18 mois.

Actions mises en œuvre

Après plainte déposée par la CPAM en janvier 2008, la personne a été condamnée en septembre 2008 par le Tribunal correctionnel à :

- 15 mois de prison dont 3 mois de prison ferme,
- une mise à l'épreuve pendant 2 ans avec obligation de payer l'ensemble des préjudices à la CPAM, soit la somme de **11 531 €**,
- une interdiction de résider sur le territoire national pendant 6 ans.

Après appel de la prévenue, la Cour d'appel l'a condamnée à :

- **12 mois de prison ferme**, avec mandat d'arrêt sur tout le territoire national,
- **une mise à l'épreuve pendant 2 ans** avec obligation de payer la somme de **11 531 €**,
- **une interdiction de résider sur le territoire national pendant 6 ans.**

Fraude d'un assuré avec la complicité d'un médecin (Deuxième exemple)

Description de l'anomalie

L'attention d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du sud de la France avait été attirée par le montant des produits pharmaceutiques qu'elle avait remboursé à une assurée. En effet, il lui avait paru surprenant que cette personne se prive de la pratique du tiers payant à laquelle elle pouvait prétendre, préférant régler des sommes importantes à la pharmacie dans laquelle elle exerçait en outre la profession de préparatrice en pharmacie.

Par ailleurs, la caisse avait mis en évidence un nombre important de facturations de médicaments établies par un même praticien pour cette assurée.

Cette assurée, préparatrice en pharmacie, facturait ainsi, avec la complicité d'un médecin, des médicaments et des préparations magistrales non délivrés.

Mécanisme de la fraude

L'assurée, **préparatrice en pharmacie**, récupérait des vignettes sur des produits rapportés par les clients ou facturés en télétransmission par la pharmacie.

En effet, grâce à son activité, elle avait toute facilité pour se procurer des vignettes non barrées. Il lui restait alors à obtenir une ordonnance pour les produits correspondants, ce qui était fait grâce à la complicité d'une amie médecin qui lui prescrivait ce qu'elle lui demandait.

Cette assurée se livrait ainsi à la fausse facturation de produits pharmaceutiques qu'elle n'avait pas réglés, et qui n'avaient pas été délivrés par la pharmacie.

Elle se livrait en outre à la facturation frauduleuse de préparations magistrales.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice a été chiffré par la CPAM à **4 414 €**

Actions mises en œuvre

Une plainte pénale a été déposée par la CPAM contre les deux personnes ayant participé à la fraude en juillet 2008.

Par jugement rendu en janvier 2010, le Tribunal Correctionnel a condamné l'assurée, sur le plan pénal, à **18 mois de prison avec sursis** et a prononcé, à son encontre, l'interdiction d'exercer son activité professionnelle de préparatrice en pharmacie pendant deux ans.

Le médecin, quant à lui, a été condamné, sur le plan pénal, à **6 mois de prison avec sursis et une interdiction d'exercer** son activité professionnelle pendant un an lui a été signifiée. Il a fait appel de cette décision.

De plus, la juridiction a alloué à la CPAM, au titre d'une condamnation solidaire du médecin et de l'assurée :

- la somme de 4 414 € au titre des dommages et intérêts,
- la somme de 765 € par application des dispositions de l'article 475-1 du code de procédure pénale.

Les personnes en cause, bien que régulièrement avisées, n'ont pas comparu. En avril 2010, le Parquet a adressé à l'huissier la décision rendue aux fins de signification aux personnes condamnées.

Fraude d'un chirurgien

Description de l'anomalie

Dans le cadre du programme national portant sur le contrôle de la chirurgie plastique prise en charge par l'Assurance Maladie, un chirurgien plasticien avait été repéré en 2007 par le Service du contrôle médical d'une région du sud de la France, en raison de sa production élevée d'ententes préalables et du taux de refus constaté.

Mécanisme de la fraude

Les investigations menées par le Service du contrôle médical ont mis en évidence :

- des facturations d'actes ne relevant pas d'une prise en charge par l'Assurance Maladie,
- la réalisation d'actes sans respect de la procédure d'entente préalable,
- des facturations d'actes fictifs,
- des surcotations d'actes.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice a été estimé à **11 872 €**

Actions mises en œuvre

La CPAM a saisi la Commission des pénalités prévue à l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale et **une pénalité de 2 000 €** a été notifiée par le Directeur de la CPAM à ce médecin en janvier 2009.

Parallèlement, le Service du contrôle médical a déposé **une saisine auprès de la section des assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre** des médecins. L'affaire est en cours.

Fraude d'un chirurgien-dentiste

Description de l'anomalie

A la suite d'une plainte d'une assurée, formulée en 2007 à l'encontre d'un chirurgien-dentiste après la pose d'une couronne dentaire entraînant une gêne permanente, le Service du contrôle médical d'une CPAM de l'Ouest de la France avait procédé à l'analyse d'activité de ce praticien conformément à l'article L.315-1 du Code de la sécurité sociale.

Mécanisme de la fraude

Le mécanisme de la fraude s'est avéré multiple. En effet, sur plus de 1 200 actes étudiés se rapportant à plus de 60 personnes, près de 500 d'entre eux présentaient au moins une anomalie correspondant à l'un des trois grands mécanismes suivants :

- **Une facturation d'actes non réalisés.**
- **Un usage détourné des libellés de la nomenclature** des actes professionnels.
- **Une méconnaissance des obligations déontologiques** liées à la qualité des soins.

Estimation du préjudice subi

Le montant des indus a été estimé par la caisse primaire d'assurance maladie à **11 000 €**

Actions mises en œuvre

Une pénalité financière de 5 500 €a été notifiée par le Directeur de la CPAM en 2009.

La saisine auprès de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes déposée par le Service du contrôle médical a donné lieu à **une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux d'une durée de 4 mois dont 2 avec sursis.**

A fin décembre 2009, l'appel était en cours.

Fraude d'une infirmière

Description de l'anomalie

Dans le cadre du programme national portant sur le contrôle des infirmières à volume d'activité aberrant, la CNAMTS avait repéré une infirmière, pour des prestations exécutées entre le 1^{er} janvier 2007 et le 30 juin 2007, un montant de remboursement de leurs actes supérieur à la moyenne nationale plus 10 écart-type et/ou un nombre d'actes médico-infirmiers (AMI) et de soins infirmiers (AIS) supérieur à la moyenne nationale plus 9 écart-type.

Pendant cette période de référence, **cette infirmière avait perçu 105 249 € et exécuté 23 711 actes, dont 22 711 AIS.**

L'infirmière avait aussi été repérée par une section locale mutualiste qui avait mis en évidence des doubles facturations nombreuses sous le numéro d'immatriculation d'un seul assuré.

La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a examiné les relevés de facturation de cette infirmière pour 2007 et 2008 et a mis en évidence :

- **la facturation d'actes fictifs** pour des assurés exonérés du ticket modérateur,
- **la surfacturation de certains actes** par ajout de majorations indues (ex : majoration de nuit) ou par non respect des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels,
- la télétransmission par cette infirmière, à des dates différentes et à plusieurs reprises, de mêmes actes, lui permettant ainsi de percevoir **des doubles facturations**,
- la télétransmission non sécurisée d'actes à l'insu de ses patients, sans utiliser leur carte vitale.

Mécanisme de la fraude

L'infirmière utilisait, en les détournant, les possibilités de tiers payant et de télétransmission sans carte vitale.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice sur 2007 et 2008 a été chiffré par la CPAM à **800 000 €**

Actions mises en œuvre

La CPAM a saisi la juridiction pénale le 26 novembre 2008. L'infirmière, mise en examen et écrouée en mars 2009, a fait l'objet d'une **interdiction d'exercice de 6 mois** au titre du contrôle judiciaire et le jugement est pendant.

Au 31 mars 2010, le dossier de l'infirmière était toujours en cours d'instruction au cabinet du juge d'instruction.

Fraude d'un masseur-kinésithérapeute

Description de l'anomalie

Dans le cadre du programme national portant sur le contrôle des masseurs kinésithérapeutes à volume d'activité aberrant ou facturant de manière abusive des indemnités forfaitaires spécifiques de déplacement (IFDS), la CNAMTS avait repéré un masseur kinésithérapeute pour des prestations remboursées sur une période d'un an à partir des deux critères suivants :

- Un nombre de facturations d'IFDS supérieur à la moyenne nationale plus 4,5 écarts types.
- Un volume d'activité supérieur à la moyenne plus 3,9 écarts types.

Ce professionnel avait également fait l'objet de réclamations de la part d'assurés pour des remboursements de soins en tiers payant, alors que ces soins n'avaient pas été effectués.

Mécanisme de la fraude

Les investigations menées par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le Service du contrôle médical ont mis en évidence :

- **Une complicité et une facilitation d'exercice illégal de la masso-kinésithérapie** par un tiers exerçant dans le même local et non diplômé d'état en tant que masseur-kinésithérapeute,
- **Une facturation d'actes fictifs,**
- **Une utilisation frauduleuse du numéro ADELI de médecins non prescripteurs** de séances de kinésithérapie,
- **Une facturation indue d'indemnités de déplacement** alors que les soins avaient été dispensés au sein du cabinet du masseur-kinésithérapeute,
- **Une facturation indue à 100% au titre d'une affection de longue durée** de soins de kinésithérapie alors que le médecin les avait prescrits comme n'étant pas en rapport avec cette affection,
- **Une surfacturation systématique des actes** (non respect des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels).

Estimation du préjudice subi

Le préjudice a été estimé par la CPAM à **608 000 €**

Actions mises en œuvre

La CPAM a porté **plainte pour escroquerie** en novembre 2009. L'affaire est en cours.

Fraude d'une société de transports sanitaires avec la complicité d'un médecin (Premier exemple)

Description de l'anomalie

Une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du sud de la France avait reçu plusieurs signalements l'informant de malversations commises par une société d'ambulances :

- Recrutement de clientèle, opéré par un médecin, par l'intermédiaire d'un ambulancier,
- Entente entre la société de transport et ce médecin,
- Facturation systématique du tarif "ambulance" alors que le transport était effectué en Véhicule sanitaire léger (VSL) ou même dans une voiture particulière, en compagnie d'autres patients,
- Demande au patient l'autorisation de facturer par la société d'ambulances des transports tous les jours alors que les séances de rééducation n'avaient lieu que trois fois par semaine.

La CPAM avait alors procédé à des enquêtes qui avaient mises au jour les agissements frauduleux du gérant de la société d'ambulances et du médecin spécialiste axés sur :

- **des fausses facturations,**
- **des facturations de transports fictifs,**
- **une incitation, voire des pressions sur les patients,** en vue d'une dépense injustifiée de prestations de santé,
- **une complicité et une entente illicite** du médecin avec la société d'ambulances,
- **un abus de qualité vraie,**
- **une subornation de témoins.**

Mécanisme de la fraude

Le mécanisme de fraude peut être schématiquement décrit de la façon suivante :

- Un recrutement de clientèle effectué par l'ambulancier, clientèle adressée au médecin par l'ambulancier,
- Le médecin spécialiste établit les prescriptions médicales de transport systématiques,
- Les facturations ne respectent pas les règles tarifaires (facturation du tarif ambulance) et il y a facturation d'actes de transport fictifs,
- Difficulté pour les assurés ne faisant pas l'avance des frais à vérifier les modalités de facturation,
- Pression sur les assurés s'inquiétant de ces pratiques ou souhaitant changer d'ambulancier ou de médecin.

Cette escroquerie a amené la caisse à régler :

- des transports et des actes effectués mais dans des conditions irrégulières ou non justifiés par un état pathologique,
- des transports effectués dans des conditions inacceptables au regard de la législation et au regard des règles de santé publique,

- des transports facturés sur la base d'un tarif supérieur à celui correspondant aux transports réalisés,
- des transports et des actes médicaux facturés mais non réalisés.

Ces faits avaient été confirmés par toutes les personnes qui avaient été interrogées.

Au terme des investigations effectuées, la caisse est parvenue à la conclusion qu'elle avait été **victime d'une escroquerie commise par le médecin spécialiste et le gérant de la société d'ambulances**. Ce dernier a agi en collusion avec un médecin, a autorisé ou incité ses employés à user de manœuvres répréhensibles telles que le recrutement de clients, l'incitation à la consommation de prestations de santé indues, les menaces, ou au contraire les propositions de faveurs en échanges de témoignages mensongers.

Le médecin spécialiste a participé à la fraude commise par le gérant de la société d'ambulances par l'établissement de prescriptions médicales non justifiées par l'état de santé de ses patients et par la facturation d'honoraires ne correspondant à aucun acte.

Estimation du préjudice subi et actions entreprises

La CPAM a porté plainte auprès du Tribunal de grande instance le 15 janvier 2008, réclamant :

- **147 134 €** de préjudice dont 15 336 € par le médecin spécialiste¹².
- **30 000 €** au titre des dommages et intérêts en raison des recherches approfondies, des nombreuses enquêtes mises en œuvre par la CPAM pour déceler, et prouver la fraude,
- **3 000 €** en application des dispositions de l'article 475-1 du code de procédure pénale.

12. Il est possible que le préjudice, correspondant aux transports faisant l'objet de la présente plainte, soit encore aggravé. En effet, en l'absence d'avis médical, la caisse a, pour l'instant, calculé son préjudice non sur la base des transports en commun, mais sur la base "ambulance" ou "VSL". Il convient de rappeler qu'aux conditions réglementaires de prise en charge des frais de transport, des conditions médicales sont également prévues, la caisse ne remboursant ces frais que lorsque l'état de santé de l'assuré justifie l'utilisation d'un moyen de transport sanitaire. Dans le cas contraire, le remboursement intervient sur la base du tarif des transports en commun. Le service du contrôle médical examine actuellement l'activité du transporteur et du praticien afin de déterminer si les transports prescrits et facturés étaient justifiés par la pathologie des patients.

Fraude d'une entreprise de transport sanitaire (Deuxième exemple)

Description de l'anomalie

A la suite de plusieurs signalements, une caisse primaire d'assurance maladie du Sud de la France avait opéré un contrôle des facturations effectuées, durant une période de deux ans, par une entreprise de transport sanitaire. Cette entreprise dirigée par 2 co-gérants possédait 3 ambulances et 2 véhicules sanitaires légers.

Suite à ce contrôle, **des pratiques frauduleuses avaient été mises en évidence dans cette entreprise.**

Mécanisme de la fraude

Plusieurs mécanismes ont été retrouvés :

- Un même chauffeur effectuait des transports non réalisables dans les plages d'heures déclarées,
- L'heure d'arrivée d'un transport effectué par un chauffeur se superposait ou se chevauchait avec l'heure de départ d'un autre transport effectué par le même chauffeur,
- Le même véhicule avec le même chauffeur effectuait des transports simultanés,
- Des facturations de transports simultanés avec le même chauffeur étaient constatées dans des véhicules différents,
- Le même véhicule conduit par des chauffeurs différents se trouvait au même moment dans des communes différentes.

Par ailleurs, l'abattement conventionnel prévu pour des transports simultanés n'était pas respecté par l'entreprise.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice a été chiffré par la CPAM à **16 926 euros**.

Actions mises en œuvre

Une plainte a été déposée par la caisse et dans son jugement en juillet 2009, le Tribunal de grande instance (TGI) a estimé qu'il s'agissait bien de manœuvres frauduleuses. Le tribunal n'a pas retenu la négligence ni les difficultés de saisie informatique invoquées par l'entreprise.

Le TGI a condamné la société à régler à la Caisse primaire d'assurance maladie :

- 16 926 euros au titre des dommages et intérêts (montant du préjudice),
- 1 000 euros en application de l'article 475-1 du code de procédure pénale.

Un dossier de plainte avait également été déposé par l'URSSAF au motif de travail dissimulé.

Les 2 gérants de la société ont été condamnés chacun à : **3 000 euros d'amende** et à verser à l'URSSAF 612€ de dommages et intérêts et 500 € au titre de l'article 475-1 du code de procédure pénale.

La société de transports n'a pas fait appel.

Fraude d'un pharmacien d'officine (Premier exemple)

Description de l'anomalie

Une pharmacie avait fait l'objet de plusieurs signalements, dont certains par des assurés sociaux, à une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Ouest de la France. Des investigations menées sur les prescriptions et les facturations transmises à cette caisse par le pharmacien avaient mis en évidence des facturations, à l'Assurance Maladie, de médicaments non délivrés. Les facturations frauduleuses portaient essentiellement sur des spécialités coûteuses : hormones de croissance et anticancéreux dont la prise en charge est encadrée par des modalités spécifiques de prescription.

Mécanisme de la fraude

Plusieurs mécanismes ont été retrouvés :

- Une facturation à la caisse d'une spécialité onéreuse non délivrée sans utilisation de la carte vitale alors que, dans le même temps, une autre pharmacie délivrait et facturait à cet assuré, qui avait changé de pharmacie et de caisse, la même spécialité sur la base d'ordonnances produites à cette caisse pour le remboursement,
- Une facturation, en l'absence de prescription justificative, tantôt en flux sécurisé, tantôt en flux dégradé, de spécialités coûteuses non délivrées,
- Une facturation de spécialités en quantités supérieures à la prescription.

Le pharmacien établissait ces facturations frauduleuses pour des patients exonérés du ticket modérateur pour des traitements lourds et coûteux dont un membre de la famille du pharmacien.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice, portant essentiellement sur une période d'environ 2 ans, est estimé est à **310 000 €**

Actions mises en œuvre

Les actions contentieuses mises en œuvre ont été **une plainte pénale déposée auprès du Service régional de police judiciaire** non jugée ce jour. Le pharmacien a été placé sous contrôle judiciaire avec interdiction d'exercer et de se rendre dans son officine.

Fraude d'un pharmacien d'officine (Deuxième exemple)

Description de l'anomalie

Un test, préalable à la mise en œuvre par la CNAMTS du programme national de contrôle-contentieux à l'encontre des pharmacies suspectes de fraudes, avait été réalisé dans une région du centre de la France. La pharmacie concernée figurait parmi les pharmacies suspectes de pratiques frauduleuses que l'Assurance Maladie avait identifiées dans cette région.

Des investigations menées par l'Assurance Maladie dans cette pharmacie avaient alors permis de mettre en évidence des facturations de médicaments non délivrés. Les facturations frauduleuses portaient essentiellement sur des spécialités très onéreuses dont la prise en charge est soumise à des conditions particulières de prescription.

Mécanisme de la fraude

Des médicaments étaient facturés et non délivrés en l'absence de toute prescription justificative. Parmi ces médicaments figuraient des médicaments d'exception, médicaments particulièrement coûteux dont le remboursement est soumis à une prescription sur une ordonnance spécifique qui conditionne la prise en charge.

Les facturations étaient établies pour des patients dont certains avaient confié leur carte Vitale au pharmacien qui leur donnait soit de l'argent soit des produits de parapharmacie. L'imputation des prescriptions fictives était délibérément faite aux numéros d'identification de deux établissements hospitaliers, le pharmacien sachant qu'il était difficile de remonter jusqu'au prescripteur.

Lors de la perquisition effectuée par le Service régional de la police judiciaire, des cartes Vitale ont été retrouvées à la pharmacie. Le pharmacien avait changé de logiciel informatique de facturation un mois avant la perquisition.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice, chiffré par la CPAM, est estimé à près de **700 000 €**

Actions mises en œuvre

Une plainte a été déposée par la caisse auprès du Service régional de la police judiciaire.

Le pharmacien ayant reconnu sa culpabilité a fait l'objet d'une procédure de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité dont les dispositions sont prévues par les articles 495-7 à 495-16 du code de procédure pénale.

La sanction prononcée a été de **2 ans de prison avec sursis et 2 ans d'interdiction d'exercice de sa profession**, avec publication d'un extrait de la décision dans «Le quotidien du Pharmacien». Une information du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a été réalisée par la caisse.

Suite à une plainte ordinaire formulée par le Service du contrôle médical, ce pharmacien avait déjà été condamné à une interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pour une durée de 6 mois, pour des délivrances de produits non conformes à la réglementation des stupéfiants et «délivrance» de médicaments en quantité supérieure aux quantités prescrites.

Fraude en bande organisée

Description de l'anomalie

Afin de percevoir des indemnités journalières, un assuré avait présenté à sa Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) située dans le sud de la France une attestation de salaire mentionnant un dernier jour travaillé postérieur à la date de cessation d'activité de son employeur.

L'enquête diligentée avait alors permis d'établir le caractère frauduleux de ce document mais aussi de mettre en cause un autre salarié de l'entreprise devenu entre temps l'employeur du premier assuré. D'autres anomalies avaient également été mises en évidence rendant nécessaire le concours des services de police. Ces derniers ont alors mis à jour **une escroquerie (en bande organisée) aux organismes sociaux**, réunissant, outre les deux personnes sus-citées, trois autres protagonistes.

Mécanisme de la fraude

Le principe de l'escroquerie était le suivant :

Par la création d'entreprises fantômes (sociétés et associations dont le personnel était alternativement dirigeant ou salarié), de faux contrats de travail, de fausses attestations et de faux bulletins de salaire, les cinq complices faisant l'objet (chacun à leur tour et toujours peu après leurs embauches), de maladies et/ou d'accidents du travail, ont perçu, entre octobre 2002 et avril 2008 des indemnités journalières quotidiennes particulièrement importantes, de 42 €(minimum) à 140 € (maximum).

Les cinq personnes ont toutes reconnu le caractère fictif des sociétés et associations « employeurs », des emplois, contrats de travail et salaires. Deux d'entre elles ont été incarcérées ; les autres ont été placées sous contrôle judiciaire.

Estimation du préjudice subi

Le préjudice a été chiffré par la CPAM à près de **240 000 €**

Actions mises en œuvre

La CPAM a déposé une plainte devant le tribunal correctionnel. En octobre 2009, ce tribunal a prononcé :

- Pour 4 des 5 personnes concernées, une condamnation à **une peine de prison allant de 6 à 18 mois** avec sursis et interdiction d'exercer la profession ayant permis la commission de l'infraction pendant 5 ans.
- Pour la cinquième personne, récidiviste, **une condamnation à 15 mois de prison ferme** et interdiction d'exercer la profession ayant permis la commission de l'infraction pendant 5 ans.

Sur l'action civile, les cinq personnes ont été condamnées à rembourser une somme de plus de 200 000 €

Les tableaux du volet loco-régional de la répression des fraudes

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Tout Acteur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes à l'identité	528	4,0%	911 011	558 479	1 469 490	2,1%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	110	0,8%	923 104	80 015	1 003 119	1,4%
Fraude à l'AME	44	0,3%	106 325	113 544	219 869	0,3%
Fausse déclaration CMU de base	188	1,4%	206 029	158 614	364 643	0,5%
Fausse déclaration CMU complémentaire	693	5,3%	647 163	460 080	1 107 243	1,6%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 418	10,9%	5 182 557	603 670	5 786 227	8,1%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	693	5,3%	4 339 767	1 913 791	6 253 558	8,8%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	48	0,4%	300 060	23 410	323 470	0,5%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	259	2,0%	1 221 809	148 232	1 370 041	1,9%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	73	0,6%	199 762	8 845	208 607	0,3%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	471	3,6%	2 286 621	149 747	2 436 368	3,4%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	570	4,4%	2 773 981	226 213	3 000 194	4,2%
Fraudes utilisant les facturations	5 185	39,8%	29 301 224	1 909 325	31 210 549	43,7%
Fraudes soins à l'étranger	32	0,2%	32 030	58 349	90 379	0,1%
Non respect des règles de prise en charge	597	4,6%	4 548 702	154 601	4 703 303	6,6%
Trafic de médicament	31	0,2%	891 767	35 786	927 553	1,3%
Abus	48	0,4%	74 559	11 609	86 168	0,1%
Nomadisme et surconsommation	287	2,2%	989 457	138 293	1 127 750	1,6%
Fraude interne	3	0,0%	15 848	0	15 848	0,0%
Autre fraude	1 763	13,5%	7 518 196	2 116 448	9 634 644	13,5%
TOTAL 2009	13 041	100,0%	62 469 972	8 869 051	71 339 023	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Tout Acteur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes à l'identité	748	5,0%	1 355 368	954 318	2 309 686	3,8%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	142	1,0%	195 088	53 864	248 952	0,4%
Fraude à l'AME	33	0,2%	86 764	23 137	109 901	0,2%
Fausse déclaration CMU de base	220	1,5%	287 352	183 367	470 719	0,8%
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	4,0%	442 362	357 853	800 215	1,3%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 966	13,3%	7 095 524	2 007 032	9 102 556	15,1%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	440	3,0%	2 734 856	958 877	3 693 733	6,1%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	45	0,3%	397 171	50 384	447 555	0,7%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	289	1,9%	1 383 190	109 942	1 493 132	2,5%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	85	0,6%	56 975	7 568	64 543	0,1%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	452	3,0%	708 278	107 275	815 553	1,4%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	45	0,3%	1 267 065	181 112	1 448 177	2,4%
Fraudes utilisant les facturations	7 730	52,1%	26 860 841	1 726 791	28 587 632	47,5%
Fraudes soins à l'étranger	29	0,2%	18 773	55 276	74 049	0,1%
Non respect des règles de prise en charge	176	1,2%	1 167 916	412 814	1 580 730	2,6%
Trafic de médicament	33	0,2%	462 803	70 121	532 924	0,9%
Abus	82	0,6%	97 366	11 821	109 187	0,2%
Nomadisme et surconsommation	280	1,9%	1 011 962	175 447	1 187 409	2,0%
Fraude interne	3	0,0%	365 974	16 023	381 997	0,6%
Autre fraude	1 449	9,8%	5 991 970	710 702	6 702 672	11,1%
TOTAL 2008	14 835	100,0%	51 987 598	8 173 724	60 161 322	100,0%
TOTAL 2007	7 660	100,0%	31 534 191	6 879 248	38 413 439	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Médecin						
Médecins généralistes	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,3%	203	0	203	0,0%
Fraudes utilisant les facturations	484	81,6%	3 049 068	197 033	3 246 101	87,1%
Abus	44	7,4%	69 138	10 367	79 505	2,1%
Autres fraudes	63	10,6%	400 031	1 593	401 624	10,8%
Total Médecins généralistes	593	100,0%	3 518 440	208 993	3 727 433	100,0%
Fraudes utilisant les facturations	1 062	91,7%	2 206 539	57 440	2 263 979	72,7%
Abus	4	0,3%	5 421	1 242	6 663	0,2%
Autres fraudes	92	7,9%	825 953	17 047	843 000	27,1%
Total Médecins spécialistes	1 158	100,0%	3 037 913	75 729	3 113 642	100,0%
TOTAL 2009 Médecins	1 751	100,0%	6 556 353	284 722	6 841 075	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Médecin						
Médecins généralistes	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	6	0,5%	435	76	511	0,0%
Fraudes utilisant les facturations	1 137	88,8%	1 439 704	132 550	1 572 254	74,0%
Abus	76	5,9%	88 374	10 207	98 581	4,6%
Autres fraudes	62	4,8%	442 273	11 672	453 945	21,4%
Total Médecins généralistes	1 281	100,0%	1 970 786	154 505	2 125 291	100,0%
Fraudes utilisant les facturations	1 003	91,4%	2 851 989	222 979	3 074 968	67,6%
Abus	6	0,5%	8 992	1 614	10 606	0,2%
Autres fraudes	88	8,0%	1 399 957	60 851	1 460 808	32,1%
Total Médecins spécialistes	1 097	100,0%	4 260 938	285 444	4 546 382	100,0%
TOTAL 2008 Médecins	2 378	100,0%	6 231 724	439 949	6 671 673	100,0%
TOTAL 2007 Médecins	778	100,0%	5 595 985	301 005	5 896 990	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Pharmacien						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	4	0,7%	709 582	58 686	768 268	22,9%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	73	12,1%	1 517 750	37 124	1 554 874	46,3%
Fraudes utilisant les facturations	179	29,7%	673 694	32 808	706 502	21,0%
Autres fraudes	347	57,5%	319 381	9 052	328 433	9,8%
TOTAL 2009	603	100,0%	3 220 407	137 670	3 358 077	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Pharmacien						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,1%	48		48	0,0%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	102	13,0%	286 793	24 828	311 621	19,8%
Fraudes utilisant les facturations	241	30,7%	696 649	96 446	793 095	50,4%
Autres fraudes	440	56,1%	408 043	61 062	469 105	29,8%
TOTAL 2008	784	100,0%	1 391 533	182 336	1 573 869	100,0%
TOTAL 2007	329	100,0%	2 185 561	1 107 305	3 292 866	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Laboratoire						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	3		359	0	359	0,2%
Fraudes utilisant les facturations	63		137 804	24 206	162 010	94,0%
Autres fraudes	27		10 008	0	10 008	5,8%
TOTAL 2009	93		148 171	24 206	172 377	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Laboratoire						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	10	4,7%	6 508		6 508	1,9%
Fraudes utilisant les facturations	196	92,0%	283 791	41 304	325 095	97,3%
Autres fraudes	7	3,3%	2 391		2 391	0,7%
TOTAL 2008	213	100%	292 690	41 304	333 994	100,0%
TOTAL 2007	33		125 442	39 903	165 345	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Chirurgien Dentiste						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant les facturations	339	94,4%	2 396 542	93 655	2 490 197	97,1%
Autres fraudes	20	5,6%	71 758	3 755	75 513	2,9%
TOTAL 2009	359	100,0%	2 468 300	97 410	2 565 710	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Chirurgien Dentiste						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant les facturations	464	94,5%	5 007 835	47 239	5 055 074	95,4%
Autres fraudes	27	5,5%	234 272	10 044	244 316	4,6%
TOTAL 2008	491	100,0%	5 242 107	57 283	5 299 390	100,0%
TOTAL 2007	363	100,0%	2 245 819	91 102	2 336 921	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Sage-femme						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant les facturations	12		23 173	5 499	28 672	84,7%
Autres fraudes	18		5 179	0	5 179	15,3%
TOTAL 2009	30		28 352	5 499	33 851	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Sage-femme						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant les facturations	38		5 288	399	5 687	
TOTAL 2008	38		5 288	399	5 687	
TOTAL 2007	16		14 768	22 968	37 736	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Masseur Kinésithérapeute						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	17	2,2%	88 210	5 423	93 633	6,2%
Fraudes utilisant les facturations	676	89,2%	1 055 761	131 706	1 187 467	78,8%
Non respect des règles de prise en charge	21	2,8%	22 084		22 084	1,5%
Autres fraudes	44	5,8%	135 790	67 965	203 755	13,5%
TOTAL 2009	758	100,0%	1 301 845	205 094	1 506 939	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Masseur Kinésithérapeute						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	56	2,6%	144 904	51 064	195968	12,7%
Fraudes utilisant les facturations	1 852	84,5%	906 547	114 665	1021212	66,0%
Autres fraudes	284	13,0%	286 619	43 976	330595	21,4%
TOTAL 2008	2 192	100,0%	1 338 070	209 705	1 547 775	100,0%
TOTAL 2007	433	100,0%	792 623	325 101	1 117 724	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Infirmier						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	4	0,2%	92 901			0,0%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	36	2,2%	461 830	54 708	516 538	4,1%
Fraudes utilisant les facturations	1 353	82,7%	10 230 037	481 916	10 711 953	85,9%
Non respect des règles de prise en charge	160	9,8%	126 593	938	127 531	1,0%
Autres fraudes	84	5,1%	822 239	195 309	1 017 548	8,2%
TOTAL 2009	1 637	100,0%	11 733 600	732 871	12 466 471	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Infirmier						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,1%			0	0,0%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	21	1,1%	134 331	5 908	140 239	2,6%
Fraudes utilisant les facturations	1 751	91,7%	4 334 583	591 189	4 925 772	92,9%
Autres fraudes	136	7,1%	199 743	38 336	238 079	4,5%
TOTAL 2008	1 909	100,0%	4 668 657	635 433	5 304 090	100,0%
TOTAL 2007	529	100,0%	2 338 833	303 469	2 642 302	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Autres paramédicaux						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,8%				0,0%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	3	2,4%	6 624		6 624	2,8%
Fraudes utilisant les facturations	106	84,8%	112 602	16 211	128 813	54,0%
Autres fraudes	15	12,0%	100 413	2 795	103 208	43,2%
TOTAL 2009	125	100,0%	219 639	19 006	238 645	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Autres paramédicaux						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1	0,5%	13		13	0,0%
Fraudes utilisant les facturations	147	79,9%	53 866	40 335	94 201	80,8%
Autres fraudes	36	19,6%	9 860	12 505	22 365	19,2%
TOTAL 2008	184	100,0%	63 739	52 840	116 579	100,0%

TOTAL 2007	31		31 197	16 003	47 200	100,0%
-------------------	-----------	--	---------------	---------------	---------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Etablissement de santé						
Etablissements privés	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant les facturations	193	31,3%	1 189 685	202 126	1 391 811	26,5%
Non respect des règles de prise en charge	201	32,6%	2 114 750		2 114 750	40,2%
Autres fraudes	222	36,0%	1 734 308	13 633	1 747 941	33,3%
Total Etablissements privés	616	100,0%	5 038 743	215 759	5 254 502	100,0%
Etablissements publics	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant les facturations	5	0,9%	502 814	179 527	682 341	16,3%
Non respect des règles de prise en charge	145	26,6%	1 202 567	19 840	1 222 407	29,2%
Autres fraudes	395	72,5%	2 239 325	37 501	2 276 826	54,4%
Total Etablissements publics	545	100,0%	3 944 706	236 868	4 181 574	100,0%
TOTAL 2009 Etablissements	1161	100,0%	8 983 449	452 627	9 436 076	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Etablissement de santé						
Etablissements privés	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,2%	267		267	0,0%
Fraudes utilisant les facturations	312	75,2%	5 893 180	51 443	5 944 623	80,8%
Non respect des règles de prise en charge	48	11,6%	181 528	330 188	511 716	7,0%
Autres fraudes	54	13,0%	836 347	61 932	898 279	12,2%
TOTAL Etablissements privés	415	100,0%	6 911 322	443 563	7 354 885	100,0%
Etablissements publics	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,9%	14		14	0,0%
Fraudes utilisant les facturations	51	46,4%	1 743 404	34 783	1 778 187	60,7%
Autres fraudes	58	52,7%	1 139 430	10 191	1 149 621	39,3%
TOTAL Etablissements publics	110	100%	2 882 848	44 974	2 927 822	100,0%
TOTAL 2008 Etablissements	525	100%	9 794 170	488 537	10 282 707	100,0%
TOTAL 2007 Etablissements	166	100,0%	2 876 576	444 059	3 320 635	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Transporteur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	30	4,1%	62 116	6 142	68 258	0,7%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	66	9,1%	2 144 734	114 735	2 259 469	23,9%
Fraudes utilisant les facturations	562	77,6%	6 693 795	393 325	7 087 120	75,0%
Autres fraudes	66	9,1%	34 586	1 938	36 524	0,4%
TOTAL 2009	724	100,0%	8 935 231	516 140	9 451 371	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Transporteur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	27	5,7%	42 378	6 607	48 985	1,1%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	45	9,5%	1 267 065	181 112	1 448 177	33,3%
Fraudes utilisant les facturations	380	79,8%	2 428 887	332 175	2 761 062	63,5%
Autres fraudes	24	5,0%	91 364	280	91 644	2,1%
TOTAL 2008	476	100,0%	3 829 694	520 174	4 349 868	100,0%

TOTAL 2007	429		4 300 227	432 319	4 732 546	100,0%
-------------------	------------	--	------------------	----------------	------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Fournisseur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	30	11,9%	96 392	2 948	99 340	4,0%
Fraudes utilisant les facturations	133	52,8%	1 007 127	91 797	1 098 924	44,5%
Non respect des règles de prise en charge	70	27,8%	1 082 708	133 823	1 216 531	49,3%
Autres fraudes	19	7,5%	48 784	4 324	53 108	2,2%
TOTAL 2009	252	100,0%	2 235 011	232 892	2 467 903	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Fournisseur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	34	10,6%	43 362	3 781	47 143	2,0%
Fraudes utilisant les facturations	140	43,8%	1 194 828	21 284	1 216 112	50,6%
Non respect des règles de prise en charge	128	40,0%	986 388	82 626	1 069 014	44,5%
Autres fraudes	18	5,6%	63 234	6 867	70 101	2,9%
TOTAL 2008	320	100,0%	2 287 812	114 558	2 402 370	100,0%
TOTAL 2007	154		619 490	65 390	684 880	

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Assuré						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes à l'identité	528	9,6%	911 011	558 479	1 469 490	6,6%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	99	1,8%	120 418	21 329	141 747	0,6%
Fraude à l'AME	44	0,8%	106 325	113 544	219 869	1,0%
Fausse déclaration CMU de base	188	3,4%	206 029	158 614	364 643	1,6%
Fausse déclaration CMU complémentaire	693	12,7%	647 163	460 080	1 107 243	5,0%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 371	25,0%	4 864 875	595 603	5 460 478	24,7%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	693	12,7%	4 339 767	1 913 791	6 253 558	28,3%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	48	0,9%	300 060	23 410	323 470	1,5%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	259	4,7%	1 221 809	148 232	1 370 041	6,2%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	73	1,3%	199 762	8 845	208 607	0,9%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	275	5,0%	26 644	42 363	69 027	0,3%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	500	9,1%	581 138	110 625	691 763	3,1%
Fraudes utilisant les facturations	18	0,3%	22 583	2 076	24 659	0,1%
Fraudes soins à l'étranger	32	0,6%	32 030	58 349	90 379	0,4%
Trafic de médicament	31	0,6%	891 767	35 786	927 553	4,2%
Nomadisme et surconsommation	287	5,2%	989 457	138 293	1 127 750	5,1%
Autres fraudes	337	6,2%	497 349	1 761 536	2 258 885	10,2%
TOTAL 2009	5 476	100,0%	15 958 187	6 150 975	22 109 162	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Assuré						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes à l'identité	748	14,2%	1 355 368	954 318	2 309 686	10,7%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	132	2,5%	194 324	53 788	248 112	1,1%
Fraude à l'AME	33	0,6%	86 764	23 137	109 901	0,5%
Fausse déclaration CMU de base	220	4,2%	287 352	183 367	470 719	2,2%
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	11,1%	442 362	357 853	800 215	3,7%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 941	36,7%	7 026 653	1 995 111	9 021 764	41,8%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	440	8,3%	2 734 856	958 877	3 693 733	17,1%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	45	0,9%	397 171	50 384	447 555	2,1%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	289	5,5%	1 383 190	109 942	1 493 132	6,9%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	85	1,6%	56 975	7 568	64 543	0,3%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	197	3,7%	28 279	15 087	43 366	0,2%
Fraudes utilisant les facturations	18	0,3%	20 290		20 290	0,1%
Fraudes soins à l'étranger	29	0,5%	18 773	55 276	74 049	0,3%
Trafic de médicament	33	0,6%	462 803	70 121	532 924	2,5%
Nomadisme et surconsommation	280	5,3%	1 011 962	175 447	1 187 409	5,5%
Autres fraudes	208	3,9%	766 511	317 505	1 084 016	5,0%
TOTAL 2008	5 286	100,0%	16 273 633	5 327 781	21 601 414	100,0%

TOTAL 2007	4 358	100,0%	10 191 801	3 610 279	13 802 080	100,0%
-------------------	--------------	---------------	-------------------	------------------	-------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Employeur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	44		52 386	3 168	55 554	43,5%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	4		48 109	853	48 962	38,4%
Autres fraudes	13		23 092		23 092	18,1%
TOTAL 2009	61		123 587	4 021	127 608	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Employeur						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	25		68 871	11 921	80 792	30,1%
Autres fraudes	7		111 926	75 481	187 407	69,9%
TOTAL 2008	32		180 797	87 402	268 199	100,0%
TOTAL 2007	38		147 889	112 340	260 229	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Fraude interne						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraude interne	3		15 848	0	15 848	
TOTAL 2009	3		15 848	0	15 848	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Fraude interne						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2008			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	4		21 710		21 710	5,4%
Fraude interne	3		365 974	16 023	381 997	94,6%
TOTAL 2008	7		387 684	16 023	403 707	100,0%

TOTAL 2007	3		67 980	8 005	75 985	
-------------------	----------	--	---------------	--------------	---------------	--

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Bande organisée						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2009			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	0		0	0	0	0,0%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	2		251 327	4 845	256 172	48,0%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	4		26 696	1 019	27 715	5,2%
Autres fraudes	1		250 000	0	250 000	46,8%
TOTAL 2009	7		528 023	5 864	533 887	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Tout Acteur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Inclus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes à l'identité	528	4,0%	317 016				
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	110	0,8%	126 041				
Fraude à l'AME	44	0,3%	21 773				
Fausse déclaration CMU de base	188	1,4%	123 540				
Fausse déclaration CMU complémentaire	693	5,3%	344 961				
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 418	10,9%	1 465 533				
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	693	5,3%	3 166 161				
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	48	0,4%	181 171				
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	259	2,0%	66 101	2 500			
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	73	0,6%	4 920				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	471	3,6%	403 150	103 632			
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	570	4,4%	1 305 424	30 705			
Fraudes utilisant les facturations	5 185	39,8%	11 370 416	1 673 231			
Fraudes soins à l'étranger	32	0,2%	18 050				
Non respect des règles de prise en charge	597	4,6%	3 310 066	546 575			
Trafic de médicament	31	0,2%	18 516				
Abus	48	0,4%	22 213				
Nomadisme et surconsommation	287	2,2%	47 278				
Fraude interne	3	0,0%	515				
Autres fraudes	1 763	13,5%	5 680 392	299 681			
TOTAL 2009	13 041	100,0%	27 993 237	2 656 324	611 625	31 261 186	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Tout Acteur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Inclus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes à l'identité	748	5,0%	169 974	444			
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	142	1,0%	27 282				
Fraude à l'AME	33	0,2%	86 632				
Fausse déclaration CMU de base	220	1,5%	103 060	738			
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	4,0%	235 281				
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 966	13,3%	3 487 246	34 487			
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	440	3,0%	2 085 914	7 152			
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	45	0,3%	188 142				
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	289	1,9%	138 360	14 916			
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	85	0,6%	10 653				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	452	3,0%	382 851	30 447			
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	45	0,3%	349 821	18 165			
Fraudes utilisant les facturations	7 730	52,1%	12 079 748	2 228 915			
Fraudes soins à l'étranger	29	0,2%	6 192				
Non respect des règles de prise en charge	176	1,2%	397 783	651 061			
Trafic de médicament	33	0,2%					
Abus	82	0,6%	43 930				
Nomadisme et surconsommation	280	1,9%	67 643				
Fraude interne	3	0,0%					
Autres fraudes	1 449	9,8%	3 237 901	748 986			
TOTAL 2008	14 835	100,0%	23 098 413	3 735 311	548 643	27 382 367	100,0%

TOTAL 2007	7 660	100,0%	15 598 958	928 218	264 161	16 791 337	100,0%
-------------------	--------------	---------------	-------------------	----------------	----------------	-------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Médecin							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Inclus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,3%	203				
Fraudes utilisant les facturations	484	81,6%	1 492 587				
Abus	44	7,4%	16 792				
Autres fraudes	63	10,6%	247 044				
Total Médecins généralistes	593	100,0%	1 756 626	0	41 903	1 798 529	100,0%
Intitulé de la fraude	Nombre	%	Inclus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	1 062	91,7%	1 507 279	322 129			
Abus	4	0,3%	5 421				
Autres fraudes	92	7,9%	527 129				
Total Médecins spécialistes	1 158	100,0%	2 039 829	322 129	26 724	2 388 682	100,0%
TOTAL 2009 Médecins	1 751	100,0%	3 796 455	322 129	68 627	4 187 211	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Médecin							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Inclus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	6	0,5%	435				
Fraudes utilisant les facturations	1 137	88,8%	807 991	20 000			
Abus	76	5,9%	34 938				
Autres fraudes	62	4,8%	65 565	5 284			
Total Médecins généralistes	1 281	100,0%	908 929	25 284	22 075	956 288	100,0%
Fraudes utilisant les facturations	1 003	91,4%	1 888 017	29 608			
Abus	6	0,5%	8 992				
Autres fraudes	88	8,0%	719 104	3 100			
Total Médecins spécialistes	1 097	100,0%	2 616 113	32 708	2 750	2 651 571	100,0%
TOTAL 2008 Médecins	2 378	100,0%	3 525 042	57 992	24 825	3 607 859	100,0%
TOTAL 2007 Médecins	773	100,0%	1 201 776	52 117	21 046	1 274 939	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Pharmacien							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	4	0,7%	5 342				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	73	12,1%	164 722				
Fraudes utilisant les facturations	179	29,7%	192 256	15 000			
Autres fraudes	347	57,5%	306 742	10 931			
TOTAL 2009	603	100,0%	669 062	25 931	8 546	703 539	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Pharmacien							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,1%	48				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	102	13,0%	65 821	30 000			
Fraudes utilisant les facturations	241	30,7%	227 144				
Autres fraudes	440	56,1%	352 202				
TOTAL 2008	784	100,0%	645 215	30 000	0	675 215	100,0%

TOTAL 2007	329	100,0%	732 212	211 982	16 480	960 674	100,0%
-------------------	------------	---------------	----------------	----------------	---------------	----------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Laboratoire							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	3		359				
Fraudes utilisant les facturations	63		118 980	10 828			
Autres fraudes	27		10 008				
TOTAL 2009	93		129 347	10 828	0	140 175	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Laboratoire							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	10	4,7%	508				
Fraudes utilisant les facturations	196	92,0%	266 791	17 000			
Autres fraudes	7	3,3%	2 391				
TOTAL 2008	213	100,0%	269 690	17 000	6 546	293 236	100,0%
TOTAL 2007	33		37 406	48 932	0	86 338	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Chirurgien Dentiste							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	339	94,4%	663 520	25 000			
Autres fraudes	20	5,6%	8 923				
TOTAL 2009	359	100,0%	672 443	25 000	34 169	731 612	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Chirurgien Dentiste							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	464	94,5%	781 140	16 415			
Autres fraudes	27	5,5%	44 852	150 000			
TOTAL 2008	491	100,0%	825 992	166 415	9 625	1 002 032	100,0%
TOTAL 2007	363	100,0%	946 201	22 253	0	968 454	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Masseur Kinésithérapeute							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	17	2,2%	2 618				
Fraudes utilisant les facturations	676	89,2%	664 321	181 169			
Non respect des règles de prise en charge	21	2,8%	22 084				
Autres fraudes	44	5,8%	49 476	12 000			
TOTAL 2009	758	100,0%	738 499	193 169	20 075	951 743	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Masseur Kinésithérapeute							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	56	2,6%	111 559				
Fraudes utilisant les facturations	1 852	84,5%	632 065	43 000			
Autres fraudes	284	13,0%	241 677	16 000			
TOTAL 2008	2 192	100,0%	985 301	59 000	7 001	1 051 302	100,0%
TOTAL 2007	433	100,0%	563 952	23 768	125	587 845	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Sage-femme							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	12		9882				
Autres fraudes	18		4 277				
TOTAL 2009	30		14 159	0	0	14 159	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Sage-femme							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	38		5 288			5 288	100,0%
TOTAL 2008	38		5 288	0	0	5 288	100,0%
TOTAL 2007	16		14 953	0	0	14 953	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Infirmier							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	4	0,2%	80 004				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	36	2,2%	177 280	54 812			
Fraudes utilisant les facturations	1 353	82,7%	2 578 688	98 360			
Non respect des règles de prise en charge	160	9,8%	126 593				
Autres fraudes	84	5,1%	544 810				
TOTAL 2009	1 637	100,0%	3 507 375	153 172	78 742	3 739 289	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Infirmier							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,1%					
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	21	1,1%	90 707				
Fraudes utilisant les facturations	1 751	91,7%	1 973 122	171 000			
Autres fraudes	136	7,1%	104 491				
TOTAL 2008	1 909	100,0%	2 168 320	171 000	27 181	2 366 501	100,0%
TOTAL 2007	529	100,0%	1 851 393	263 325	21 128	2 135 846	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Autres paramédicaux							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,8%					
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	3	2,4%					
Fraudes utilisant les facturations	106	84,8%	42 937				
Autres fraudes	15	12,0%	100 413				
TOTAL 2009	125	100,0%	143 350	0	0	143 350	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Autres paramédicaux							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1	0,5%	13				
Fraudes utilisant les facturations	147	79,9%	33 044				
Autres fraudes	36	19,6%	9 860				
TOTAL 2008	184	100%	42 917	0	2 147	45 064	100,0%
TOTAL 2007	31		14 618	0	0	14 618	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Etablissement de santé							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	193	31,3%	692 594				
Non respect des règles de prise en charge	201	32,6%	1 518 025	527 527			
Autres fraudes	222	36,0%	1 440 414	276 750			
Total Etablissements privés	616	100,0%	3 651 033	804 277	0	4 455 310	100,0%
Fraudes utilisant les facturations	5	0,9%	83 916	418 898			
Non respect des règles de prise en charge	145	26,6%	1 202 567				
Autres fraudes	395	72,5%	2 028 288				
Total Etablissements publics	545	100,0%	3 314 771	418 898	0	3 733 669	100,0%
TOTAL 2009 Etablissements	1 161	100,0%	6 965 804	1 223 175	0	8 188 979	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Etablissement de santé							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,2%	267				
Fraudes utilisant les facturations	312	75,2%	2 649 522	1 023 674			
Non respect des règles de prise en charge	48	11,6%	181 528				
Autres fraudes	54	13,0%	828 379	423			
Total Etablissements privés	415	100,0%	3 659 696	1 024 097	0	4 683 793	100,0%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,9%	14				
Fraudes utilisant les facturations	51	46,4%	1 278 662	461 873			
Autres fraudes	58	52,7%	589 820	542 679			
Total Etablissements publics	110	100,0%	1 868 496	1 004 552	0	2 873 048	100,0%
TOTAL 2008 Etablissements	525	100,0%	5 528 192	2 028 649	1 500	7 558 341	100,0%
TOTAL 2007 Etablissements	166	100,0%	2 842 693	22 924	5 837	2 871 454	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Transporteur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	30	4,1%	21 847				
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	66	9,1%	944 865	1 300			
Fraudes utilisant les facturations	562	77,6%	2 975 570	589 148			
Autres fraudes	66	9,1%	32 418				
TOTAL 2009	724	100,0%	3 974 700	590 448	12260	4 577 408	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Transporteur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	27	5,7%	41 837				
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	45	9,5%	349 821	18 165			
Fraudes utilisant les facturations	380	79,8%	1 246 236	173 567			
Autres fraudes	24	5,0%	27 987				
TOTAL 2008	476	100,0%	1 665 881	191 732	0	1 857 613	100,0%
TOTAL 2007	429	100,0%	1 268 781	183 814	0	1 452 595	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Fournisseur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	30	11,9%	26 375	48 820			
Fraudes utilisant les facturations	133	52,8%	338 958	12 699			
Non respect des règles de prise en charge	70	27,8%	440 797	19 048			
Autres fraudes	19	7,5%	46 476				
TOTAL 2009	252	100,0%	852 606	80 567	0	933 173	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Fournisseur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	34	10,6%	43 266				
Fraudes utilisant les facturations	140	43,8%	288 368	272 778			
Non respect des règles de prise en charge	128	40,0%	216 255	651 061			
Autres fraudes	18	5,6%	25 319	31 500			
TOTAL 2008	320	100,0%	573 208	955 339	0	1 528 547	100,0%
TOTAL 2007	154	100,0%	333 132	27 000	0	360 132	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Assuré							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes à l'identité	528	9,6%	317 016				
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	99	1,8%	40 492				
Fraude à l'AME	44	0,8%	21 773				
Fausse déclaration CMU de base	188	3,4%	123 540				
Fausse déclaration CMU complémentaire	693	12,7%	344 961				
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 371	25,0%	1 458 207				
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	693	12,7%	3 166 161				
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	48	0,9%	181 171				
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	259	4,7%	66 101	2 500			
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	73	1,3%	4 920				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	275	5,0%	9 949				
Aytre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	500	9,1%	360 559	29 405			
Fraudes utilisant les facturations	18	0,3%	8 928				
Fraudes soins à l'étranger	32	0,6%	18 050				
Trafic de médicament	31	0,6%	18 516				
Nomadisme et surconsommation	267	5,2%	47 278				
Autres fraudes	337	6,2%	320 771				
TOTAL 2009	5 476	100,0%	6 508 393	31 905	380 515	6 920 813	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Assuré							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes à l'identité	748	14,2%	169 974	444			
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	132	2,5%	26 518				
Fraude à l'AME	33	0,6%	86 632				
Fausse déclaration CMU de base	220	4,2%	103 060	738			
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	11,1%	235 281				
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 941	36,7%	3 430 802	34 487			
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	440	8,3%	2 085 914	7 152			
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	45	0,9%	188 142				
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	289	5,5%	138 360	14 916			
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	85	1,6%	10 653				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	197	3,7%	8 078				
Fraudes utilisant les facturations	18	0,3%	2 358				
Fraudes soins à l'étranger	29	0,5%	6 192				
Trafic de médicament	33	0,6%					
Nomadisme et surconsommation	260	5,3%	67 643				
Autres fraudes	208	3,9%	223 632				
TOTAL 2008	5 286	100,0%	6 783 239	57 737	442 259	7 283 235	100,0%
TOTAL 2007	4 358	100,0%	5 739 534	72 103	179 759	5 991 396	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Employeur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	44						
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	4						
Autres fraudes	13		13 203				
TOTAL 2009	61		13 203	0	8 691	21 894	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2008 et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur Employeur							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	25		56 444				
Autres fraudes	7		2 622				
TOTAL 2008	32		59 066	0	27 559	86 625	100,0%
TOTAL 2007	38		44 018	0	19 785	63 803	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2009** et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année

Fraude interne

Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraude interne	3		515				
TOTAL 2009	3		515	0		515	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2008** et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année

Fraude interne

Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2008		Montants notifiés en 2008 en euros				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	4		21062	447			
Fraude interne	3						
TOTAL 2008	7		21 062	447	0	21 509	100%
TOTAL 2007	3		8 241	0	0	8 241	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2009** et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année

Acteur Bande organisée

Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2009		Montants notifiés en 2009 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	0						
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	2		7 326				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	4						
Autres fraudes	1						
TOTAL 2009	7		7 326	0	0	7 326	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Tout acteur					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes à l'identité	190	1,2%	79 410		79 410
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	48	0,3%	18 841		18 841
Fraude à l'AME	25	0,2%	15 253		15 253
Fausse déclaration CMU de base	172	1,1%	30 644		30 644
Fausse déclaration CMU complémentaire	427	2,7%	82 850		82 850
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	2 066	13,0%	993 455		993 455
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	3 265	20,6%	604 775		604 775
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	45	0,3%	95 210		95 210
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	356	2,2%	122 056		122 056
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	71	0,4%	19 618		19 618
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	225	1,4%	301 138		301 138
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	181	1,1%	119 857		119 857
Fraudes utilisant les facturations	7 258	45,8%	7 342 945		7 342 945
Fraudes soins à l'étranger	69	0,4%	19 356		19 356
Non respect des règles de prise en charge	396	2,5%	4 901 853		4 901 853
Trafic de médicament	9	0,1%	7 750		7 750
Abus	10	0,1%	35 726		35 726
Nomadisme et surconsommation	97	0,6%	14 933		14 933
Fraude interne	18	0,1%	32 796		32 796
Autres fraudes	928	5,9%	1 981 563		1 981 563
TOTAL 2009	15 856*	100,0%	16 820 029	190 083	17 010 112
<i>* dont 5 414 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Tout acteur					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes à l'identité			79 385		79 385
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits			25 416		25 416
Fraude à l'AME			9 791		9 791
Fausse déclaration CMU de base			46 828		46 828
Fausse déclaration CMU complémentaire			52 889		52 889
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières			869 658		869 658
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité			565 249		565 249
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT			85 209		85 209
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament			136 478		136 478
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux			15 241		15 241
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			390 445		390 445
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration			133 673		133 673
Fraudes utilisant les facturations			7 988 511		7 988 511
Fraudes soins à l'étranger			51 628		51 628
Non respect des règles de prise en charge			774 623		774 623
Trafic de médicament			93 194		93 194
Abus			42 793		42 793
Nomadisme et surconsommation			32 288		32 288
Fraude interne			30 993		30 993
Autres fraudes			2 001 175		2 001 175
TOTAL 2008	13 848		13 425 467	135 254	13 560 721
TOTAL 2007	11 005		7 796 559	99 477	7 896 036

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2009** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année
Acteur **Médecin généraliste**

Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,1%	40		40
Fraudes utilisant les facturations	1 334	96,1%	590 606		590 606
Abus	9	0,6%	35 686		35 686
Autres fraudes	44	3,2%	48 225		48 225
Total Médecins généralistes	1 388*	100,0%	674 557	11 969	686 526

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2009** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année
Acteur **Médecin spécialiste**

Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	975	93,7%	971 177		971 177
Abus	1	0,1%	40		
Autres fraudes	65	6,2%	160 336		160 336
Total Médecins spécialistes	1 041*	100,0%	1 131 553	11 850	1 143 403

TOTAL 2009 Médecins **2 429*** **1 806 110** **23 819** **1 829 929**

* dont 1 151 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2008** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année
Acteur **Médecin généraliste**

Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits			427		427
Fraudes utilisant les facturations			201 943		201 943
Abus			42 708		42 708
Autres fraudes			81 282		81 282
TOTAL Médecins généralistes	623		326 360	27 082	353 442

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2008** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année
Acteur **Médecin spécialiste**

Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations			1 307 821		1 307 821
Autres fraudes			116 352		116 352
TOTAL Médecins spécialistes	921		1 424 173	2 750	1 426 923

TOTAL 2008 Médecins **1 544** **1 750 533** **29 832** **1 780 365**

TOTAL 2007 Médecins **1217** **556 517** **10 167** **566 684**

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -					
Acteur Pharmacien					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,6%	87		87
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	45	13,4%	144 445		144 445
Fraudes utilisant les facturations	100	29,9%	261 926		261 926
Autres fraudes	188	56,1%	65 523		65 523
TOTAL 2009	335*	100,0%	471 981	0	471 981
<i>* dont 199 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -					
Acteur Pharmacien					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits			48		48
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			141 318		141 318
Fraudes utilisant les facturations			481 232		481 232
Autres fraudes			263 610		263 610
TOTAL 2008	454		886 208	5 500	891 708
TOTAL 2007	427		812 103	18 843	830 946

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Laboratoires					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	118	80,8%	107 191		107 191
Autres fraudes	28	19,2%	12 255		12 255
TOTAL 2009	146*	100,0%	119 446	0	119 446
<i>* dont 83 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Laboratoires					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			378		378
Fraudes utilisant les facturations			104 122		104 122
Autres fraudes			2 403		2 403
TOTAL 2008	116		106 903	6 546	113 449
TOTAL 2007	118		471 282	0	471 282

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2009** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année
- Acteur **Chirurgien-dentiste**

Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	483	97,8%	424 203		424 203
Autres fraudes	11	2,2%	42 608		42 608
TOTAL 2009	494*	100,0%	466 811	14 429	481 240

* dont 175 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2008** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année
- Acteur **Chirurgien-dentiste**

Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations			408 638		408 638
Abus			85		85
Autres fraudes			43 326		43 326
TOTAL 2008	267		452 049	8 625	460 674

TOTAL 2007	306		258 316	3 424	261 740
-------------------	------------	--	----------------	--------------	----------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2009** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -
Acteur **Sage-femme**

Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	26		12 729		12 729
Autres fraudes	4		3 934		3 934
TOTAL 2009	30*		16 663	0	16 663

* dont 10 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2008** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -
Acteur **Sage-femme**

Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	5		1 320	0	1 320
TOTAL 2008	5		1 320	0	1 320
TOTAL 2007	8		1 192	909	2 101

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Masseur-kinésithérapeute					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	2	0,1%	11 144		11 144
Fraudes utilisant les facturations	1 378	92,3%	721 376		721 376
Non respect des règles de prise en charge	19	1,3%	17 759		17 759
Autres fraudes	94	6,3%	47 946		47 946
TOTAL 2009	1 493*	100,0%	798 225	13 521	811 746
<i>* dont 815 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Masseur-kinésithérapeute					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			15 358		15 358
Fraudes utilisant les facturations			362 226		362 226
Autres fraudes			101 385		101 385
TOTAL 2008	1 403		478 969	500	479 469
TOTAL 2007	345		252 042	125	252 167

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2009** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -

Acteur **Infirmier**

Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	24	1,2%	40 879		40 879
Fraudes utilisant les facturations	1 794	89,3%	1 455 880		1 455 880
Non respect des règles de prise en charge	147	7,3%	47 189		47 189
Autres fraudes	44	2,2%	33 153		33 153
TOTAL 2009	2 009*	100,0%	1 577 101	20 330	1 597 431

* dont 1 315 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2008** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -

Acteur **Infirmier**

Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			54 779		54 779
Fraudes utilisant les facturations			923 430		923 430
Autres fraudes			41 919		41 919
TOTAL 2008	1 307		1 020 128	12 978	1 033 106
TOTAL 2007	540		963 104	23 604	986 708

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Autres paramédicaux					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	270	96,8%	71 481		71 481
Autres fraudes	9	3,2%	5 467		5 467
TOTAL 2009	279*	100,0%	76 948	0	76 948
<i>* dont 63 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Autres paramédicaux					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations			36 043		36 043
Autres fraudes			32 160		32 160
TOTAL 2008	108		68 203	2 021	70 224
TOTAL 2007	19		15 509	0	15 509

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Etablissements publics					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	6	3,1%	532 524		532 524
Non respect des règles de prise en charge	62	32,0%	3 071 930		3 071 930
Autres fraudes	126	64,9%	527 160		527 160
TOTAL 2009 Etablissements publics	194	100,0%	4 131 614	0	4 131 614
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Etablissements privés					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	215	56,4%	767 532		767 532
Non respect des règles de prise en charge	104	27,3%	1 473 929		1 473 929
Autres fraudes	62	16,3%	822 463		822 463
TOTAL 2009 Etablissements privés	381	100,0%	3 063 924	0	3 063 924
TOTAL 2009 Etablissements	575*		7 195 538	0	7 195 538
<i>* dont 459 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Etablissements publics					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations			579 570		579 570
Autres fraudes			595 162		595 162
TOTAL 2008 Etablissements publics			1 174 732		1 174 732
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Etablissements privés					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations			2 240 419		2 240 419
Non respect des règles de prise en charge			12 641		12 641
Autres fraudes			489 196		489 196
TOTAL 2008 Etablissements privés			2 742 256		2 742 256
TOTAL 2008 Etablissements	249		3 916 988	6 147	3 923 135
TOTAL 2007 Etablissements	132		1 321 775	700	1 322 475

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Transporteur					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	23	5,0%	23 164		23 164
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	24	5,2%	51 770		51 770
Fraudes utilisant les facturations	390	85,2%	992 500		992 500
Autres fraudes	21	4,6%	32 828		32 828
TOTAL 2009	458*	100,0%	1 063 388	0	1 063 388
<i>* dont 240 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Transporteur					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			112 101		112 101
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration			101 659		101 659
Fraudes utilisant les facturations			671 211		671 211
Autres fraudes			178 417		178 417
TOTAL 2008	449		1 063 388		1 063 388
TOTAL 2007	367	1	669 855		669 855

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur Fournisseur					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	18	7,2%	25 228		25 228
Fraudes utilisant les facturations	148	59,2%	428 136		428 136
Non respect des règles de prise en charge	64	25,6%	291 046		291 046
Autres fraudes	20	8,0%	90 339		90 339
TOTAL 2009	250*	100,0%	834 749		834 749
<i>* dont 155récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur Fournisseur					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			39 330		39 330
Fraudes utilisant les facturations			639 955		639 955
Non respect des règles de prise en charge			761 982		761 982
Autres fraudes			6 315		6 315
TOTAL 2008	160		1 447 582	0	1 447 582
TOTAL 2007	112		173 203	0	173 203

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Assuré

Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes à l'identité	190	2,6%	79 410		79 410
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	45	0,6%	18 714		18 714
Fraude à l'AME	25	0,3%	15 253		15 253
Fausse déclaration CMU de base	172	2,4%	30 644		30 644
Fausse déclaration CMU complémentaire	427	5,9%	82 850		82 850
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	2 025	27,8%	953 523		953 523
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	3 265	44,8%	604 775		604 775
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	45	0,6%	95 210		95 210
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	356	4,9%	122 056		122 056
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	71	1,0%	19 618		19 618
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	113	1,6%	56 278		56 278
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	157	2,2%	68 087		68 087
Fraudes utilisant les facturations	21	0,3%	5 684		5 684
Fraudes soins à l'étranger	69	0,9%	19 356		19 356
Trafic de médicament	9	0,1%	7 750		7 750
Nomadisme et surconsommation	97	1,3%	14 933		14 933
Autres fraudes	198	2,7%	82 289		82 289
TOTAL 2009	7 285*	100,0%	2 276 430	112 681	2 389 111

* dont 715 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur Assuré

Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes à l'identité			79 385		79 385
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits			24 941		24 941
Fraude à l'AME			9 791		9 791
Fausse déclaration CMU de base			46 828		46 828
Fausse déclaration CMU complémentaire			52 889		52 889
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières			860 264		860 264
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité			565 249		565 249
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT			17 549		17 549
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament			136 478		136 478
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux			15 241		15 241
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration			32 014		32 014
Fraudes utilisant les facturations			30 581		30 581
Fraudes soins à l'étranger			51 628		51 628
Trafic de médicament			93 194		93 194
Nomadisme et surconsommation			32 288		32 288
Autres fraudes			44 162		44 162
TOTAL 2008	7 739		2 092 482	62 980	2 155 462

TOTAL 2007	7 362		2 108 751	41 705	2 150 456
-------------------	--------------	--	------------------	---------------	------------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2009 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur Employeur					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	32		23 632		23 632
Autres fraudes	14		7 037		7 037
TOTAL 2009	46*		30 669	5 303	35 972
<i>* dont 34 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en 2008 et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur Employeur					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières			9 394		9 394
Autres fraudes			5 285		5 285
TOTAL 2008	16		14 679	125	14 804
TOTAL 2007	17		7068	0	7068

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2009** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -

Fraude interne

Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	8		16 290		16 290
Fraude interne	18		32 796		32 796
TOTAL 2009	26*		49 086	0	49 086

* dont 0 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2008** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -

Fraude interne

Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT			67 660		67 660
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature			27 181		27 181
Fraude interne			30 993		30 993
Autres fraudes			201		201
TOTAL 2008	31		126 035	0	126 035

TOTAL 2007	35		185 842	0	185 842
-------------------	-----------	--	----------------	----------	----------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Médecin												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,3%						1				1
Fraudes utilisant les facturations	484	81,6%	24	1		1	16	266				387
Abus	44	7,4%	3	1	2		8	21				13
Autres fraudes	63	10,6%	7	1	3	5	10	16				32
TOTAL Médecins généralistes	593	100,0%	34	3	5	6	34	304	158	61	0	433
Fraudes utilisant les facturations	1062	91,7%	10			2	13	334			4	1076
Abus	4	0,3%						2				2
Autres fraudes	92	7,9%	1	2		4	6	6				79
TOTAL Médecins spécialistes	1 158	100,0%	11	2	0	6	19	342	125	12	4	1 157
TOTAL 2009 Médecins	1 751	100,0%	45	5	5	12	53	646	283	73	4	1 590
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Médecin												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	6	0,5%						5				6
Fraudes utilisant les facturations	1137	88,8%	18	4			24	267			1	1099
Abus	76	5,9%	6		2		6	17				46
Autres fraudes	62	4,8%	5		1		8	23			1	30
TOTAL Médecins généralistes	1281	100,0%	29	4	3	0	38	312	111	52	2	1181
Fraudes utilisant les facturations	1003	91,4%	7		8		13	45			3	952
Abus	6	0,5%						4				5
Autres fraudes	88	8,0%	7	1	1	3	4	50			1	72
TOTAL Médecins spécialistes	1097	100,0%	14	1			17	99	15	3	4	1029
TOTAL 2008 Médecins	2378	100,0%	43	5	3	0	55	411	126	55	6	2210
TOTAL 2007 Médecins	778	1	43	3	3	5	98	159	24	10	6	1 592

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Pharmacien												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	4	0,7%	1					2				13
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	73	12,1%	6	1			2	28				72
Fraudes utilisant les facturations	179	29,7%	6			1	1	40			1	218
Autres fraudes	347	57,5%			1		2	45			2	347
TOTAL 2009	603	100,0%	13	1	1	1	5	115	51	2	3	650

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Pharmacien												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,1%										1
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	102	13,0%	8	2		1	4	9			1	92
Fraudes utilisant les facturations	241	30,7%	7	1		2	3	96				203
Autres fraudes	440	56,1%	3	1			4	146				360
TOTAL 2008	784	100,0%	18	4	0	3	11	251	44	0	1	656
TOTAL 2007	329	100,0%	18	6			34	42	10	5	7	539

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Laboratoire												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	3							2				1
Fraudes utilisant les facturations	63						1	105			1	70
Autres fraudes	27							9				27
TOTAL 2009	93		0	0	0	0	1	116	12	0	1	98

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Laboratoire												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	10	4,7%	1									9
Fraudes utilisant les facturations	196	92,0%	2				1	6			1	195
Autres fraudes	7	3,3%						2				5
TOTAL 2008	213	100,0%	3	0	0	0	1	8	14	3	1	209
TOTAL 2007	33		2				1	4	1		3	187

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Chirurgien Dentiste												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	339	94,4%	12				64	210			1	250
Autres fraudes	20	5,6%	1	1		2	5	2				9
TOTAL 2009	359	100,0%	13	1	0	2	69	212	35	17	1	259
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Chirurgien Dentiste												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	464	94,5%	12	2	2	2	45	84			2	369
Abus		0,0%										
Autres fraudes	27	5,5%	1				3	2			1	59
TOTAL 2008	491	100,0%	13	2	2	2	48	86	40	8	3	428
TOTAL 2007	363	1	9	1	11		48	113	3		1	417

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Sage-femme												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	12						1	18				10
Autres fraudes	18							15				5
TOTAL 2009	30		0	0	0	0	1	33	2	0	0	15
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Sage-femme												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	38				1		1	4				37
Autres fraudes												
TOTAL 2008	38		0	0	1	0	1	4	0	0	0	37
TOTAL 2007	16						1	2	1			17

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Infirmier												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	4	0,2%	1					1				3
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	36	2,2%	10	1				5			5	25
Fraudes utilisant les facturations	1 353	82,7%	63	11	1	5	14	639			5	1 493
Non respect des règles de prise en charge	160	9,8%						12				166
Autres fraudes	84	5,1%	7	3		6		16				74
TOTAL 2009	1 637	100,0%	81	15	1	11	14	673	226	43	10	1 761
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Infirmier												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,1%										
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	21	1,1%	1	1				1				19
Fraudes utilisant les facturations	1 751	91,7%	25	1	1	4	21	409			13	1 779
Autres fraudes	136	7,1%	5	1		2		16				124
TOTAL 2008	1909	100,0%	31	3	1	6	21	426	121	12	13	1922
TOTAL 2007	529	100,0%	19	1	4	6	19	54	27	7	19	865

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Autres paramédicaux												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,8%						1				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	3	2,4%			1		2					
Fraudes utilisant les facturations	106	84,8%	6			5		79				92
Autres fraudes	15	12,0%						1				13
TOTAL 2009	125	100,0%	6	0	1	5	2	81	16	0	0	105
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Autres paramédicaux												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1	0,5%						1				1
Fraudes utilisant les facturations	147	79,9%	1					3				143
Autres fraudes	36	19,6%										36
TOTAL 2008	184	100,0%	1	0	0	0	0	4	0	5	0	180
TOTAL 2007	31			1			2	4	1			48

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Etablissement de santé												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	5	0,9%									1	16
Non respect des règles de prise en charge	145	26,6%						38				136
Autres fraudes	395	72,5%	3					67				404
TOTAL Etablissements publics	545	100,0%	3	0	0	0	0	105			1	556
Fraudes utilisant les facturations	193	31,3%	4					33				188
Non respect des règles de prise en charge	201	32,6%	2	1				114			3	234
Autres fraudes	222	36,0%	3					36			1	220
TOTAL Etablissements privés	616	100,0%	9	1	0	0	0	183			4	642
TOTAL 2009 Etablissements	1161	100,0%	12	1	0	0	0	288	20	0	5	1198
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Etablissement de santé												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,9%						1				1
Fraudes utilisant les facturations	51	46,4%						1			1	67
Autres fraudes	58	52,7%						8			1	54
TOTAL Etablissements publics	110	100,0%	0	0	0	0	0	10	0	0	2	122
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,2%										1
Fraudes utilisant les facturations	312	75,2%	5					22			2	292
Non respect des règles de prise en charge	48	11,6%										48
Autres fraudes	54	13,0%						26			1	60
TOTAL Etablissements privés	415	100,0%	5	0	0	0	0	48	0	0	3	401
TOTAL 2008 Etablissements	525		5	0	0			58	0	0	5	523
TOTAL 2007 Etablissements	166		1	0	1			21	4	2	3	188

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Transporteur												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	30	4,1%	5					18				15
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	66	9,1%	28	5	1	7		7			1	38
Fraudes utilisant les facturations	562	77,8%	61	10		16		119			20	476
Autres fraudes	66	9,1%	2			2		2				62
TOTAL 2009	724	100,0%	96	15	1	25	0	146	14	5	21	591
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Transporteur												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	27	5,7%	1			1		10				18
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	45	9,5%	24	1		5		3			2	23
Fraudes utilisant les facturations	380	79,8%	29	3	1	25		81			14	387
Autres fraudes	24	5,0%	4		1			6				14
TOTAL 2008	476	100,0%	58	4	2	31	0	100	0	0	16	442
TOTAL 2007	429	1	41	3	19	4	129				6	397

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Fournisseur												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	30	11,9%	2		1			7			1	24
Fraudes utilisant les facturations	133	52,8%	18	2				45			2	111
Non respect des règles de prise en charge	70	27,8%	16	1				9			1	45
Autres fraudes	19	7,5%	2					3				17
TOTAL 2009	252	100,0%	38	3	1	0	0	64	36	0	4	197
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Fournisseur												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	34	10,6%	1	1	1							32
Fraudes utilisant les facturations	140	43,8%	9	3				34			3	107
Non respect des règles de prise en charge	128	40,0%	3	1				19			5	118
Autres fraudes	18	5,6%	1		1						1	14
TOTAL 2008	320	100,0%	14	5	2	0	0	53	0	0	9	271
TOTAL 2007	154	1	10	1	1			31			3	125

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Assuré											
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb Art 315-2 CSS	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes à l'identité	528	9,6%	114	284	4	99					80
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	99	1,8%	23	17		19					43
Fraude à l'AME	44	0,8%	3	7		26					9
Fausse déclaration CMU de base	188	3,4%	42	5	1	98					85
Fausse déclaration CMU complémentaire	693	12,7%	123	59		371					262
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1371	25,0%	155	122	15						510
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	693	12,7%	107	20	98	166					565
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	48	0,9%	2	2	1	27					41
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	259	4,7%	136	22	2	80			6	1	93
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	73	1,3%	13	9		43					17
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	275	5,0%	9	7		210					59
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	500	9,1%	25		3	19				42	428
Fraudes utilisant les facturations	18	0,3%	1			8					14
Fraudes soins à l'étranger	32	0,6%	9	4		15					12
Trafic de médicament	31	0,6%	25	4					2		3
Nomadisme et surconsommation	287	5,2%	61	25		8			207		63
Autre fraude	337	6,2%	14	16	23	146			1		174
TOTAL 2009	5 476	100,0%	862	603	147	1 335	1 730	304	216	43	2 458

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Assuré											
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb Art 315-2 CSS	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes à l'identité	748	14,2%	189	343		162				9	103
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	132	2,5%	27	19		219					39
Fraude à l'AME	33	0,6%	3	4		22					7
Fausse déclaration CMU de base	220	4,2%	45	9		137				1	54
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	11,1%	80	10	2	379					217
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1941	36,7%	287	105	30	876			1	2	657
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	440	8,3%	62	16	19	109				2	383
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	45	0,9%	5	1	2	4					39
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	289	5,5%	158	19		77			7	3	188
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	85	1,6%	16	2		57					27
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	197	3,7%	13	8		147					65
Fraudes utilisant les facturations	18	0,3%	1	1							18
Fraudes soins à l'étranger	29	0,5%	7	7	1	10					6
Trafic de médicament	33	0,6%	28	4		1			1		
Nomadisme et surconsommation	280	5,3%	80	29	1	6			184		66
Autre fraude	208	3,9%	49	6		61					101
TOTAL 2008	5 286	100,0%	1 050	583	55	2 267	1 845	318	193	17	1 970

TOTAL 2007	4 358	100,0%	985	525	113	1 522	723	108	236	12	1 281
-------------------	--------------	---------------	------------	------------	------------	--------------	------------	------------	------------	-----------	--------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Employeur												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	44		2		1							
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	4			2				1				
Autres fraudes	13		1					7				12
TOTAL 2009	61		3	2	1	0	0	8	16	3	0	12
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2008 - France entière - Acteur Employeur												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	25		4	2				6				17
Autres fraudes	7		4					2				2
TOTAL 2008	32		8	2	0	0	0	8	20	8	0	19
TOTAL 2007	38		9	5				14	6	6		17

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur Fraude interne												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1		1									
Fraude interne	3		2									1
TOTAL 2009	4		3	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Bande organisée												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb mises en garde	Nb mises en garde PF	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	0											
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	2		1									1
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	4		4									
Autres fraudes	1		1									
TOTAL 2009	7		6	0	0	0	0	0	0	0	0	1

