

**BILAN 2010 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 2010 de lutte contre les fraudes, les activités fautives et abusives

## Assurance Maladie

<b>RESUME (FRANÇAIS)</b> .....	<b>5</b>
<b>IN BRIEF (ENGLISH)</b> .....	<b>8</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>2. LES RESULTATS</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1. Les résultats financiers de la répression des fraudes, des activités fautives et/ou abusives 2010</b> .....	<b>11</b>
2.1.1. Les objectifs du plan annuel 2010	
2.1.2. Les effets financiers directs des programmes de répression des fraudes, des activités fautives et/ou abusives	
2.1.3. Les effets financiers indirects des programmes	
<b>2.2. Les principaux programmes menés par l'Assurance Maladie en 2010</b> .....	<b>17</b>
2.2.1 Les principaux résultats des programmes d'initiative nationale et/ou loco-régionale	
2.2.2. Les résultats du Centre National de Soins à l'Etranger (CNSE)	
2.2.3. Les actions menées par le réseau lors de la découverte de pratiques dangereuses	
2.2.4. Les procédures engagées par l'Assurance Maladie en 2010 et les sanctions prononcées	
<b>3. LES DIFFERENTES ACTIONS MENEES AU COURS DE L'ANNEE 2010 AYANT CONTRIBUE A L'OBTENTION DES RESULTATS</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1. Les moyens déployés par l'Assurance Maladie</b> .....	<b>28</b>
3.1.1. La mobilisation du réseau	
3.1.2. La poursuite de la réalisation de projets structurants	
<b>3.2. Le renforcement continu du contexte législatif et réglementaire</b> .....	<b>34</b>
<b>4. LES PERSPECTIVES 2011 EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES, LES ACTIVITES FAUTIVES ET ABUSIVES</b> .....	<b>35</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>36</b>
<b>Les tableaux des résultats des actions de répression des fraudes à l'initiative du réseau</b> .....	
<b>ANNEXE 2</b> .....	<b>99</b>
<b>Exemples de fraudes détectées par le régime général de l'Assurance Maladie</b>	
<b>ANNEXE 3</b> .....	<b>126</b>
<b>Les pénalités et retenues financières : Situation au 31 décembre 2010</b> .....	



## LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES, LES ACTIVITES FAUTIVES ET ABUSIVES

Année 2010

Bilan

### Résumé (français)

#### **La lutte contre la fraude, une priorité de l'Assurance Maladie**

La lutte contre la fraude et les activités abusives et fautives constitue, pour l'Assurance Maladie, une priorité majeure, avec les principaux objectifs qui la sous-tendent, en termes de justice, de protection des assurés, de dissuasion et au final de pérennisation de notre système de protection sociale. L'Assurance Maladie a considérablement renforcé son action en la matière depuis cinq ans.

Depuis 2005, année de lancement des plans nationaux annuels, ce sont **près de 700 millions d'euros** d'économies directes qui ont ainsi été réalisées, soit l'équivalent du montant de la prise en charge moyenne des soins de près de 350 000 Français par l'Assurance Maladie.

Ce chiffre correspond aux économies directes réalisées c'est-à-dire les demandes de réparation du préjudice subi notifié, les décisions de justice en matière de réparation, les prononcés de pénalités et de sanctions financières. Il ne prend pas en compte le montant des économies indirectes c'est-à-dire celles liées à la modification du comportement des acteurs. Ces économies sont plus délicates à évaluer, mais les évaluations qui ont pu être réalisées sur certaines actions ont montré des effets financiers conséquents.

Outre les structures mises en place en 2006, avec la création de la Direction du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (DCCRF) au niveau national, l'organisation, les moyens et les outils juridiques n'ont cessé depuis lors de progresser.

Le savoir-faire et l'implication du réseau de l'Assurance Maladie sont de plus en plus élevés, avec une organisation qui prend appui, au niveau régional, sur des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude (DCGDR) dont les missions et les moyens ont été sérieusement renforcés en 2010.

Ces structures régionales, interface du réseau avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ont pour mission d'animer, d'harmoniser et, comme leur nom l'indique, de coordonner les actions conduites dans leur ressort territorial de compétence.

Outre les outils déployés au niveau national par les autorités de tutelle (amélioration du cadre juridique, Répertoire national commun de la protection sociale, le droit de communication...), la culture de lutte contre la fraude comme élément de protection de notre système social, est largement partagée par les personnels de l'Assurance Maladie. L'existence des Comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) a aussi joué un rôle en ce sens.

## 2010 : des résultats encore en progression

En 2010, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé des fraudes et des activités fautives et abusives pour un montant de **plus de 155 millions d'euros (M€)**. Cette croissance s'observe également sur les économies directes réalisées grâce à la répression de ces fraudes et activités fautives et abusives : **186 M€** d'économies ont été obtenues en 2010 contre 138M€ en 2009, 132 en 2008, 126 en 2007 et 91 en 2006.

Ce montant élevé des économies réalisées en 2010 par rapport au montant des fraudes et des activités fautives et/ou abusives détectées et stoppées la même année s'explique par le fait que les campagnes de contrôles peuvent s'étaler sur plusieurs années civiles, notamment celles qui sont menées dans le cadre du contrôle externe de la tarification à l'activité des établissements. En effet les campagnes de contrôle comportent plusieurs phases allant du repérage des acteurs à contrôler à leur contrôle proprement dit puis au constat et enfin à la mise en œuvre des actions. Ainsi, compte tenu du délai de certaines procédures, l'ensemble du processus peut durer au-delà d'une année et certaines campagnes portant sur de mêmes thématiques mais évoluant à des stades différents peuvent dans certains cas coexister.

En 2010, ces économies ont porté pour **53% sur les prestations concernant les établissements** et pour 47% sur celles concernant les soins de ville. Parmi ces dernières :

- 60% de celles-ci portent sur des prestations en nature (hors produits médicamenteux),
- 21% sur des prestations en espèces,
- 14% sur des produits médicamenteux,
- 5% sur la gestion des droits.

Si, dans les établissements de santé, ce sont les facturations à l'Assurance Maladie de séjours plus onéreux que ceux réellement effectués qui ont été principalement à l'origine des résultats obtenus, chez les professionnels médicaux ou paramédicaux et les transporteurs fraudeurs, ce sont des facturations d'actes fictifs qui ont été le plus souvent détectées.

Citons parmi ces acteurs, l'exemple des fraudes détectées **chez les infirmiers** dont le montant du préjudice subi détecté, qui avait quasiment triplé entre 2008 et 2009 en passant de 4,7 M€ à 11,7 M€, s'élève en 2010 à un niveau plus élevé qu'en 2009 avec **12,7 M€**. Ces montants, comme la nature des suites données, dont 65 plaintes pénales, illustrent bien les résultats de l'impulsion donnée par un programme national lancé à la fin de l'année 2007.

Enfin, chez les assurés sociaux, la fraude la plus importante en montant concernait les indemnités journalières pour arrêts maladie. Il s'agissait surtout de falsification de prescriptions d'arrêts de travail et de salariés exerçant une activité rémunérée alors qu'ils étaient en arrêt de travail et percevaient des indemnités journalières.

Les opérations de répression des fraudes et des activités fautives et abusives ont débouché en 2010 sur des procédures contentieuses à l'origine de sanctions lourdes :

- **219 condamnations** à de la prison ferme ou avec sursis (46 280 jours),
- **240 interdictions de donner des soins** aux assurés sociaux.
- **217 notifications de sanctions financières** pour un montant de 45,0 M€ et **361 notifications d'indus** pour un montant de 36 M€, adressées aux établissements suite aux contrôles de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A).

**Au titre de l'article L.162-1-14** du Code de la sécurité sociale (CSS), l'Assurance Maladie a notifié, au cours de l'exercice 2010, **1 132 pénalités financières, soit 2 fois plus qu'en 2009** (560)

pour un montant de **1,4 M€**. Ces pénalités concernaient des assurés pour 64%, des professionnels de santé pour 30%, des transporteurs sanitaires et des fournisseurs d'appareillage pour 3%, des employeurs pour 3% également. 1 457 lettres de mise en garde ont en outre été adressées.

**Au titre de l'article L.323-6** du CSS, pour les cas de cumul d'un arrêt de travail avec une activité non autorisée, **453 retenues** financières ont été effectuées pour un montant de **1 M€**.

Ainsi, **chaque jour ouvré, 9 sanctions ont été prononcées** à l'encontre d'acteurs ayant fraudé ou fauté vis-à-vis de l'Assurance Maladie en 2010.

A coté des fraudes et des activités fautives, **les opérations de répression des comportements abusifs** ont, quant à elles, entraîné une économie directe de **398 M€**. Ces opérations concernaient principalement le contrôle, par les médecins conseils, de la justification des arrêts de travail prescrits par les médecins aux assurés. Plus de 2 300 000 contrôles ont ainsi été menés en 2010.

Afin d'accroître son efficacité, conformément à la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013, signée entre l'Etat et l'Assurance Maladie, celle-ci a engagé en 2010 des travaux structurants :

- **de détection des fraudes**, notamment par l'expérimentation de méthodes de datamining et la décision de mettre en place, au sein des cellules régionales de coordination, des statisticiens. A l'initiative de la Délégation nationale de la lutte contre la fraude (DNLF), une enquête statistique a été élaborée en 2010 afin d'estimer le taux de fraudes aux indemnités journalières subies par les organismes sociaux ; les résultats en seront connus en 2011 ;
- **d'investigation des fraudes**, notamment par le renforcement de la coordination régionale en matière de lutte contre la fraude et par la décision de renforcer la formation des personnels médicaux et administratifs dédiés à l'investigation.

## **French national health insurance for salaried workers**

### **COUNTER FRAUD, AT FAULT AND UNWARRENTED ACTIVITIES Results for 2010**

#### **In brief (English)**

#### **Counter fraud, a priority for health insurance.**

Counter fraud, at fault and unwarranted activities is considered by health insurance as a major priority, with the main aims that imply it in terms of justice, welfare for insured people, deterrence, and at the end in terms of sustainability of our welfare system. Health insurance has been considerably strengthening its action in that way for five years now.

Since 2005, when annual national plans were launched, about **700-million euro** direct savings have been registered, which means – as an illustration - the average coverage amount regarding about 350,000 people by health insurance.

This figure corresponds to direct savings, which means requests for compensation for reported damages, court decisions related to compensations, pronounced penalties and financial sanctions. This figure does not take into account indirect saving amount, which means savings due to stakeholders' behaviour alteration. The amount of those savings is more sensitive to be assessed, but assessments that could be done on some actions showed substantial financial effects.

On top of the measures that were implemented in 2006, with the creation of the Fraud Prevention and Litigation Directorate (DCCRF) at a national level, the legal organisation, ways of acting and tools have continuously been improving.

The health insurance network know-how and involvement are more and more important, with an organisation that, at a regional level, is built on counter fraud and risk management coordinator directors (DCGDR). Their missions and ways of acting were seriously increased in 2010.

The missions of those regional structures, interfaces of the French national health insurance fund (CNAMTS) network, consist in leading, harmonizing and coordinating actions that are run in the regional area they are competence for.

On top of tools that are nationally spread by regulators such as improvement of the legal framework, the national common welfare register (RCNPS), communication right, and so on, counter fraud culture as an element aiming at protecting our social system is widely shared by health insurance staff. Counter fraud operational committees, at a departmental level, go in that way as well.

#### **In 2010 : results still getting improved**

In 2010, health insurance detected and stopped fraud cases and at fault and unwarranted activities, which represents **more than 155 million euro**. This growth is also noticed with direct savings made thanks to the suppression of fraud cases and at fault and unwarranted activities: thus, **186**

**million euro were saved in 2010**, compared to 138 million euro in 2009, 132 in 2008, 126 in 2007 and 91 in 2006.

This high amount of savings made in 2010 compared to the amount of fraud cases and at fault and unwarranted activities detected and stopped during the same year can be explained by the fact that investigation campaigns can be spread over several calendar years, particularly as far as campaigns which are carried out in the framework of externally inspecting healthcare institutions that are priced according to their activity (DRG) are concerned. Indeed, investigation campaigns are made up of several stages from identification of stakeholders who have to be inspected to the strictly speaking inspection step then to finding and finally to the implementation of measures. Then, due to the delay of some procedures, the whole process can last more than one year, and sometimes some campaigns that deal with the same topics but evolve at different stages can coexist.

In 2010, **53% of the achieved savings concerned benefits related to institutions**, and the other 47% concerned office-based care. Among those 47%: 60% were related to benefits in kind (excepted drugs), 21% to benefits in cash, 14% to drugs, and 5 % to management of rights.

Within health institutions, invoicing to health insurance concerning stays at a more expensive price than the real price explained the major part of the achieved results.

As far as fraudulent medical and paramedical professionals and carriers, invoicing of imaginary acts was most of the time detected. For instance: **fraud cases detected among nurses**. The amount of reported damages due to those fraud cases that have been trebled between 2008 and 2009 from 4.7 million euro to 11.7 million euro, achieved in 2010 a higher level than in 2009 with **a 12.7 million euro amount**. Those amounts, like the kind of actions taken – including 65 criminal complaints, illustrate quite well results of the boost given by a national programme launched at the end of 2007. Finally, as far as insured people are concerned, the most important fraud case (in terms of amount) concerned daily allowances related to sick leaves. This was mostly sick leave prescription forging and salaried workers who go on earning a salary while they also receive daily allowances.

In 2010, actions related to fraud act and at fault and unwarranted activities suppression led to litigation procedures that ended up to serious sanctions:

- **219 jail sentences** with or without suspension (46,280 days),
- **240 prohibitions to provide care** to insured people,
- **217 notifications of financial sanctions** for a 45 million euro amount, and **361 notifications for undue payments** for a 36 million euro amount. Those notifications were sent to institutions after investigations concerning DRG.

**In conformance with the L.162-1-14 article of the Social Security Code (SSC)**, the Health insurance sector **notified**, during 2010 (fiscal year), **1,132 financial penalties, which means twice as many as in 2009 (560) for a 1.4 million euro amount**.

64% of those penalties concerned insured people, 30% were related to health professionals, 3% health carriers and equipment providers, 3% also concerned employers.

Moreover, 1,454 warning letters were sent.

**In conformance with the L.323-6 article of the SSC**, as far as the accumulation of a sick leave with an unauthorized activity is concerned, **453 financial deductions** were processed for a 1 million euro amount.

Thus, **for every working day, 9 sanctions were pronounced** concerning people who committed a fraudulent act or a fault towards health insurance in 2010.

On top of measures against fraud cases and unwarranted activities, **actions related suppression of excessive behaviours led to 398 million euro direct savings**. Those actions mainly concerned investigation by medical advisers aiming at checking justification of sick leaves prescribed by doctors to insured people. More than 2,300,000 investigations were then led in 2010.

In order to increase its efficiency, in conformance with the management and aims agreement (COG) for the 2010-2013 period and concluded between State and health insurance, health insurance started, in 2010, some structuring works :

- **Fraud detection**, notably through experiments related to data mining methods and the decision to implement statisticians within regional coordination units. On Counter fraud national Delegation (DLNF)'s initiative a statistical investigation was implemented in 2010 in order to assess the rate of fraud cases related to daily allowances and that have been sustained by social institutions. The results of this investigation will be released in 2011 ;
- **Fraud investigation**, notably through the strengthening of the counter fraud regional coordination and through the decision to strengthen training of medical and administrative staff in charge of investigation.

## LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES, LES ACTIVITES FAUTIVES ET ABUSIVES

Année 2010

Bilan

### 1. INTRODUCTION

En 2010, **plus de 155 millions d'euros** de fraudes et d'activités fautives et/ou abusives ont été détectées et stoppées. Ce montant témoigne de la poursuite de la mobilisation de l'Assurance Maladie.

Cette croissance s'observe également sur les économies réalisées grâce à la répression des fraudes, des activités fautives et abusives : **185,6 M€** ont été obtenus contre 137,6 M€ en 2009, 131,7 M€ en 2008, 125,5 en 2007 et 90,6 en 2006.

Ces économies, dites directes, correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi notifié, aux décisions de justice en matière de réparation, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières.

Au total, depuis 2005, année de lancement des plans nationaux annuels, ce sont **près de 700 millions d'euros** qui ont ainsi été économisés, soit l'équivalent du montant de la prise en charge moyenne des soins de près de 350 000 Français par l'Assurance Maladie.

Ce montant ne prend cependant pas en compte le montant des économies indirectes c'est-à-dire celles liées à la modification du comportement des acteurs. Ces économies sont plus délicates à évaluer, les évaluations qui ont pu être réalisées ont montré des effets financiers conséquents.

### 2. LES RESULTATS

Le bilan de la politique de lutte contre les fraudes et les activités fautives et/ou abusives, menée par l'Assurance Maladie en 2010, se décline 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 des programmes menés par l'Assurance Maladie, les procédures engagées 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.

#### 2.1. Les résultats financiers de la répression des fraudes, des activités fautives et/ou abusives 2010

##### 2.1.1. Les objectifs du plan annuel 2010

L'objectif financier en montant de fraudes et activités fautives et/ou abusives à détecter en 2010 avait été fixé à 150 M€ et l'objectif d'économies à 125 M€ (régime général).

## 2.1.2. Les effets financiers directs des programmes de répression des fraudes, des activités fautives et/ou abusives

Les effets financiers directs des programmes peuvent être mesurés par trois types d'indicateurs :

- ceux qui portent sur le **montant** des fraudes et des activités fautives et/ou abusives **détectées et stoppées** selon la catégorie de prestation contrôlée,
- ceux qui évaluent les **économies réalisées**, selon la catégorie de prestation contrôlée et selon l'acteur concerné,

### 2.1.2.1. Le montant des fraudes et des activités fautives et/ou abusives détectées et stoppées selon la catégorie de prestation contrôlée

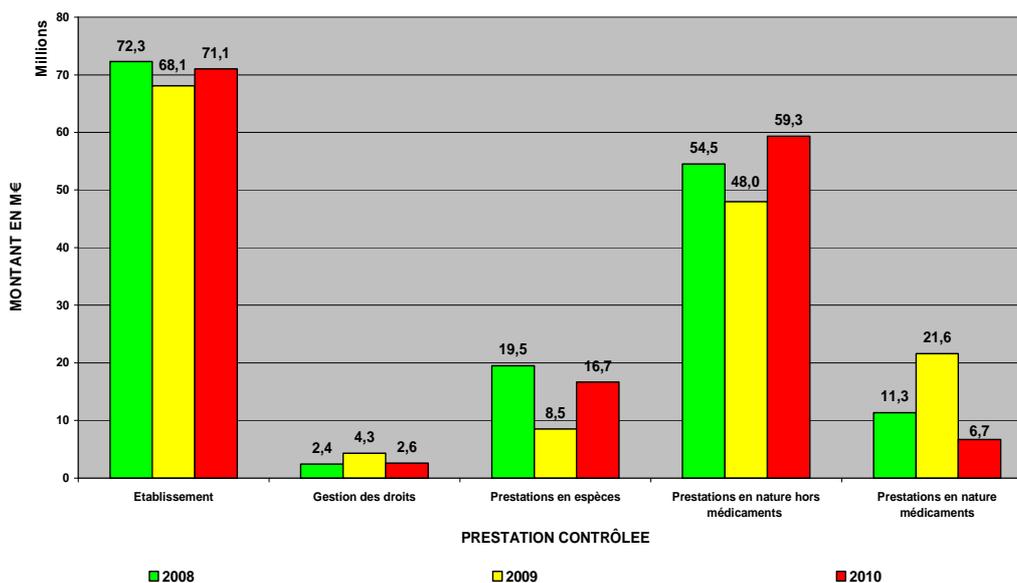
En 2010, le **montant des fraudes et des activités fautives et/ou abusives détectées et stoppées** au cours de l'année a atteint **156,3 M€** contre 151,6 M€ en 2009 (+ 3,4%).

Selon la catégorie de prestation contrôlée, ce chiffre se répartit en :

- **71,1 M€** provenant du contrôle des **établissements de santé**,
- **59,3 M€** du contrôle des **prestations en nature hors médicaments** (contrôle de la chirurgie plastique, des transporteurs sanitaires, de certains professionnels de santé, etc.),
- **16,7 M€** du contrôle des **prestations en espèces**, essentiellement les fraudes administratives aux indemnités journalières (falsification des prescriptions, activité rémunérée pendant un arrêt de travail indemnisé, etc.),
- **6,7 M€** du contrôle des prescriptions de **médicaments** et des pharmacies,
- **2,6 M€** du contrôle en vue de l'ouverture ou du renouvellement des **droits**.

Comme le montre le graphique ci-dessous, on constate d'une année sur l'autre, selon la catégorie de prestation concernée, le maintien global de la part des différents thèmes dans les montants des fraudes et des activités fautives et/ou abusives détectées et stoppées à l'exception du champ du médicament (la différence, entre les années 2008 et 2009 et l'année 2010, sur ce poste est liée aux résultats obtenus en 2009 par le programme national).

FRAUDES, ACTIVITES FAUTIVES ET/OU ABUSIVES DETECTEES ENTRE 2008 ET 2010  
SELON LA CATEGORIE DE PRESTATION CONTRÔLEE



### 2.1.2.2. *Les économies réalisées*

Les **économies réalisées**, qui comprennent les demandes de réparation du préjudice subi notifié, les décisions de justice en matière de réparation, les prononcés de pénalités et de sanctions financières **progressent**, quant à elles, d'une manière notable en 2010 : + **35%** par rapport à 2009 avec **185,6 M€** pour un total de 16 559 dossiers de fraudes en 2010. Ce résultat est principalement la conséquence des contrôles de facturation des établissements menés dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité avec deux faits majeurs :

- la **notification d'indus correspondant à des contrôles menés** depuis 2007 et dont l'issue ne s'est achevée qu'en 2010,
- la **notification de sanctions financières** à l'issue de ces contrôles qui a permis, à partir de 2010, l'application de sanctions financières en raison des manquements constatés, en application de l'article L.162.22-18 du CSS.

Ce montant élevé des économies réalisées en 2010 par rapport au montant des fraudes et des activités fautives et/ou abusives détectées et stoppées la même année s'explique par le fait que les campagnes de contrôles peuvent s'étaler, compte tenu des délais de procédure, au-delà de l'année civile, notamment celles menées dans le cadre du contrôle externe de la tarification à l'activité. En effet les campagnes de contrôle comportent plusieurs phases allant du repérage des acteurs à contrôler à leur contrôle proprement dit puis au constat et enfin aux suites du contrôle. Ainsi, compte tenu du délai de certaines procédures, une même campagne de contrôle peut dans certains cas se dérouler sur plusieurs années civiles, plusieurs campagnes portant sur de mêmes thématiques pouvant se dérouler au cours d'une même année, mais se situant à des stades différents de la procédure.

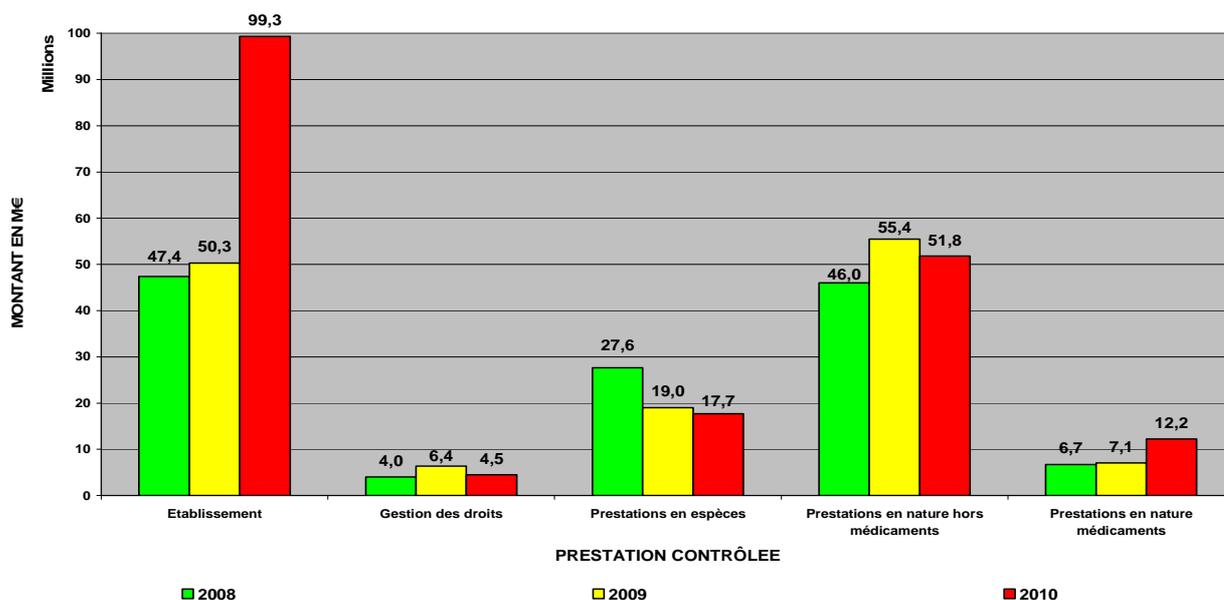
#### **Les économies réalisées selon la catégorie de prestation contrôlée**

Selon la catégorie de prestation contrôlée, le montant total de 185,6 M€ d'économies réalisées se répartit en :

- 99,3 M€ provenant du contrôle des établissements de santé,
- 51,8 M€ du contrôle des prestations en nature hors médicaments (contrôle de la chirurgie plastique, des transporteurs sanitaires, de certains professionnels de santé, etc.),
- 17,7 M€ du contrôle des prestations en espèces, essentiellement les fraudes administratives aux indemnités journalières (falsification des prescriptions, activité rémunérée pendant un arrêt de travail indemnisé, etc.),
- 12,2 M€ du contrôle des prescriptions de médicaments et des pharmacies,
- 4,5 M€ du contrôle en vue de l'ouverture ou du renouvellement des droits.

Les montants des économies réalisées selon la catégorie de prestation concernée, restent stables à l'exception, en 2010, de celui se rapportant aux établissements (cf. graphique ci-dessous), pour les raisons mentionnées ci-dessus (effets liés aux campagnes de contrôle antérieures).

**ECONOMIES REALISEES ENTRE 2008 ET 2010  
SELON LA CATEGORIE DE PRESTATION CONTRÔLÉE**



### Les économies réalisées selon l'acteur concerné

Parmi les principaux acteurs concernés, 99,3 M€ d'économies réalisées résultent du contrôle des établissements, 37,3 M€ de celui des professionnels de santé, 25,2 M€ de celui d'assurés, 10,8 M€ de celui de transporteurs et 7,4 M€ de celui de fournisseurs ; les fraudes en bande organisée représentent, quant à elles, près de 5 M€ des économies réalisées (cf. tableau n°I).

Tableau I :

Effets directs en 2010 des actions en matière de répression des fraudes, des activités fautives par le régime général de l'Assurance Maladie en M€ selon les acteurs concernés

<b>Résultats globaux en 2010 en M€ selon l'acteur concerné</b>			
<b>ACTEURS</b>	<b>FRAUDES DETECTÉES</b>	<b>ECONOMIES REALISEES</b>	<b>ECART</b>
Etablissements de santé	71,1	99,3	28,3
Professionnels de Santé	32,1	37,3	5,2
Assurés	17,6	25,2	7,6
Transporteurs	22,2	10,8	-11,3
Fournisseurs	4,1	7,4	3,3
Bande organisée	4,6	4,7	0,0
Laboratoires	0,5	0,6	0,1
Employeurs	0,3	0,3	0,0
Agent d'organisme (Fraude interne)	3,8	0,0	-3,8
Autres (Sociétés d'assurance)	0,0	0,0	0,0
<b>TOTAL ECONOMIES REALISEES 2010</b>	<b>156,3</b>	<b>185,6</b>	<b>29,3</b>

### 2.1.3. Les effets financiers indirects des programmes

Comme les années précédentes, l'année 2010 a permis d'objectiver qu'au-delà des récupérations financières directes et du préjudice évité du fait des contrôles, les actions de répression des fraudes, des activités fautives et/ou abusives ont bien permis de modifier les comportements des acteurs.

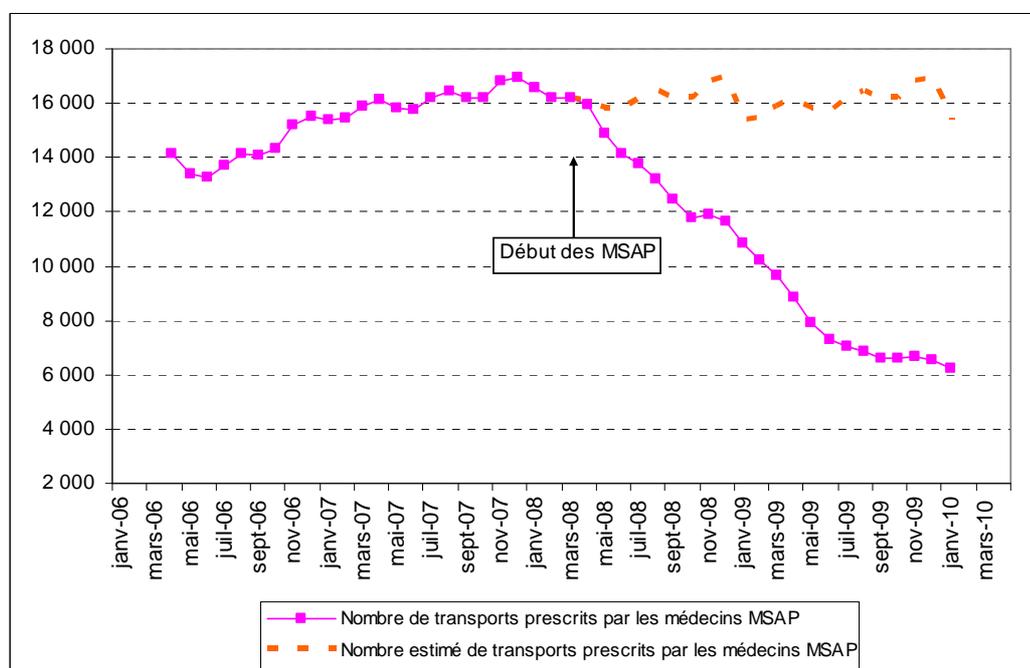
Les économies indirectes sont délicates à évaluer sur l'ensemble des programmes pour des raisons techniques, compte tenu de la nécessité d'éviter des biais dans les champs des thèmes évalués (comparaisons ici et ailleurs, avant/après, qui peuvent difficilement être menées en cas de changements du contexte par exemple). Pour l'année 2010, l'Assurance Maladie les a évalués sur les thèmes suivants.

#### La campagne 2008 de mise sous accord préalable des médecins prescripteurs excessifs de transports

Dans le cadre de la campagne 2008 de mise sous accord préalable des médecins prescrivant un nombre excessif de transports en ambulance, véhicule sanitaire léger et/ou taxi, les prescriptions de transports de 76 médecins ont été mises sous accord préalable.

D'Avril 2008 à Avril 2010, l'impact financier de la modification du comportements de ces médecins mis sous accord préalable a été estimé à **5,6 M€**. Le graphique n°1 ci-dessous présente les évolutions mensuelles des transports prescrits par les 76 médecins, en distinguant le nombre de prescriptions réellement observé et du nombre de prescription projeté, en l'absence de mise sous accord préalable.

**Graphique n°1** : Evolutions mensuelles des nombres réels observés et projetés de transports prescrits par les 76 médecins mis sous accord préalable

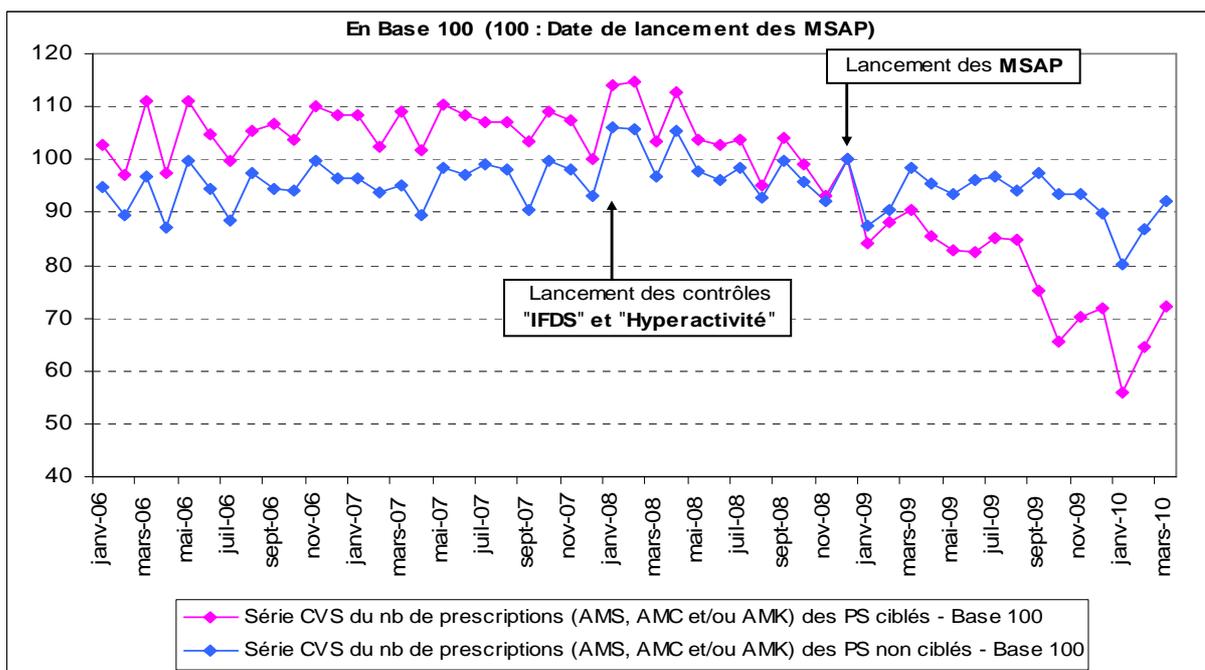


#### La mesure d'impact de la campagne 2008 de mise sous accord préalable des omnipraticiens prescripteurs excessifs d'actes de kinésithérapie

115 médecins ont été mis sous accord préalable pour leurs prescriptions d'actes de masso-kinésithérapie.

L'impact financier de la modification du comportement de ces médecins forts prescripteurs d'actes de kinésithérapie a été estimé à **9,7 M€** de Janvier 2009 à Mars 2010. Le graphique n°2 ci-dessous présente un comparatif entre les évolutions mensuelles de prescriptions d'actes de kinésithérapie réalisées par les médecins ciblés et la population constituée de généralistes non ciblés, sur la période d'étude. Ce graphique montre que même si la tendance est à la baisse pour les 2 populations en raison des modifications de comportements de prescription concernant la kinésithérapie, elle est nettement plus marquée chez les médecins ciblés.

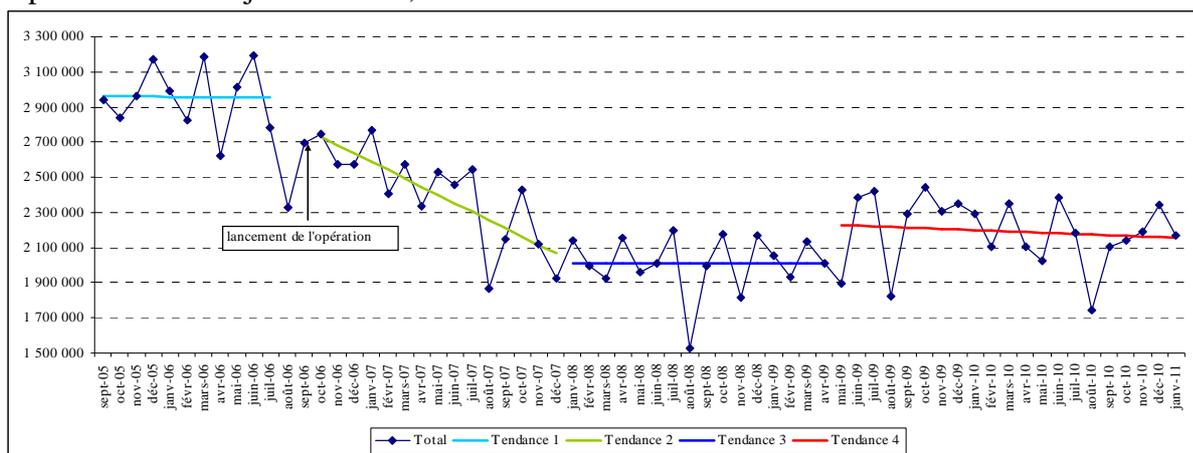
**Graphique n°2** : Evolutions mensuelles du nombre de prescriptions d'AMC, AMS et/ou AMK réalisées par les médecins ciblés et non ciblés (Séries corrigées des variations saisonnières - CVS)



### Le trafic de médicaments à l'exportation

Ce programme avait débuté en septembre 2006 par l'analyse d'activité de 96 médecins. L'impact direct de l'opération est estimé à **37 M€** et l'impact indirect à **6,6 M€** à fin février 2011. Pour la seule année 2010, l'effet direct de l'opération est estimé à **8,9 M€** et l'impact indirect à **0,8 M€**. Le graphique n°3 objective l'évolution du montant des spécialités médicamenteuses, remboursé entre septembre 2005 et janvier 2011, chez les 96 médecins contrôlés.

**Graphique n°3 :** Evolution du montant des spécialités médicamenteuses, remboursé entre septembre 2005 et janvier 2011, chez les médecins ciblés



## 2.2. Les principaux programmes menés par l'Assurance Maladie en 2010

Ces résultats sont présentés sous quatre angles :

- les principaux résultats des programmes d'initiative nationale et/ou loco-régionale,
- 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.

Des tableaux complémentaires présentent également, en annexe n°1, pour chaque catégorie d'acteurs, le nombre de fraudes recensées par le réseau de l'Assurance Maladie selon le grief, la nature et le nombre des actions engagées, le montant du préjudice subi et évité, le montant réclamé et récupéré.

Quelques exemples de fraudes détectées par l'Assurance Maladie et ayant donné lieu à des actions sont présentés en annexe n°2.

### 2.2.1 Les principaux résultats des programmes d'initiative nationale et/ou loco-régionale

Ces programmes concernent :

- les établissements,
- les prestations en espèces,
- les médicaments,
- les prestations en nature hors pharmacie,
- la gestion des droits.

#### 2.2.1.1. Les établissements

### Le contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A)

L'année 2010, cinquième année de campagne de contrôle T2A se caractérise par :

- la fin des **contrôles** de la campagne 2009 et la **notification** des **indus** et des **sanctions financières** à l'issue de ces contrôles. Les contrôles de facturation des établissements menés dans le cadre de la tarification à l'activité peuvent déboucher sur l'application de sanctions financières en raison de manquements constatés, en application de l'article L.162.22-18 du CSS ;

- le recouvrement des indus notifiés et des sanctions financières notifiées dans le cadre des campagnes 2007 à 2009 principalement ;
- le lancement de la campagne 2010 au moment de la mise en place des Agences régionales de santé : 288 établissements prévus dont 55% en secteur public. Plus de la moitié sont sanctionnables.

En 2010, 361 **notifications d'indus** (36,0 M€) et 217 notifications de **sanctions financières** (45,0 M€) ont été adressées aux établissements suite principalement aux contrôles de la campagne 2009 ainsi qu'aux campagnes antérieures.

Toutes campagnes confondues, le **taux de recouvrement global des indus notifiés** est de **75,5%** (127,4 M€ notifiés).

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

Un premier programme national de contrôle des EHPAD portant sur les facturations en soins de ville des prestations comprises dans le forfait de soins a été lancé en 2008. Fin 2009, 942 établissements ont fait l'objet d'un nouveau plan de contrôle. Il s'agissait essentiellement d'EHPAD contrôlés précédemment et pour lesquels des anomalies de facturation importantes avaient été constatées lors du premier contrôle.

Au total, au 31 décembre 2010, près de 6 000 établissements ont été contrôlés et 1 228 notifications d'indus leur ont été adressées, pour un montant de **8,4 millions d'euros**.

### **Le contrôle administratif des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)**

Lancé en mai 2009, un programme national de contrôle contentieux administratif des établissements d'HAD, limité à 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, a permis de détecter des anomalies de facturation pour **134 établissements** contrôlés, de lancer 63 procédures civiles pour un montant de **1,3 M€** et de signer 40 transactions pour un montant de **2,6 M€**

### **Les autres contrôles d'établissements de santé**

Les autres actions de contrôle des établissements de santé (contrôle contentieux) ont conduit à l'identification d'un préjudice global de 10,5 M€ (dont 71% pour le secteur privé).

L'action la plus fréquente, à l'issue de ces contrôles, à l'encontre des établissements, est la notification d'indus : 1 541 indus notifiés pour un montant de 9,8 M€. Les autres actions contentieuses mises en oeuvre pour la récupération du préjudice constaté ont donné lieu à 8 plaintes pénales, 15 procédures civiles et 9 transactions pour un montant global de 0,9 M€.

La facturation d'actes, de séjours, de dispositifs médicaux et produits de santé déjà pris en charge ainsi que les prestations fictives et facturations multiples frauduleuses sont les deux griefs principaux observés.

#### **2.2.1.2. Les prestations en espèces**

### **Le contrôle des arrêts de travail**

En 2010, le Service du contrôle médical de l'Assurance Maladie a contrôlé 1 753 000 arrêts de travail dans le risque maladie soit une relative stabilisation par rapport à 2009, où 1 801 000 arrêts maladie avaient été contrôlés, après une progression par rapport à 2008 (près d'1,6 million d'arrêts contrôlés) et 2007 (1,25 million).

En 2010, l'accent a davantage été mis sur les contrôles des arrêts de longue durée (près de 1,6 million d'arrêts de longue durée contrôlés), avec corrélativement une moindre proportion de contrôles sur les arrêts de courte durée (190 000 arrêts contrôlés).

Les contrôles d'arrêts de courte durée ont été plus ciblés. Ainsi, 15% des prescriptions d'arrêts ont été considérées comme non justifiées médicalement (contre 13% ces 3 dernières années), ce qui a conduit à l'arrêt du versement des indemnités journalières.

A ces contrôles des arrêts de travail pour le risque maladie se sont ajoutés, en 2010, près de 590 000 contrôles d'arrêts de travail pour un accident du travail ou une maladie professionnelle (600 000 en 2009 et 400 000 en 2008).

L'ensemble de ces contrôles a été à l'origine de **398 M€ d'économies directes**. Ce montant n'est pas inclus dans les résultats d'économies présentés au titre 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 de médecins prescripteurs excessifs d'arrêts de travail**

Au cours de l'année 2010, 143 médecins généralistes ont été mis sous accord préalable en raison de leurs prescriptions excessives d'arrêts de travail.

La durée de mise sous accord préalable se répartit de la manière suivante :

Durée de la Mise sous accord préalable (MSAP) (nombre de mois)	Nombre de médecins concernés
1	8
2	28
3	43
4	19
5	3
6	42
Total	143

### **La lutte contre la fraude administrative aux indemnités journalières (IJ)**

La lutte contre la **fraude administrative aux indemnités journalières** (falsification d'arrêt de travail ou d'attestation de salaire, cumul IJ ressources,...) a conduit en 2010 l'Assurance Maladie à déposer 139 plaintes pénales (2,3 M€), à effectuer 84 signalements au Parquet, à engager 26 actions en responsabilité civile (0,4 M€) et à procéder à 412 notifications d'indus (1,3 M€). Très majoritairement commises par des assurés, l'ensemble de ces fraudes totalisent **5,4 M€** de préjudice subi dont 3 M€ sur le seul grief *Cumul IJ et activité non autorisée*, qui a en outre entraîné au titre de l'article L.323-6 du CSS la notification de **453 retenues financières** représentant un montant 1,1 M€ (contre 506 retenues pour un montant de 0,7M€ en 2009).

### **Les autres fraudes aux prestations en espèces**

Les **800 autres fraudes aux prestations en espèces** recensées (**4,9 M€**) correspondent majoritairement à des fraudes à l'allocation supplémentaire d'invalidité (2,5 M€) et à des fausses déclarations pour pension d'invalidité (1,6 M€). Pour ces fraudes, l'Assurance Maladie notifie en

général des indus et/ou porte plainte devant la juridiction pénale. En 2010, 53 plaintes pénales ont été déposées pour un préjudice d'1,4 M€.

### 2.2.1.3. *Les médicaments*

#### **Les pharmacies suspectes de pratiques frauduleuses**

Un programme national de contrôle avait été lancé sur 149 pharmacies d'officine, ciblées en 2008 en raison d'une suspicion de pratiques frauduleuses. Ce programme s'est achevé en 2010.

Pour l'année 2010, 4 plaintes ordinaires et 5 plaintes pénales ont été déposées pour un montant réclamé de 0,4 M€. 2 signalements au Parquet ont été effectués. Au total, depuis le lancement de ce programme, ce sont 15 plaintes pénales et 26 saisines ordinaires qui ont été déposées dans le cadre de ce programme pour un préjudice subi total de **2,2 M€**.

D'autres contrôles ont été initiés par les organismes d'assurance maladie en 2010. Ils ont ainsi conduit à identifier des pratiques frauduleuses ou fautives pour un montant de préjudice subi de **3,1 M€**

Suite à ces contrôles, les organismes d'assurance maladie ont déposé 16 plaintes pénales (2,5 M€) ; 7 saisines ordinaires et 2 signalements au parquet ont été effectués ; 3 dossiers ont donné lieu à la signature d'une transaction. 571 indus ont en outre été notifiés aux professionnels concernés. Les *fraudes à la prescription* et les *facturations non conformes à la délivrance* constituent les deux griefs principaux (71% du montant total).

#### **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 mis en œuvre sur l'ensemble des Centres hospitaliers universitaires (CHU) de France métropolitaine depuis mars 2009 s'est poursuivi en 2010 par la mise en œuvre des premières actions contentieuses : 9 notifications d'indus ont été effectuées pour un montant global de **0,7 M€** et 9 transactions ont été signées pour un montant de **2,5 M€** avec **18 établissements**.

Au total, depuis le lancement de ce programme, 14 CHU ont signé une transaction ou ont remboursé les indus notifiés et 8 CHU ont fait l'objet d'un contrôle exhaustif sur 2 ans du fait du refus d'une transaction. Le montant total des transactions signées et des indus notifiés s'élève à **4,5 M€** Pour 5 établissements, les négociations en vue de la signature d'une transaction étaient encore en cours au 31 décembre 2010.

## Le respect de l'ordonnancier bizonne

Le programme de contrôle du respect de l'ordonnancier bizonne, initié en 2008, s'est terminé en 2010. Le montant dû à des activités fautives détectées s'est élevé à **0,3 M€**. A fin 2010, le contrôle de 276 médecins a donné lieu à :

- **78 procédures civiles** pour un montant de 111 747 €, dont 19 en 2010,
- **26 notifications de pénalités financières** pour un montant de 38 274 €, dont 16 en 2010,
- **76 lettres de mises en garde** dans le cadre de la procédure des pénalités financières, dont 16 en 2010.

## Les traitements de substitution aux opiacés

Le programme de lutte contre la fraude **en matière de Traitement de substitution aux opiacés (TSO)**, débuté en 2004 pour les bénéficiaires et en 2006 pour les professionnels de santé s'est poursuivi en 2010. Il s'agit d'un programme pérenne qui est reconduit tous les ans.

Le contrôle, au cours de l'année 2010, de 2 895 personnes bénéficiaires, a entraîné 1 099 suspensions de prestations au titre de l'article L.315-2 du CSS et 74 plaintes pénales.

A la suite de ces actions, le pourcentage de personnes ayant des posologies journalières moyennes supérieures à 32mg/j est passé de 2,3% à 1,5% entre 2004 et 2010 (France entière), démontrant un effet certain des actions de contrôle. Pour 2010, le montant de la fraude détectée sur l'année est estimé à **6,7 M€**. En outre, le préjudice évité est, quant à lui, estimé à **3,1 M€**<sup>1</sup>.

A fin 2010, le programme de contrôle des professionnels de santé initié fin 2009 a donné lieu à 11 lettres de mise en garde, 2 signalements art. 40 du Code pénal, 5 saisines de la section des assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre des médecins et 7 plaintes pénales déposées (12 dépôts de plainte pénale sont encore prévus), 12 analyses d'activité au titre de l'article L.315-1 du CSS étant encore en cours à la fin de l'année 2010.

### 2.2.1.4. Les prestations en nature hors médicaments

#### ➤ Les programmes d'initiative loco-régionale

Pour ces programmes, le montant du préjudice subi par l'Assurance Maladie en 2010 s'élève à 43,6 M€. Plus de 50% du préjudice subi concernait des infirmiers et des transporteurs sanitaires ; plus des trois quarts du préjudice subi restant concernant les médecins, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes.

## Les programmes de contrôle d'infirmiers

Le montant du préjudice subi constaté lors de contrôles d'infirmier(e)s, qui avait quasiment triplé entre 2008 et 2009 en passant de 4,7 M€ à 11,7 M€, s'élève en 2010 à un niveau plus élevé qu'en 2009 avec **12,7 M€**.

Ces montants, comme la nature des suites données, illustrent les résultats de l'impulsion donnée par le programme national. On dénombre ainsi en 2010 65 plaintes pénales (7,0 M€), 8 signalements au

---

<sup>1</sup> Pour les bénéficiaires consommant plus de 32mg/j de Subutex® (objet du contrôle) :

- Fraude détectée : estimation du surcoût de la consommation ramenée à une consommation théorique de 16 mg /j (en distinguant les trois paliers de consommation : 150 mg, 48 mg et 32mg/j).

- Préjudice évité : estimation du surcoût de la consommation ramenée à une consommation théorique de 16 mg/j (en distinguant les trois paliers de consommation : 150 mg, 48 mg et 32mg/j) des seuls bénéficiaires ayant eu une notification de L.315-2 du CSS.

Parquet et 2 823 indus notifiés (5,0 M€). *Les prestations fictives et les facturations multiples frauduleuses* constituent à elles seules la moitié du préjudice subi et des griefs observés.

### **Les programmes de contrôle de transporteurs**

Le préjudice subi atteint ici **10,3 M€** en 2010.

Comme en 2009, c'est pour cette catégorie de professionnels que le montant moyen d'un dossier de fraude est le plus élevé : plus de 16 000 € par fraudeur. A titre de comparaison, ce montant est 2 fois plus élevé que le montant moyen constaté pour un dossier relatif à un médecin généraliste ou à un chirurgien-dentiste.

En 2010, sont dénombrés 70 plaintes pénales pour un montant de 6,8 M€ contre 4,7 M€ en 2009 ; 13 signalements au Parquet, 526 indus notifiés pour un montant de 2,7 M€, 24 transactions signées pour un montant de 0,6 M€. 44 procédures conventionnelles ont été également engagées à l'encontre des transporteurs.

L'essentiel du préjudice subi est la conséquence d'*un non-respect des règles de facturation, de prestations fictives, de facturations multiples frauduleuses ou de fraudes en rapport avec l'utilisation de véhicules non agréés, non autorisés ou non conventionnés.*

### **Les programmes de contrôle de médecins**

Le préjudice financier pour l'Assurance Maladie s'élève, pour ces médecins, à **5,5 M€** dont 2,0 M€ au titre de *prestations fictives ou de facturations multiples frauduleuses*. Ces fraudes ont donné lieu à 51 plaintes pénales, 121 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux par l'Ordre des médecins. Les notifications d'indus se sont élevés à 2,5 M€.

### **Les programmes de contrôle de chirurgiens-dentistes**

Pour ces professionnels, le préjudice financier s'élève à **3,8 M€**. Les principaux griefs retrouvés concernent *des prestations fictives, des facturations multiples frauduleuses ou des fraudes à la nomenclature*. Les fraudes constatées ont conduit à des actions pénales. Ainsi, ces fraudes ont donné lieu à 17 plaintes pénales pour 2,5 M€ en 2010. 72 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux ont également été prononcées, à la suite de ces contrôles, par l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Les notifications d'indus se sont élevées à près d'un million d'euros.

### **Les programmes de contrôle masseurs-kinésithérapeutes**

Le préjudice subi s'élève ici à **2,5 M€** pour les mêmes griefs que ceux constatés chez les chirurgiens-dentistes. 17 plaintes pénales ont été déposées pour 1,2 M€ en 2010. Les notifications d'indus se sont élevées à 1,1 M€.

#### **➤ Les programmes d'initiative nationale**

### **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 2010.

Il a entraîné un taux de refus sur l'année de 20,4% sur les 32 117 EP reçues en 2010. Au total, ce sont plus de 100 000 EP qui auront été contrôlées depuis le lancement du programme en 2006.

Les dépenses évitées suite au contrôle des ententes préalables réalisées en 2010 ont été estimées à **6,7 M€**

**Concernant le contrôle des professionnels de santé**, à fin décembre 2010, 116 des 140 médecins initialement ciblés en 2007 – chirurgiens plasticiens et ORL pour l'essentiel – auront été concernés par au moins une action contentieuse après analyse de leur activité. 41 d'entre eux ont fait l'objet d'une saisine ordinaire, 5 d'une plainte pénale, 22 d'une action civile en réparation d'un préjudice global de **0,6 M€**. En outre, 15 médecins ont reçu notification d'une pénalité financière.

### **Les dépassements d'honoraires suspects d'être abusifs**

La CNAMTS mène depuis plusieurs années des programmes visant les dépassements abusifs de certains médecins exerçant en secteur 2.

L'article L.162-1-14-1 du CSS prévoyait la possibilité pour l'assurance maladie de prononcer des pénalités financières pour absence de respect de l'obligation de tact et mesure. Faute de publication du décret d'application, l'Assurance Maladie ne peut intervenir que sur le fondement de l'article L.162-1-19 du CSS : de ce fait, les dérives constatées donnent lieu à signalements auprès des Conseils Départementaux des Ordres professionnels concernés, qui sont seuls compétents pour prononcer des sanctions pour ce motif.

Fin 2009, la CNAMTS avait lancé un programme de contrôle contentieux visant les dépassements d'honoraires abusifs de médecins généralistes et spécialistes du secteur 2 à exercice libéral exclusif. Ce programme avait donné lieu d'une part à des entretiens de sensibilisation entre les directeurs de CPAM et les médecins concernés, d'autre part à des signalements au Conseil départemental de l'Ordre (CDO) des médecins. Il a concerné 187 médecins dont les dépassements d'honoraires laissaient présumer une pratique abusive (repérage sur la fréquence et le montant moyen de dépassement d'honoraires).

Suite à ces contrôles :

- une lettre de sensibilisation a été adressée par les caisses à 108 de ces médecins (57,8% des médecins) ;
- une lettre de mise en garde pour non respect du tact et de la mesure avérée a été notifiée aux 79 autres médecins par les caisses et celles-ci ont effectué un signalement au Conseil départemental de l'Ordre des médecins (42,2% des médecins).

A la suite de ces 79 signalements, les conseils départementaux de l'ordre ont procédé à la mise en garde de trois médecins, auxquels ils ont demandé de modifier leur pratique tarifaire.

Une action avait également été entreprise fin 2009 à l'encontre de praticiens hospitaliers temps plein exerçant une activité libérale hospitalière et pratiquant des dépassements d'honoraires abusifs.

La CNAMTS a ainsi mené une action visant à réprimer la pratique abusive de onze praticiens hospitaliers publics temps plein. Ces onze praticiens ont été signalés par la Caisse au Conseil départemental de l'ordre des médecins. A la suite de ces signalements, l'Ordre des médecins a demandé à ces médecins de s'engager à amender leur pratique.

Le suivi effectué par la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris en avril 2010 puis en mars 2011 montre, pour les professionnels concernés, une nette diminution de leur taux moyen de dépassement.

#### **2.2.1.5. Les contentieux pour fraudes à la gestion des droits**

Les fraudes à la gestion des droits commises par les assurés ont engendré un préjudice de **2,6 M€**

Les fraudes détectées portant sur la **CMU**, la **CMU-C** et l'**AME** se sont élevées au nombre de 780 en 2010 pour un montant global de 0,8 M€. Parmi ces fraudes, 588 (plus des trois quarts) relevaient

de la CMU-C pour un montant du préjudice subi de 0,6M€. La majorité des fraudes détectées concernait les conditions de ressources. L'Assurance Maladie a ainsi recouru à la notification d'indus (0,6 M€) et à la plainte pénale pour l'indemnisation de son préjudice.

Les **autres fraudes à la gestion des droits** sont un peu plus nombreuses (982) pour un préjudice financier double (1,7 M€) dont plus d'1 M€ en raison d'*usurpation et faux papiers d'identité*, la *fraude à l'affiliation hors CMU(C) et AME*. L'assurance maladie a recouru pour l'essentiel à la plainte pénale.

#### **2.2.1.6. La fraude en bande organisée**

La "fraude commise en bande organisée" est caractérisée par la réunion de trois critères cumulatifs (pluralité d'acteurs, notion d'entente commune, recherche d'un profit).

La fraude sous forme de "bande organisée" est recensée de manière spécifique depuis début 2009. Le suivi spécifique de ce type de fraude se heurte à des difficultés de reporting en raison de la multiplicité des contrevenants. Les nouvelles fiches sur les 'fraudes à enjeu' mises en place seront une aide précieuse à une meilleure compréhension du fond de ces dossiers de fraudes.

En 2010, le nombre de dossiers recensés a augmenté depuis 2009 (7 dossiers en 2009) : 33 dossiers, dont 10 portant sur les indemnités journalières, impliquant 108 personnes, ont été recensés par les organismes. L'Assurance maladie a subi dans ce cadre un préjudice financier qui s'élève à **4,6 M€** pour lequel les plaintes pénales constituent l'essentiel des suites contentieuses.

Les fraudes sur les prestations en nature sont majoritaires en nombre et en enjeu financier.

#### **2.2.2. Les résultats du Centre National de Soins à l'Etranger**

Le Centre national de soins à l'étranger (CNSE), situé à Vannes, 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 sont, depuis 2010, intégrés dans ce centre.

En 2010, sur 243 000 dossiers environ traités par le CNSE, 434 cas de fraudes, fautes ou abus ont été détectés par le Centre (0,2% du volume de dossiers) pour un préjudice financier de 954 457 euros représentant 2,3% des sommes remboursées. Depuis la création du CNSE, 2 M€ de dépenses ont été évités ou récupérés.

Le tableau II ci-dessous explicite la répartition des cas détectés selon leur nature et le préjudice correspondant.

Tableau II :  
Répartition des cas détectés selon leur nature et le préjudice correspondant

Nature	Nombre de dossiers de fraude	Montant des dépenses évitées (€)	Montant des indus (€)	Montant Total (€)
Fausse factures	39	96 152	10 018	106 171
Falsification de factures	11	9 940	Sans objet	9 940
Surfacturations	5	8 793	Sans objet	8 793
Actes fictifs	17	9 072	3 377	12 449
Fraude à condition de résidence	126	338 601	23 445	362 047
Facturation de prestations non remboursables sous couvert de soins remboursables	33	45 007	2 217	47 223
Usurpation d'identité	1	836	Sans objet	836
Faute : Indemnités journalières pendant un séjour hors de France sans accord de la caisse + indus prestations en nature	120	148 981	151 096	300 077
Abus : nomadisme et surconsommation médicale	2	2 736	351	3 087
Suspicion de fraude	80	103 349	576	103 925
<b>TOTAL FRAUDES DETECTÉES PAR LE CNSE EN 2010</b>	<b>434</b>	<b>763 466</b>	<b>191 081</b>	<b>954 547</b>

Une attention particulière est accordée aux dossiers fraude supérieurs à 500 euros : 352 cas dont le montant moyen est de 2 656 euros.

Parmi les cas les plus fréquents, on observe :

- la fausse facture (facture d'hospitalisation non établie par l'hôpital, absence d'hospitalisation) ;
- la falsification de facture (facture modifiée dans les dates et/ou le montant) ;
- l'acte fictif (soins facturés non réalisés ou autres actes dispensés à la place) ;
- la fraude à la condition de résidence (durée du séjour à l'étranger ne permettant pas de rester affilié à la protection sociale française) ;
- la faute (séjour hors de France pendant un arrêt de travail sans accord de la Caisse).

En outre, dans le cadre du programme national de contrôle de la chirurgie plastique prise en charge par l'Assurance Maladie, 86 dossiers ont été ciblés par le CNSE. Après échange avec le service du contrôle médical, ce sont au final 4 dossiers qui ont été identifiés (soit moins de 5%) comme étant des soins à visée esthétique (2 concernant le Brésil, 1 la Tunisie et 1 le Liban) pour un préjudice total évité de 4 740 euros.

Par ailleurs, depuis fin 2009, le CNSE signale à d'autres organismes sociaux (Caisses d'allocations familiales, Pôles Emploi) des situations susceptibles de présenter des incompatibilités avec le maintien de certaines prestations : 597 signalements pour un préjudice de 340 000 € (montant moyen : 4 051€) ont été réalisés.

Le tableau III ci-après détaille ces signalements.

Tableau III :  
Dénombrement des signalements selon l'origine et le montant du préjudice

Partenaire	Nombre de signalements	Nombre de dossiers clos	Nombre d'indus	Montant du préjudice constaté (€)	Montant du préjudice moyen (€)
Caisses d'Allocations Familiales	235	31	15	113 734	7 582
Pôles Emploi	362	196	69	226 626	3 284
<b>Total</b>	<b>597</b>	<b>227</b>	<b>84</b>	<b>340 360</b>	<b>4 052</b>

### **2.2.3. Les actions menées par le réseau lors de la découverte de pratiques dangereuses**

Le Service du contrôle médical de l'Assurance Maladie, dans le cadre de ses missions, peut parfois être amené à poser le constat de dangerosité de la pratique d'un professionnel de santé. Si le contrôle des pratiques dangereuses ne relève pas directement des missions du service médical, il lui revient toutefois de saisir les autorités compétentes dès lors qu'il a connaissance de telles pratiques aux dépens de son action. Ainsi, dès lors que la poursuite de cette pratique peut s'avérer dangereuse pour les patients, et nécessite des mesures de sauvegarde immédiate, le Service du contrôle médical effectue les signalements nécessaires pour que les mesures permettant de faire cesser cette pratique soient mises en œuvre.

Au cours de l'année 2010, **12 signalements** de pratiques dangereuses de professionnels de santé ont été recensés par le Service du contrôle médical.

Au 31 décembre 2010, les actions mises en œuvre par le service du contrôle médical pour ces 12 signalements sont connues pour 11 d'entre eux : une saisine directe du Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) dans 2 cas, une saisine du Conseil départemental de l'Ordre concerné dans 11 cas (un signalement peut déboucher sur une saisine directe du Directeur général de l'ARS et/ou une saisine du conseil de l'ordre).

Ces saisines de l'ordre ont débouché sur 1 saisine du Directeur général de l'ARS, 2 expertises psychiatriques déclenchées au titre de l'article R.4124-3 du Code de la Santé Publique visant à suspendre l'exercice de professionnels de santé qui présenteraient une dangerosité en raison d'un état pathologique, 3 saisines de la section disciplinaire du Conseil régional de l'ordre, 6 saisines de la section des assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre (une même saisine de l'Ordre peut déboucher sur plusieurs actions).

### **2.2.4. Les procédures engagées par l'Assurance Maladie en 2010 et les sanctions prononcées**

En sus des sanctions financières applicables à l'issue des contrôles T2A et des retenues financières au titre de l'article L.323-6 du CSS applicables aux assurés en cas de cumul d'indemnités journalières et d'autres revenus, l'Assurance maladie engage des procédures contentieuses, dont l'issue ne peut être recensée qu'une fois les décisions prises par les instances compétentes.

En 2010, **1 592 saisines du Parquet** (1 064 plaintes pénales et 528 signalements) ont été engagées par les caisses contre 1 933 en 2009, 2 159 en 2008 et 1 796 en 2007.

Durant la même année, les instances pénales ont prononcé **219 peines de prison** (273 en 2009) pour **46 280 journées** de prison (près de 56 000 en 2009) avec ou sans sursis et des condamnations financières de 3,1 M€.

Le nombre de **procédures civiles** engagées a en revanche diminué : 161 procédures civiles engagées en 2010 contre 343 en 2009 et 706 en 2008. Cette baisse est liée à l'achèvement du programme national de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour lequel ce type d'action s'était révélé particulièrement adapté.

Le Tableau IV ci-dessous présente un état transmis par les caisses quant aux décisions des juridictions pénales ou civiles rendues en 2010.

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	
2010	229	21	45	219	11 536	34 745	8	3 089 304	208	40	1 322 614
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
<small>(1) des condamnations (peine [amende], dommages et intérêts, frais irrépétibles de procédure)</small>											
<small>(2) des condamnations (préjudice et/ou dommages et intérêts et/ou frais irrépétibles de procédure)</small>											

Le nombre de dépôts de **saisines ordinales** s'élève à 329 en 2010.

En matière de décisions des instances ordinales professionnelles (cf. Tableau V ci-dessous), les conseils régionaux des Ordres professionnels ont prononcé durant l'année 240 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux contre 305 en 2009 et 289 en 2008. 87% des décisions prononcées en 2010 (idem 2009) 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.

Année	Avertissement	Blâme		Interdiction soins assurés				Nombre de rejets	TOTAL
		sans publication	avec publication	≤ 1 mois	> 1 et ≤ 6 mois	> 6 mois et ≤ 1 an	> 1 an		
2010	10	7	5	55	141	19	25	13	275
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

Au titre de l'**article L.162-1-14 du CSS**, l'Assurance Maladie a prononcé, au cours de l'exercice 2010, **1 132 pénalités financières** (560 en 2009, 521 en 2008 et 201 en 2007), dont 722 à des assurés et 341 à des professionnels de santé, pour un montant global de **1,4 M€** (cf. annexe n°3). Les recours intentés sont rares : 38 devant le tribunal administratif et 7 devant le Tribunal des affaires sanitaires et sociales.

En prévention de la récidive, ont été également adressées **1 457 lettres d'avertissement** (2 682 en 2009, 2 339 en 2008 et 1 479 en 2007).

Le tableau VI ci-dessous objective, selon les acteurs concernés, le nombre de lettres d'avertissements adressées, le nombre de pénalités notifiées par le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ainsi que le montant total de celles-ci.

Tableau VI :  
Dénombrement, par acteur, des lettres d'avertissement et des pénalités financières notifiées  
(Art. L.162-1-14 du CSS)

<b>Procédure des pénalités financières - Année 2010</b>			
<b>Par ordre décroissant du montant notifié</b>			
<b>Acteur</b>	<b>nb lettres avertissement</b>	<b>Pénalités notifiées par Dr CPAM</b>	
		<b>nb</b>	<b>Montant</b>
Assurés	708	634	568 444
Infirmiers	286	156	294 042
Masseurs Kiné.	90	79	116 462
Autres prestataires de service	23	35	114 161
Assurés : Gestion des droits CMU(C)	91	88	57 550
Médecins généralistes	27	39	72 317
Chirurgiens dentistes	13	18	42 912
Médecins spécialistes	62	36	44 645
Employeurs	26	32	22 998
Pharmaciens	49	6	13 585
Laboratoires	1	4	8 342
Autres paramédicaux	7	3	6 958
Fournisseurs	10	1	6 432
Etablissements de santé	9	1	2 959
EHPAD	53		
Sages femmes	2		
<b>TOTAL ANNEE 2010</b>	<b>1 457</b>	<b>1 132</b>	<b>1 371 807</b>
dont Lutte contre fraude IJ :	375	292	233 387
<b>RAPPEL 2009</b>	<b>2 610</b>	<b>472</b>	<b>611 625</b>

Au total, ce sont **1 585 pénalités financières** (art. L.162-1-14 du CSS) et **retenues financières** (art. L.323-6 du CSS) qui ont été notifiées par les directeurs de CPAM en 2010, auxquelles s'ajoutent les 217 sanctions financières du contrôle externe T2A décidées par les directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS).

### **3. LES DIFFERENTES ACTIONS MENEES AU COURS DE L'ANNEE 2010 AYANT CONTRIBUE A L'OBTENTION DES RESULTATS**

En 2010, le régime général de l'Assurance Maladie a poursuivi son investissement 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

#### **3.1. Les moyens déployés par l'Assurance Maladie**

L'Assurance Maladie a poursuivi en 2010 ses actions de mobilisation de réseau ainsi que la réalisation de projets structurants qui contribueront à renforcer la lutte contre les fraudes, les activités fautives et abusives.

### 3.1.1. La mobilisation du réseau

La CNAMTS a poursuivi la mobilisation du réseau de l'Assurance Maladie, notamment en leur diffusant des consignes d'action très opérationnelles et par le biais d'une information régulière.

#### 3.1.1.1. Des consignes d'action opérationnelles

Un plan de lutte contre les fraudes, les activités fautives et abusives a été diffusé par la CNAMTS auprès de son réseau en 2010, comme chaque année depuis 2006. Chaque programme fait l'objet d'un plan d'action spécifique défini par la CNAMTS et mis à disposition auprès de son réseau.

Une attention spécifique est portée à l'harmonisation des pratiques des organismes et du service du contrôle médical :

- doctrine d'emploi des personnels agréés et assermentés.
- guide de la Direction de la Sécurité Sociale sur les pénalités financières en matière d'assurance maladie suite à la refonte de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale (CSS) et à la publication du décret du 20 août 2009.
- Mise en oeuvre du dispositif national permettant de gérer les signalements de suspicion de fraudes dans les Caisses primaires d'assurance maladie, les Caisses générales de sécurité sociale et du Service Médical du régime général de l'Assurance Maladie :
  - modalités d'application de l'article R.315-1-1 du CSS
  - réinstallation et installation des formations de la commission prévue à l'article L. 162-1-14 du CSS.
- Précisions sur les contrôles à réaliser sur les pièces d'identité, lors de la première demande d'affiliation à un régime obligatoire ou au bénéfice de l'Aide Médicale Etat et de la CMU-C ou de l'Assurance Complémentaire Santé.
- Précisions sur la circulaire ministérielle n° DSS/2B/4D/2010/214 du 23/06/2010 relative au recouvrement des indus de prestations et à l'habilitation des directeurs des organismes de sécurité sociale à les recouvrer par voie de contrainte.
- circulaire ministérielle Crim-09-5/G3-du 6 mai 2009 visant à améliorer le traitement judiciaire des fraudes aux prestations sociales en renforçant la coordination des différents intervenants.

#### 3.1.1.2. Des actions de mobilisation régulières

Comme chaque année depuis 2008, **une vingtaine de réunions de cadres dirigeants et/ou de cadres** des organismes et du Service du contrôle médical ont permis d'améliorer l'information sur les programmes de répression des fraudes, des activités fautives et abusives en cours et à venir et sur l'organisation mise en place sur le réseau en matière de lutte contre la fraude et de renforcer les échanges entre le niveau national et le niveau local.

#### 3.1.1.3. L'exercice du droit de communication

Le droit de communication a été exercé 987 fois par les organismes en 2010 (contre 818 fois en 2009). Ce sont les banques qui sont interrogées dans plus de la moitié des cas. Près de la moitié des interrogations ont pour motif le contrôle des ressources des assurés sociaux.

L'exercice du droit de communication a permis de détecter des fraudes dans 378 cas sur 987 interrogations, soit 38,3% (en 2009, 321 cas sur 818 interrogations).

L'essentiel des fraudes détectées par ce biais ont été commises par les assurés sociaux. Les principaux mécanismes de fraude portent sur la déclaration des ressources et l'exercice d'une activité professionnelle pendant un arrêt de travail indemnisé.

### **3.1.2. La poursuite de la réalisation de projets structurants**

#### **3.1.2.1 *Les travaux statistiques de l'Assurance Maladie menés en lien avec la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF)***

En 2010, le Ministère du Budget a souhaité évaluer le taux de fraudes aux IJ et à la CMUC subi par les organismes d'Assurance Maladie. Dans ce cadre, la DNLF a débuté une réflexion sur ce sujet avec la CNAMTS, dans le cadre des orientations de la COG 2010-2013 et du chantier portant sur la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) sur la fraude sociale.

#### **Estimation du taux de fraudes aux indemnités journalières (IJ)**

Pour répondre à cette demande, une enquête, lancée le 20 octobre 2010, a été réalisée à partir d'un échantillon de 9 300 arrêts de travail représentatifs des arrêts traités dans l'ensemble des CPAM sur la période du 15 mars 2010 au 15 mai 2010.

Dans ce cadre, un groupe de travail a construit un protocole d'investigations permettant d'établir la présence de la fraude administrative aux IJ sur l'échantillon d'arrêts de travail.

Une lettre réseau, ayant pour objet de mettre en place la méthodologie, permettant l'évaluation du taux de fraude administrative aux IJ, a été diffusée par la CNAMTS le 8 décembre 2010. Les résultats sont prévus fin 2011.

#### **Estimation du taux de fraudes à la CMUC**

Pour répondre à cette demande, un protocole d'investigations et un outil spécifique de saisie ont été élaborés. L'enquête d'évaluation du taux de fraudes sur la base d'un échantillon aléatoire devrait être lancée en 2011.

#### **3.1.2.2 *Les actions de formation***

#### **Les programmes de formation et d'information initiés au niveau de la DNLF**

L'Assurance Maladie a poursuivi, en 2010, la participation aux programmes de formation et d'information initiés au niveau de la DNLF.

**Près de 5 200 heures de formations** ont été dispensées à plus de 450 agents dans ce cadre. Ces formations ont porté sur :

- la détection de faux documents d'identité (4 473 heures de formation dispensées à 330 agents) ;
- le traitement pénal des fraudes aux prestations sociales (119 heures de formation dispensées à 17 agents) ;
- la maîtrise du Fichier national des comptes bancaires et assimilés (203 heures de formation dispensées à 58 agents) ;
- le droit de communication (238 heures de formation dispensées à 34 agents) ;
- l'amélioration des échanges d'informations avec la DGFIP et l'URSSAF par une meilleure connaissance de ces partenaires (7 heures de formation dispensées à 2 agents) ;
- l'initiation des agents à la navigation et à la recherche sur Internet (154 heures de formation dispensées à 11 agents).

Ces formations ont fait, secondairement, l'objet d'une déclinaison dans le réseau de l'Assurance Maladie : **plus de 4 200 heures de formation** ont ainsi été dispensées à plus de 900 autres agents à la suite des formations initiées par la DNLF.

### **Les formations initiales de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la fraude**

Ces formations ont été revues et ont conduit :

- soit à intégrer un module dédié à la lutte contre la fraude tant dans son volet prévention que dans son volet répression,
- soit à augmenter significativement le nombre d'heures consacrées à la lutte contre la fraude (+ 60%).

Au total, ce sont **plus de 16 000 heures de formation** qui ont été dispensées par l'Assurance Maladie à plus de 2 700 agents durant l'année 2010.

### **Elaboration d'un guide**

La CNAMTS a élaboré, pour les organismes, un guide destiné à définir et mettre en œuvre un plan de formation à la lutte contre la fraude, en complément des formations initiées par le niveau national.

La lutte contre la fraude fait en effet appel à des métiers variés : investigateur médical et administratif, statisticien, juriste notamment. En 2010, un processus de "professionnalisation" du métier de statisticien chargé de la fraude au niveau régional a ainsi été lancé. Un questionnaire d'auto évaluation permettra de mieux connaître les profils et compétences des personnes concernées. Un tutorat ayant pour but le développement des connaissances en matière de lutte contre la fraude devrait débuter au 3<sup>ème</sup> trimestre 2011. Il s'agit également de constituer un réseau de statisticiens chargés de la détection de la fraude à l'Assurance Maladie et aux accidents du travail et maladies professionnelles.

#### ***3.1.2.3 L'expérimentation d'un outil de datamining***

La CNAMTS a décidé de poursuivre des expérimentations de datamining 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.

L'expérimentation menée par la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, missionnée par la CNAMTS, a pris fin en octobre 2010 et a permis de tirer un certain nombre d'enseignements pour mettre en œuvre une nouvelle expérimentation.

La CNAMTS a missionné la région Nord-Pas-de-Calais afin qu'elle expérimente la détection de fraudes aux indemnités journalières, à partir de méthodes de datamining. L'expérimentation est en cours.

La CNAMTS expérimente également les méthodes de datamining pour la détection de fraudes à la CMU-C.

#### ***3.1.2.4 La poursuite des Echanges de données informatiques (E.D.I.) avec les organismes et les partenaires***

### **Avec la Direction générale des finances publiques (DGFIP)**

Les travaux préparatoires en vue d'une généralisation des échanges avec la DGFIP **concernant les assurés qui ne résident plus sur le territoire national** (« non résidents ») se sont poursuivis en

2010. Ces échanges doivent en effet permettre, de mener à bien un contrôle a posteriori renforcé de la condition de résidence, à partir des données détenues par la DGFIP sur les personnes ne résidant plus sur le territoire français et d'en tirer les conséquences pour ceux des assurés qui n'ont plus droit à l'assurance maladie: fermeture de droits, invalidation de la carte Vitale...

L'expérimentation est lancée à l'automne 2011. Un outil de consultation des signalements sera parallèlement mis à la disposition des caisses.

Une deuxième piste d'échanges avec la DGFIP concernant **les conditions de ressources des bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C** a été expérimentée en 2009 et un premier bilan a été réalisé en 2010. Les résultats de l'expérimentation ont conduit à identifier un certain nombre de limites dans l'exercice de rapprochement des ressources déclarées de part et d'autre. Des travaux complémentaires d'harmonisation des données et d'optimisation du ciblage doivent donc se poursuivre avant de généraliser ce type d'échanges.

Par ailleurs, la CNAMTS doit mettre en œuvre en 2011 un programme national sur la fraude à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Celui-ci sera l'occasion d'optimiser les méthodes de ciblage et de contrôle des dossiers dans le cadre du contrôle des ressources.

### **Avec les URSSAF**

Un échange d'informations entre CPAM et URSSAF, permettant de mettre en évidence les divergences quant aux informations détenues, a pour objectif de déterminer des entreprises « à risque » et dont les salariés auraient perçu des indemnités journalières de façon frauduleuse.

Une première expérience menée dans trois CPAM et URSSAF en 2007-2008 a conduit à tester deux types de situations, qui cependant se sont avérés inefficaces dans la détection de fraudes :

- Les entreprises en taxation d'office ou avec un bordereau récapitulatif "à néant" et avec des codes "Activité principale exercée" à risque.
- Les entreprises en BRC (Bordereau Récapitulatif des Cotisations) "néant" mais pour lesquelles il y a des déclarations préalables à l'embauche.

Deux modes opératoires qualifiables de fraudes, soit pour les URSSAF, soit pour l'Assurance Maladie, ont été repérés : soit une activité salariée existe mais les cotisations n'ont pas été acquittées (travail dissimulé), soit l'activité salariée n'existe pas et les pièces produites à la caisse pour l'obtention des indemnités journalières sont des faux documents (fraudes aux indemnités journalières).

En 2010, la collaboration avec l'ACOSS a permis d'établir une nouvelle méthode de ciblage et d'investigations visant à lutter contre ces fraudes. Cette méthode est expérimentée à partir du premier semestre 2011 avant une éventuelle généralisation d'ici la fin 2011.

Par ailleurs, les URSSAF ont transmis 3 868 fiches concernant des constats de travail dissimulé ou de redressement forfaitaires aux caisses d'assurance maladie afin que celles-ci puissent procéder à leur propre contrôle à la recherche de fraudes potentielles. En 2010, 14 de ces fiches ont débouché sur des cas de fraudes avérées à l'Assurance Maladie.

### **Avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)**

Le ciblage des entreprises "coquilles vides", et plus particulièrement les entreprises n'ayant pas d'activité réelle et/ou recourant à la technique des emplois fictifs, pourrait être également réalisé à partir d'un échange de données entre la CNAMTS et la CNAV, visant à détecter des cas d'assurés

ayant perçu des indemnités journalières et bénéficiant dans le Système National de Gestion des Carrières (SNGC) de périodes assimilées de nature atypique.

Les travaux initiés en 2009 sur la base d'un premier cahier des charges élaboré par la CNAMTS devraient se poursuivre et permettre d'initier les échanges en 2011. La pertinence de ce ciblage sera ensuite évaluée à partir des fraudes détectées.

Ces modalités d'échanges d'information feront l'objet d'une évaluation en 2011 et seront, le cas échéant, intégrées à des programmes de contrôles dédiés, notamment dans le cadre des engagements de la COG AT/MP sur ce thème.

### **3.1.2.5 La poursuite du partenariat avec d'autres institutions ou organismes**

#### **Avec l'Office européen de la lutte contre la fraude et la corruption dans le domaine de la santé (EHFCN) ou avec des pays étrangers**

La CNAMTS a participé :

- en avril 2010, à l'Assemblée générale du réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans le domaine de la santé qui s'est tenu à Lisbonne ; la rencontre portait sur les échanges de bonnes pratiques et la coopération entre les pays membres de ce réseau ;
- en juin 2010, à un séminaire sur la lutte contre la fraude organisé par la CNAMTS avec des représentants de l'EHFCN ;
- en septembre 2010, à la 7<sup>ème</sup> conférence annuelle du réseau européen de lutte contre la fraude en matière de soins (EHFCN) qui s'est tenue à Bruxelles sur le thème : « le coût réel de la fraude et de la corruption dans le secteur de soins et la manière de le réduire ».
- en décembre 2010, à Berlin à une rencontre portant sur la lutte contre la fraude avec l'Etat major de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie allemande à Berlin.

#### **Avec la Police nationale et la Gendarmerie nationale**

La Direction du Contrôle Contentieux et de la Répression des Fraudes a poursuivi en 2010 sa collaboration avec la Police Nationale et la Gendarmerie Nationale.

Depuis 2009, 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 sur 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 2010, 139 cartes vitale ont ainsi été adressées à la CNAMTS pour expertise puis destruction. A la demande des personnes concernées, les caisses examinent à nouveau leur situation en vue d'une affiliation éventuelle à l'Aide Médicale d'Etat (AME).

#### **Avec les autres institutions**

Des présentations de la stratégie et des bilans de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre les fraudes, fautes et abus, ont eu lieu, tous les deux à trois mois avec :

- les Fédérations hospitalières dans le cadre du contrôle contentieux en rapport avec la Tarification A l'Activité ;
- les Conseils Nationaux des Ordres professionnels des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes dans le cadre de programmes de contrôle contentieux et de lutte contre la fraude mis en oeuvre par l'Assurance Maladie.

### **3.2. Le renforcement continu du contexte législatif et réglementaire**

Les lois de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) successives ont permis d'adapter le contexte législatif et réglementaire.

Trois articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ont ainsi plus particulièrement concerné la lutte contre la fraude, les fautes et les abus.

**L'article 90** dispose que, lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures.

**L'article 91** tend à harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail : à titre expérimental, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des personnels de la fonction publique de l'Etat est confié aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles.

**L'article 92** donne la possibilité à l'Assurance Maladie, pour le prononcé d'une pénalité financière, de réaliser des contrôles sur la base d'un échantillon pour les prestataires qui ont une activité importante (pharmacies, laboratoires de biologie médicale, établissements de santé, fournisseurs de biens médicaux, transporteurs sanitaires et taxis conventionnés).

Certaines **dispositions législatives des années antérieures** restent toutefois **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).

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a :

- complété le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) en offrant la possibilité au directeur d'une caisse primaire d'assurance maladie de proposer au médecin, en alternative à la procédure de MSAP, l'atteinte d'un objectif de réduction de ses prescriptions dans un certain délai. Un décret en Conseil d'Etat doit fixer les conditions d'application de cette nouvelle disposition,
- apporté une modification au contenu de l'article L.162-22-18 du CSS en précisant que le montant des sanctions financières prononcées à l'encontre des établissements devait être conditionné non seulement par le pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues mais aussi par la réitération de ces manquements.

#### **4. LES PERSPECTIVES 2011 EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES, LES ACTIVITES FAUTIVES ET ABUSIVES**

Le plan annuel de contrôle contentieux et de répression des fraudes, des activités abusives et fautives s'inscrit, comme chaque année, dans la stratégie générale de gestion des risques de l'Assurance Maladie.

Le plan pour l'année 2011 comporte les quatre thématiques suivantes :

- La répression des fraudes et des activités fautives.
- La répression des pratiques dangereuses.
- La réduction des activités abusives.
- Les projets structurants.

Afin de disposer d'une meilleure connaissance et de mieux qualifier les faits commis, la Convention d'Objectifs et de Gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013 a prévu une clarification des notions de fraudes, d'activités fautives et abusives pour l'Assurance Maladie qui fera l'objet en 2011 une instruction au réseau de l'Assurance Maladie.

Pour 2011, l'objectif financier des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées a été fixé à 150 millions d'euros (M€) se répartissant selon le type de prestations versées et de la façon suivante:

- 50 M€ pour les prestations en nature concernant les établissements,
- 10 M€ pour les prestations en espèces,
- 90 M€ pour les prestations en nature concernant les soins de ville et la gestion des droits.

Le montant total estimé des économies réalisées a, quant à lui, été porté à 130 M€.

**Les tableaux des résultats des actions de répression des fraudes à l'initiative  
du réseau**

**Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Tout Acteur**

Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes à l'identité	546	3,8%	1 051 549	588 118	1 639 667	2,0%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	132	0,9%	1 203 232	15 377	1 218 609	1,5%
Fraude à l'AME	20	0,1%	29 769	12 000	41 769	0,1%
Fausse déclaration CMU de base	172	1,2%	223 534	100 747	324 281	0,4%
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	4,1%	567 913	243 498	811 411	1,0%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 890	13,2%	5 357 584	539 275	5 896 859	7,3%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	686	4,8%	4 113 836	681 374	4 795 210	5,9%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	50	0,3%	727 910	87 913	815 823	1,0%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	287	2,0%	1 089 556	130 591	1 220 147	1,5%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	57	0,4%	118 629	14 273	132 902	0,2%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	334	2,3%	6 521 105	139 418	6 660 523	8,2%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	399	2,8%	4 865 815	270 674	5 136 489	6,3%
Fraudes utilisant les facturations	6 009	42,0%	32 041 490	1 893 995	33 935 485	41,8%
Fraudes soins à l'étranger	46	0,3%	17 642	111 680	129 322	0,2%
Non respect des règles de prise en charge	1 182	8,3%	4 992 772	207 919	5 200 691	6,4%
Trafic de médicament	36	0,3%	596 085	27 709	623 794	0,8%
Abus	41	0,3%	168 245	26 402	194 647	0,2%
Nomadisme et surconsommation	231	1,6%	826 179	70 766	896 945	1,1%
Fraude interne	1	0,0%	1 462	0	1 462	0,0%
Autre fraude	1 602	11,2%	8 458 273	3 059 310	11 517 583	14,2%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>14 389</b>	<b>100,0%</b>	<b>72 972 581</b>	<b>8 221 039</b>	<b>81 193 620</b>	<b>100,0%</b>

**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%	108 325	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%	2 773 991	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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>13 641</b>	<b>100,0%</b>	<b>62 469 972</b>	<b>8 869 051</b>	<b>71 339 023</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>14 835</b>	<b>100,0%</b>	<b>51 987 598</b>	<b>8 173 724</b>	<b>60 161 322</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Médecin</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Médecins généralistes						
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,3%	462	0	462	0,0%
Fraudes utilisant les facturations	251	73,2%	2 190 346	172 172	2 362 518	79,1%
Abus	34	9,9%	127 606	19 050	146 656	4,9%
Autres fraudes	57	16,6%	462 991	14 652	477 643	16,0%
<b>Total Médecins généralistes</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 781 405</b>	<b>205 874</b>	<b>2 987 279</b>	<b>100,0%</b>
Médecins spécialistes						
Fraudes utilisant les facturations	645	91,6%	1 906 990	47 056	1 954 046	90,2%
Abus	7	1,0%	40 639	7 352	47 991	2,2%
Autres fraudes	52	7,4%	153 885	10 220	164 105	7,6%
<b>Total Médecins spécialistes</b>	<b>704</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 101 514</b>	<b>64 628</b>	<b>2 166 142</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2010 Médecins</b>	<b>1 047</b>	<b>100,0%</b>	<b>4 882 919</b>	<b>270 502</b>	<b>5 153 421</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Médecin</b>						
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 €	%
Médecins généralistes						
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%
<b>Total Médecins généralistes</b>	<b>593</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 518 440</b>	<b>208 993</b>	<b>3 727 433</b>	<b>100,0%</b>
Médecins spécialistes						
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%
<b>Total Médecins spécialistes</b>	<b>1 158</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 037 913</b>	<b>75 729</b>	<b>3 113 642</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2009 Médecins</b>	<b>1 751</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 556 353</b>	<b>284 722</b>	<b>6 841 075</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008 Médecins</b>	<b>2 378</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 231 724</b>	<b>439 949</b>	<b>6 671 673</b>	<b>100,0%</b>

**Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Pharmacien**

Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,3%	7 160	0	7 160	0,2%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	45	7,3%	468 145	1 094	469 239	14,7%
Fraudes utilisant les facturations	145	23,5%	1 718 444	65 480	1 783 924	55,9%
Autres fraudes	425	68,9%	895 633	33 636	929 269	29,1%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>617</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 089 382</b>	<b>100 210</b>	<b>3 189 592</b>	<b>100,0%</b>

**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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>603</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 220 407</b>	<b>137 670</b>	<b>3 358 077</b>	<b>100,0%</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>784</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 391 533</b>	<b>182 336</b>	<b>1 573 869</b>	<b>100,0%</b>
-------------------	------------	---------------	------------------	----------------	------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Laboratoire</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2010</b>			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1		80	0	80	0,0%
Fraudes utilisant les facturations	160		488 481	68 940	557 421	91,5%
Autres fraudes	47		52 000	0	52 000	8,5%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>208</b>		<b>540 561</b>	<b>68 940</b>	<b>609 501</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Laboratoire</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2009</b>			
	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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>93</b>		<b>148 171</b>	<b>24 206</b>	<b>172 377</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>213</b>	<b>100,0%</b>	<b>292 690</b>	<b>41 304</b>	<b>333 994</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Chirurgien Dentiste						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant les facturations	354	94,1%	3 644 559	100 160	3 744 719	96,3%
Autres fraudes	22	5,9%	130 427	13 760	144 187	3,7%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 774 986</b>	<b>113 920</b>	<b>3 888 906</b>	<b>100,0%</b>
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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>359</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 468 300</b>	<b>97 410</b>	<b>2 565 710</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>491</b>	<b>100,0%</b>	<b>5 242 107</b>	<b>57 283</b>	<b>5 299 390</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Sage-femme</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2010</b>			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant les facturations	6		876	630	1 506	79,7%
Autres fraudes	1		383	0	383	20,3%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>7</b>		<b>1 259</b>	<b>630</b>	<b>1 889</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Sage-femme</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2009</b>			
	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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>30</b>		<b>28 352</b>	<b>5 499</b>	<b>33 851</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>38</b>		<b>5 288</b>	<b>399</b>	<b>5 687</b>	

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Masseur Kinésithérapeute</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	12	1,0%	104 703	435	105 138	3,9%
Fraudes utilisant les facturations	1 051	88,7%	2 018 103	157 523	2 175 626	81,6%
Non respect des règles de prise en charge	70	5,9%	8 646	1 192	9 838	0,4%
Autres fraudes	52	4,4%	374 983	1 858	376 841	14,1%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>1 185</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 506 435</b>	<b>161 008</b>	<b>2 667 443</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Masseur Kinésithérapeute</b>						
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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>758</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 301 845</b>	<b>205 094</b>	<b>1 506 939</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>2 192</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 338 070</b>	<b>209 705</b>	<b>1 547 775</b>	<b>100,0%</b>

**Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Infirmier**

Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,1%	840 072	0		0,0%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	28	1,0%	1 119 378	65 918	1 185 296	8,7%
Fraudes utilisant les facturations	2 570	88,0%	9 636 377	844 883	10 481 260	76,7%
Non respect des règles de prise en charge	215	7,4%	108 477	4 105	112 582	0,8%
Autres fraudes	105	3,6%	1 000 355	49 207	1 049 562	7,7%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>2 920</b>	<b>100,0%</b>	<b>12 704 659</b>	<b>964 113</b>	<b>13 668 772</b>	<b>100,0%</b>

**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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>1 637</b>	<b>100,0%</b>	<b>11 733 600</b>	<b>732 871</b>	<b>12 466 471</b>	<b>100,0%</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>1 909</b>	<b>100,0%</b>	<b>4 668 657</b>	<b>635 433</b>	<b>5 304 090</b>	<b>100,0%</b>
-------------------	--------------	---------------	------------------	----------------	------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Autres paramédicaux</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes utilisant les facturations	84	93,3%	223 244	26 428	249 672	88,9%
Autres fraudes	6	6,7%	31 178	0	31 178	11,1%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>	<b>254 422</b>	<b>26 428</b>	<b>280 850</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Autres paramédicaux</b>						
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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>125</b>	<b>100,0%</b>	<b>219 639</b>	<b>19 006</b>	<b>238 645</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>184</b>	<b>100,0%</b>	<b>63 739</b>	<b>52 840</b>	<b>116 579</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Etablissement de santé</b>						
Etablissements privés	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant les facturations	203	20,8%	1 616 320	125 957	1 742 277	22,1%
Non respect des règles de prise en charge	541	55,5%	3 651 726	106 335	3 758 061	47,7%
Autres fraudes	231	23,7%	2 200 568	183 062	2 383 630	30,2%
<b>Total Etablissements privés</b>	<b>975</b>	<b>100,0%</b>	<b>7 468 614</b>	<b>415 354</b>	<b>7 883 968</b>	<b>100,0%</b>
Etablissements publics						
Etablissements publics	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Intitulé de la fraude	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €
Fraudes utilisant les facturations	1	0,2%	27 719	0	27 719	0,9%
Non respect des règles de prise en charge	234	42,5%	886 561	83 847	970 408	31,1%
Autres fraudes	315	57,3%	2 083 080	34 881	2 117 961	68,0%
<b>Total Etablissements publics</b>	<b>550</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 997 360</b>	<b>118 728</b>	<b>3 116 088</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2010 Etablissements</b>	<b>1 525</b>	<b>100,0%</b>	<b>10 465 974</b>	<b>534 082</b>	<b>11 000 056</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2009 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Etablissement de santé</b>						
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%
<b>TOTAL Etablissements privés</b>	<b>616</b>	<b>100,0%</b>	<b>5 038 743</b>	<b>215 759</b>	<b>5 254 502</b>	<b>100,0%</b>
Etablissements publics						
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%
<b>Total Etablissements publics</b>	<b>545</b>	<b>100%</b>	<b>3 944 706</b>	<b>236 868</b>	<b>4 181 574</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2009 Etablissements</b>	<b>1 161</b>	<b>100%</b>	<b>8 983 449</b>	<b>452 627</b>	<b>9 436 076</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008 Etablissements</b>	<b>525</b>	<b>100,0%</b>	<b>9 794 170</b>	<b>488 537</b>	<b>10 282 707</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Transporteur</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2010</b>			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	25	3,9%	201 029	22 454	223 483	2,1%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	89	14,0%	4 589 964	150 451	4 740 415	44,2%
Fraudes utilisant les facturations	473	74,3%	5 345 352	263 458	5 608 810	52,3%
Autres fraudes	50	7,8%	130 359	15 291	145 650	1,4%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>637</b>	<b>100,0%</b>	<b>10 266 704</b>	<b>451 654</b>	<b>10 718 358</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Transporteur</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2009</b>			
	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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>724</b>	<b>100,0%</b>	<b>8 935 231</b>	<b>516 140</b>	<b>9 451 371</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>476</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 829 694</b>	<b>520 174</b>	<b>4 349 868</b>	<b>100,0%</b>

**Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Fournisseur**

Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	44	15,2%	334 017	8 778	342 795	8,1%
Fraudes utilisant les facturations	60	20,7%	3 163 230	20 899	3 184 129	75,0%
Non respect des règles de prise en charge	122	42,1%	337 362	12 440	349 802	8,2%
Autres fraudes	64	22,1%	290 979	77 529	368 508	8,7%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>290</b>	<b>100,0%</b>	<b>4 125 588</b>	<b>119 646</b>	<b>4 245 234</b>	<b>100,0%</b>

**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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 235 011</b>	<b>232 892</b>	<b>2 467 903</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 287 812</b>	<b>114 558</b>	<b>2 402 370</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur Assuré						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Fraudes à l'identité	546	10,3%	1 051 549	588 118	1 639 667	7,9%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	127	2,4%	355 538	15 377	370 915	1,8%
Fraude à l'AME	20	0,4%	29 769	12 000	41 769	0,2%
Fausse déclaration CMU de base	172	3,2%	223 534	100 747	324 281	1,6%
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	11,1%	567 913	243 498	811 411	3,9%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 811	34,2%	4 937 405	529 886	5 467 291	26,3%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	686	13,0%	4 113 836	681 374	4 795 210	23,1%
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	50	0,9%	727 910	87 913	815 823	3,9%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	287	5,4%	1 089 556	130 591	1 220 147	5,9%
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	57	1,1%	118 629	14 273	132 902	0,6%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	160	3,0%	117 399	12 092	129 491	0,6%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	309	5,8%	272 760	120 223	392 983	1,9%
Fraudes utilisant les facturations	6	0,1%	61 449	409	61 858	0,3%
Fraudes soins à l'étranger	46	0,9%	17 642	111 680	129 322	0,6%
Trafic de médicament	35	0,7%	303 906	27 709	331 615	1,6%
Nomadisme et surconsommation	231	4,4%	826 179	70 766	896 945	4,3%
Autres fraudes	165	3,1%	590 663	2 624 775	3 215 438	15,5%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>5 296</b>	<b>100,0%</b>	<b>15 405 637</b>	<b>5 371 431</b>	<b>20 777 068</b>	<b>100,0%</b>

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	42 383	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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>5 476</b>	<b>100,0%</b>	<b>15 958 187</b>	<b>6 450 975</b>	<b>22 109 162</b>	<b>100,0%</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>5 286</b>	<b>100,0%</b>	<b>16 273 633</b>	<b>5 327 781</b>	<b>21 601 414</b>	<b>100,0%</b>
-------------------	--------------	---------------	-------------------	------------------	-------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Employeur</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	66		254 494	4 053	258 547	84,8%
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	1		3 091	0	3 091	1,0%
Autres fraudes	7		42 985	439	43 424	14,2%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>74</b>		<b>300 570</b>	<b>4 492</b>	<b>305 062</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Employeur</b>						
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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>61</b>		<b>123 587</b>	<b>4 021</b>	<b>127 608</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>32</b>		<b>180 797</b>	<b>87 402</b>	<b>268 199</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Bande organisée</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2010</b>			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	10		134 977	5 336	140 313	3,0%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	19		4 176 354	28 647	4 205 001	90,3%
Trafic de médicament	1		292 179	0	292 179	6,3%
Autres fraudes	3		17 804	0	17 804	0,4%
<b>TOTAL 2010</b>	<b>33</b>		<b>4 621 314</b>	<b>33 983</b>	<b>4 655 297</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - Acteur <b>Bande organisée</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b>		Montant € du préjudice subi et/ou évité <b>2009</b>			
	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%
<b>TOTAL 2009</b>	<b>7</b>		<b>528 023</b>	<b>5 864</b>	<b>533 887</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - <b>Fraude interne</b>						
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montant € du préjudice subi et/ou évité 2010			
	Nombre	%	Préjudice subi	Préjudice évité	Montant total en €	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	3		30 708	0		
Fraude interne	1		1 462	0	1 462	
<b>TOTAL 2010</b>	<b>4</b>		<b>32 170</b>	<b>0</b>	<b>1 462</b>	100,0%
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montant du préjudice subi ou évité correspondant - <b>Fraude interne</b>						
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	
<b>TOTAL 2009</b>	<b>3</b>		<b>15 848</b>	<b>0</b>	<b>15 848</b>	100,0%
<b>TOTAL 2008</b>	<b>7</b>		<b>387 684</b>	<b>16 023</b>	<b>403 707</b>	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en 2010 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes à l'identité	546	3,8%	132 430				
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	132	0,9%	98 058				
Fraude à l'AME	20	0,1%	20 009				
Fausse déclaration CMU de base	172	1,2%	190 307				
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	4,1%	375 922				
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 890	13,2%	1 253 211				
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	686	4,8%	3 390 400	3 375			
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	50	0,3%	95 248				
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	287	2,0%	120 213	2 872			
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	57	0,4%	45 889				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	334	2,3%	728 943	128 415			
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	399	2,8%	817 934	87 060			
Fraudes utilisant les facturations	6 009	42,0%	12 542 515	1 064 399			
Fraudes soins à l'étranger	46	0,3%	6 669				
Non respect des règles de prise en charge	1 182	8,3%	4 600 025	153 478			
Trafic de médicament	36	0,3%	36 128				
Abus	41	0,3%	51 716				
Nomadisme et surconsommation	231	1,6%	98 948				
Fraude interne	1	0,0%	1 462				
Autres fraudes	1 602	11,2%	5 735 723	327 863			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>14 309</b>	<b>100,0%</b>	<b>30 341 750</b>	<b>1 767 462</b>	<b>1 342 855</b>	<b>33 452 067</b>	<b>100,0%</b>

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	%	Indus	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			
<b>TOTAL 2009</b>	<b>13 041</b>	<b>100,0%</b>	<b>27 993 237</b>	<b>2 656 324</b>	<b>611 625</b>	<b>31 261 186</b>	<b>100,0%</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>14 835</b>	<b>100,0%</b>	<b>23 098 413</b>	<b>3 735 311</b>	<b>548 643</b>	<b>27 382 367</b>	<b>100,0%</b>
-------------------	---------------	---------------	-------------------	------------------	----------------	-------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,3%	462	0			
Fraudes utilisant les facturations	251	73,2%	431 090	74 400			
Abus	34	9,9%	50 437	0			
Autres fraudes	57	16,6%	145 515	0			
<b>Total Médecins généralistes</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>	<b>627 504</b>	<b>74 400</b>	<b>48 865</b>	<b>750 769</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total Médecins spécialistes</b>	<b>704</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 887 070</b>	<b>93 703</b>	<b>39 645</b>	<b>2 020 418</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2010 Médecins</b>	<b>1 047</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 514 574</b>	<b>168 103</b>	<b>88 510</b>	<b>2 771 187</b>	<b>100,0%</b>

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	%	Indus	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				
<b>Total Médecins généralistes</b>	<b>593</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 756 626</b>	<b>0</b>	<b>41 903</b>	<b>1 798 529</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total Médecins spécialistes</b>	<b>1 158</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 039 829</b>	<b>322 129</b>	<b>26 724</b>	<b>2 388 682</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2009 Médecins</b>	<b>1 751</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 796 455</b>	<b>322 129</b>	<b>68 627</b>	<b>4 187 211</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008 Médecins</b>	<b>2 378</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 525 042</b>	<b>57 992</b>	<b>24 825</b>	<b>3 607 859</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,3%	1 258	0			
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	45	7,3%	54 196	0			
Fraudes utilisant les facturations	145	23,5%	129 723	3 795			
Autres fraudes	425	68,9%	302 087	121 900			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>617</b>	<b>100,0%</b>	<b>487 264</b>	<b>125 695</b>	<b>13 085</b>	<b>626 044</b>	<b>100,0%</b>

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			
<b>TOTAL 2009</b>	<b>603</b>	<b>100,0%</b>	<b>669 062</b>	<b>25 931</b>	<b>8 546</b>	<b>703 539</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>784</b>	<b>100,0%</b>	<b>645 215</b>	<b>30 000</b>	<b>0</b>	<b>675 215</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1		80	0			
Fraudes utilisant les facturations	160		352 684	105 409			
Autres fraudes	47		52 000	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>208</b>		<b>404 764</b>	<b>105 409</b>	<b>8 342</b>	<b>518 515</b>	<b>100,0%</b>

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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>93</b>		<b>129 347</b>	<b>10 828</b>	<b>0</b>	<b>140 175</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>	<b>269 690</b>	<b>17 000</b>	<b>6 546</b>	<b>293 236</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	354	94,1%	884 128	8 858			
Autres fraudes	22	5,9%	72 812	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>	<b>956 940</b>	<b>8 858</b>	<b>42 912</b>	<b>1 008 710</b>	<b>100,0%</b>

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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>359</b>	<b>100,0%</b>	<b>672 443</b>	<b>25 000</b>	<b>34 169</b>	<b>731 612</b>	<b>100,0%</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>491</b>	<b>100,0%</b>	<b>825 992</b>	<b>166 415</b>	<b>9 625</b>	<b>1 002 032</b>	<b>100,0%</b>
-------------------	------------	---------------	----------------	----------------	--------------	------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	12	1,0%	14 703	0			
Fraudes utilisant les facturations	1 051	88,7%	895 872	42 714			
Non respect des règles de prise en charge	70	5,9%	8 646	0			
Autres fraudes	52	4,4%	210 673	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>1 185</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 129 894</b>	<b>42 714</b>	<b>116 462</b>	<b>1 289 070</b>	<b>100,0%</b>

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			
<b>TOTAL 2009</b>	<b>758</b>	<b>100,0%</b>	<b>738 499</b>	<b>193 169</b>	<b>20 075</b>	<b>951 743</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>2 192</b>	<b>100,0%</b>	<b>985 301</b>	<b>59 000</b>	<b>7 001</b>	<b>1 051 302</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	6		876	0			
Autres fraudes	1		383	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>7</b>		<b>1 259</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 259</b>	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		9 882				
Autres fraudes	18		4 277				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>30</b>		<b>14 159</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14 159</b>	100,0%
<b>TOTAL 2008</b>	<b>38</b>		<b>5 288</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5 288</b>	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,1%	17 577	0			
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	28	1,0%	386 990	25 656			
Fraudes utilisant les facturations	2 570	88,0%	4 062 221	58 392			
Non respect des règles de prise en charge	215	7,4%	108 477	0			
Autres fraudes	105	3,6%	429 995	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>2 920</b>	<b>100,0%</b>	<b>5 005 260</b>	<b>84 048</b>	<b>294 042</b>	<b>5 383 350</b>	<b>100,0%</b>

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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>1 637</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 507 375</b>	<b>153 172</b>	<b>78 742</b>	<b>3 739 289</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>1 909</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 168 320</b>	<b>171 000</b>	<b>27 181</b>	<b>2 366 501</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur <b>Autres paramédicaux</b>							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Inclus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	84		91 380	100 000			
Autres fraudes	6		1 566	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>	<b>92 946</b>	<b>100 000</b>	<b>6 958</b>	<b>199 904</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur <b>Autres paramédicaux</b>							
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	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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>	<b>143 350</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>143 350</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>184</b>	<b>100,0%</b>	<b>42 917</b>	<b>0</b>	<b>2 147</b>	<b>45 064</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes utilisant les facturations	203	20,8%	1 604 196	0			
Non respect des règles de prise en charge	541	55,5%	3 391 142	80 989			
Autres fraudes	231	23,7%	1 900 386	200 000			
<b>Total Etablissements privés</b>	<b>975</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 895 724</b>	<b>280 989</b>	<b>0</b>	<b>7 176 713</b>	<b>100,0%</b>
Fraudes utilisant les facturations	1	0,2%	0	27 719			
Non respect des règles de prise en charge	234	42,5%	814 072	72 489			
Autres fraudes	315	57,3%	2 057 922	0			
<b>Total Etablissements publics</b>	<b>550</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 871 994</b>	<b>100 208</b>	<b>0</b>	<b>2 972 202</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2010 Etablissements</b>	<b>1 525</b>	<b>100,0%</b>	<b>9 767 718</b>	<b>381 197</b>	<b>2 959</b>	<b>10 151 874</b>	<b>100,0%</b>

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			
<b>Total Etablissements privés</b>	<b>616</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 651 033</b>	<b>804 277</b>	<b>0</b>	<b>4 455 310</b>	<b>100,0%</b>
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				
<b>Total Etablissements publics</b>	<b>545</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 314 771</b>	<b>418 898</b>	<b>0</b>	<b>3 733 669</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2009 Etablissements</b>	<b>1 161</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 965 804</b>	<b>1 223 175</b>	<b>0</b>	<b>8 188 979</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008 Etablissements</b>	<b>525</b>	<b>100,0%</b>	<b>5 528 192</b>	<b>2 028 649</b>	<b>1 500</b>	<b>7 558 341</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	25	3,9%	40 729	0			
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	89	14,0%	619 012	83 607			
Fraudes utilisant les facturations	473	74,3%	1 993 806	516 637			
Autres fraudes	50	7,8%	53 126	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>637</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 706 673</b>	<b>600 244</b>	<b>114 161</b>	<b>3 421 078</b>	<b>100,0%</b>

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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>724</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 974 700</b>	<b>590 448</b>	<b>12 260</b>	<b>4 577 408</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>476</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 665 881</b>	<b>191 732</b>	<b>0</b>	<b>1 857 613</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	44	15,2%	190 828	102 759			
Fraudes utilisant les facturations	60	20,7%	331 405	32 771			
Non respect des règles de prise en charge	122	42,1%	277 688	0			
Autres fraudes	64	22,1%	288 488	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>290</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 088 409</b>	<b>135 530</b>	<b>6 432</b>	<b>1 230 371</b>	<b>100,0%</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> 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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>	<b>852 606</b>	<b>80 567</b>	<b>0</b>	<b>933 173</b>	<b>100,0%</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>	<b>573 208</b>	<b>955 339</b>	<b>0</b>	<b>1 528 547</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2010</b> et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur <b>Assuré</b>							
Intitulé de la fraude	Fraudes ayant donné lieu à action en 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Inclus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Fraudes à l'identité	546	10,3%	132 430				
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	127	2,4%	78 761				
Fraude à l'AME	20	0,4%	20 009				
Fausse déclaration CMU de base	172	3,2%	190 307				
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	11,1%	375 922				
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 811	34,2%	1 244 633				
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	686	13,0%	3 390 400	3 375			
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	50	0,9%	95 248				
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	287	5,4%	120 213	2 872			
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	57	1,1%	45 889				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	160	3,0%	39 817				
Aytre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	309	5,8%	195 831	3 453			
Fraudes utilisant les facturations	6	0,1%	1 052				
Fraudes soins à l'étranger	46	0,9%	6 669				
Trafic de médicament	35	0,7%	36 128				
Nomadisme et surconsommation	231	4,4%	98 948				
Autres fraudes	165	3,1%	82 402	5 963			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>5 296</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 154 659</b>	<b>15 663</b>	<b>568 444</b>	<b>6 738 766</b>	<b>100,0%</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en <b>2009</b> et montants notifiés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année							
Acteur <b>Assuré</b>							
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	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	287	5,2%	47 278				
Autres fraudes	337	6,2%	320 771				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>5 476</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 508 393</b>	<b>31 905</b>	<b>380 515</b>	<b>6 920 813</b>	<b>100,0%</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>5 286</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 783 239</b>	<b>57 737</b>	<b>442 259</b>	<b>7 283 235</b>	<b>100,0%</b>
-------------------	--------------	---------------	------------------	---------------	----------------	------------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	66		0				
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	1		3 091	0			
Autres fraudes	7		16 659	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>74</b>		<b>19 750</b>	<b>0</b>	<b>22 998</b>	<b>42 748</b>	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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>61</b>		<b>13 203</b>	<b>0</b>	<b>8 691</b>	<b>21 894</b>	100,0%

<b>TOTAL 2008</b>	<b>32</b>		<b>59 066</b>	<b>0</b>	<b>27 559</b>	<b>86 625</b>	100,0%
-------------------	-----------	--	---------------	----------	---------------	---------------	--------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	10		8 578				
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	19		1 600	0			
Trafic de médicament	1		0	0			
Autres fraudes	3		0	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>33</b>		<b>10 178</b>	<b>0</b>		<b>10 178</b>	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						
<b>TOTAL 2009</b>	<b>7</b>		<b>7 326</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7 326</b>	100,0%

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action en **2010** 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 2010		Montants notifiés en 2010 en €				
	Nombre	%	Indus	Transactions	Pénalités	TOTAL	%
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	3		0				
Fraude interne	1		1 462	0			
<b>TOTAL 2010</b>	<b>4</b>		<b>1 462</b>	<b>0</b>		<b>1 462</b>	<b>100,0%</b>

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				
<b>TOTAL 2009</b>	<b>3</b>		<b>515</b>	<b>0</b>		<b>515</b>	<b>100%</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>7</b>		<b>21 062</b>	<b>447</b>	<b>0</b>	<b>21 509</b>	<b>100,0%</b>
-------------------	----------	--	---------------	------------	----------	---------------	---------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2010</b> 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 Inlus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes à l'identité	178	0,9%	85 834		85 834
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	43	0,2%	11 302		11 302
Fraude à l'AME	28	0,1%	5 721		5 721
Fausse déclaration CMU de base	220	1,1%	73 837		73 837
Fausse déclaration CMU complémentaire	557	2,9%	107 292		107 292
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	2 662	13,8%	1 350 186		1 350 186
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	6 148	31,8%	1 452 309		1 452 309
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	72	0,4%	69 805		69 805
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	393	2,0%	169 152		169 152
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	43	0,2%	9 285		9 285
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	305	1,6%	307 609		307 609
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	501	2,6%	371 084		371 084
Fraudes utilisant les facturations	5 413	28,0%	7 256 926		7 256 926
Fraudes soins à l'étranger	78	0,4%	23 801		23 801
Non respect des règles de prise en charge	934	4,8%	3 134 783		3 134 783
Trafic de médicament	15	0,1%	19 927		19 927
Abus	19	0,1%	23 118		23 118
Nomadisme et surconsommation	98	0,5%	22 279		22 279
Fraude interne	7	0,0%	3 150		3 150
Autres fraudes	1 591	8,2%	3 739 511		3 739 511
<b>TOTAL 2010</b>	<b>19 305*</b>	<b>100,0%</b>	<b>18 236 911</b>	<b>430 509</b>	<b>18 667 420</b>

\* dont 6 486 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2009</b> 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 Inlus, 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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>15 856</b>	<b>100,0%</b>	<b>16 820 029</b>	<b>190 083</b>	<b>17 010 112</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>13 848</b>		<b>13 425 467</b>	<b>135 254</b>	<b>13 560 721</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2010</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur <b>Médecin généraliste</b>					
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	0,2%	1 208		1 208
Fraudes utilisant les facturations	491	83,1%	709 545		709 545
Abus	18	3,0%	23 031		23 031
Autres fraudes	81	13,7%	106 152		106 152
<b>Total Médecins généralistes</b>	<b>591*</b>	<b>100,0%</b>	<b>839 936</b>	<b>38 256</b>	<b>878 192</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2010</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur <b>Médecin spécialiste</b>					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	571	94,9%	1 061 577		1 061 577
Abus	1	0,2%	87		87
Autres fraudes	30	5,0%	37 735		37 735
<b>Total Médecins spécialistes</b>	<b>602*</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 099 399</b>	<b>10 903</b>	<b>1 110 302</b>
<b>TOTAL 2010 Médecins</b>	<b>1 193*</b>		<b>1 939 335</b>	<b>49 159</b>	<b>1 988 494</b>
* dont 969 récupérations globales					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2009</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur <b>Médecin généraliste</b>					
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	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
<b>Total Médecins généralistes</b>	<b>1 388</b>	<b>100,0%</b>	<b>674 557</b>	<b>11 969</b>	<b>686 526</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2009</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année					
Acteur <b>Médecin spécialiste</b>					
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		40
Autres fraudes	65	6,2%	160 336		160 336
<b>Total Médecins spécialistes</b>	<b>1 041</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 131 553</b>	<b>11 850</b>	<b>1 143 403</b>
<b>TOTAL 2009 Médecins</b>	<b>2 429</b>		<b>1 806 110</b>	<b>23 819</b>	<b>1 829 929</b>
<b>TOTAL 2008 Médecins</b>	<b>1 544</b>		<b>1 750 533</b>	<b>29 832</b>	<b>1 780 365</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2010</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur <b>Pharmacien</b>					
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	0,2%	382		382
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	21	4,5%	58 895		58 895
Fraudes utilisant les facturations	141	30,3%	516 846		516 846
Autres fraudes	302	64,9%	243 324		243 324
<b>TOTAL 2010</b>	<b>465*</b>	<b>100,0%</b>	<b>819 447</b>	<b>11 385</b>	<b>830 832</b>
<i>* dont 393 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2009</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur <b>Pharmacien</b>					
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	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>335</b>	<b>100,0%</b>	<b>471 981</b>	<b>0</b>	<b>471 981</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>454</b>		<b>886 208</b>	<b>5 500</b>	<b>891 708</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2010** 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	100		253 832		253 832
Autres fraudes	22		9 666		9 666
<b>TOTAL 2010</b>	<b>122*</b>	<b>100,0%</b>	<b>263 498</b>	<b>0</b>	<b>263 498</b>

\* dont 100 récupérations globales

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 fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	118		107 191		107 191
Autres fraudes	28		12 255		12 255
<b>TOTAL 2009</b>	<b>146</b>	<b>100,0%</b>	<b>119 446</b>	<b>0</b>	<b>119 446</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>116</b>		<b>106 903</b>	<b>6 546</b>	<b>113 449</b>
-------------------	------------	--	----------------	--------------	----------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2010** 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	198	61,3%	518 701		518 701
Autres fraudes	125	38,7%	42 200		42 200
<b>TOTAL 2010</b>	<b>323*</b>	<b>100,0%</b>	<b>560 901</b>	<b>24 716</b>	<b>585 617</b>

\* dont 245 récupérations globales

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 fraudes 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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>494</b>	<b>100,0%</b>	<b>466 811</b>	<b>14 429</b>	<b>481 240</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>267</b>		<b>452 049</b>	<b>8 625</b>	<b>460 674</b>





Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2010</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur <b>Infirmier</b>					
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	87	4,0%	47 503		47 503
Fraudes utilisant les facturations	1 926	87,5%	1 971 421		1 971 421
Non respect des règles de prise en charge	151	6,9%	49 868		49 868
Autres fraudes	36	1,6%	63 193		63 193
<b>TOTAL 2010</b>	<b>2 200*</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 131 985</b>	<b>123 017</b>	<b>2 255 002</b>
<i>* dont 1 403 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2009</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur <b>Infirmier</b>					
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	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>2 009</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 577 101</b>	<b>20 330</b>	<b>1 597 431</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>1307</b>		<b>1 020 128</b>	<b>12 978</b>	<b>1 033 106</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2010</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur <b>Autres paramédicaux</b>					
Intitulé de la fraude	Nb de récupérations concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	50		43 586		43 586
Autres fraudes	6		1 109		1 109
<b>TOTAL 2010</b>	<b>56*</b>	<b>100,0%</b>	<b>44 695</b>	<b>5 800</b>	<b>50 495</b>
<i>* dont 46 récupérations globales</i>					
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en <b>2009</b> et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année - Acteur <b>Autres paramédicaux</b>					
Intitulé de la fraude	Nb de fraudes concernées	%	Montant Indus, Transactions / DI récupéré	Montant pénalités récupéré	Montant total récupéré
Fraudes utilisant les facturations	270		71 481		71 481
Autres fraudes	9		5 467		5 467
<b>TOTAL 2009</b>	<b>279</b>	<b>100%</b>	<b>76 948</b>	<b>0</b>	<b>76 948</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>108</b>		<b>68 203</b>	<b>2 021</b>	<b>70 224</b>









Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2010** 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	51		114 668		114 668
Autres fraudes	15		1 334		1 334
<b>TOTAL 2010</b>	<b>66*</b>	<b>100,0%</b>	<b>116 002</b>	<b>2 472</b>	<b>118 474</b>

\* dont 37 récupérations globales

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 fraudes 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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>30 669</b>	<b>5 303</b>	<b>35 972</b>

<b>TOTAL 2008</b>	<b>16</b>		<b>14679</b>	<b>125</b>	<b>14804</b>
-------------------	-----------	--	--------------	------------	--------------

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2010** et du montant des indus récupérés par le régime général de l'Assurance Maladie au cours de la même année -

**Bande organisée**

<b>Intitulé de la fraude</b>	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	2		39		39
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	1		300		300
Autres fraudes	2		32 000		32 000
<b>TOTAL 2010</b>	<b>5*</b>		<b>32 339</b>		<b>32 339</b>

\* dont 0 récupérations globales

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à récupération en **2010** 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
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	20		19 585		19 585
Fraude interne	7		3 150		3 150
Autres fraudes	1		200		200
<b>TOTAL 2010</b>	<b>28*</b>		<b>22 935</b>	<b>960</b>	<b>23 895</b>

\* dont 6 récupérations globales

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 fraudes 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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>26</b>		<b>49 086</b>	<b>0</b>	<b>49 086</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>31</b>		<b>126 035</b>	<b>0</b>	<b>126 035</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - 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 lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	1	0,3%						1				1
Fraudes utilisant les facturations	251	73,2%	19	2	2		14	51			5	211
Abus	34	9,9%	2					23				8
Autres fraudes	57	16,6%	12		1	4	9	11				36
<b>TOTAL Médecins généralistes</b>	<b>343</b>	<b>100,0%</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>86</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>256</b>
Fraudes utilisant les facturations	645	91,6%	9	1			11	84			3	636
Abus	7	1,0%	1	1				4				2
Autres fraudes	52	7,4%	5				4	3				44
<b>TOTAL Médecins spécialistes</b>	<b>704</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>91</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>682</b>
<b>TOTAL 2010 Médecins</b>	<b>1 047</b>	<b>100,0%</b>	<b>48</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>38</b>	<b>177</b>	<b>73</b>	<b>58</b>	<b>8</b>	<b>938</b>
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 lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL Médecins généralistes</b>	<b>593</b>	<b>100,0%</b>	<b>34</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>304</b>	<b>158</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>433</b>
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
<b>TOTAL Médecins spécialistes</b>	<b>1158</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>342</b>	<b>125</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>1157</b>
<b>TOTAL 2009 Médecins</b>	<b>1751</b>	<b>100,0%</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>53</b>	<b>646</b>	<b>283</b>	<b>73</b>	<b>4</b>	<b>1590</b>
<b>TOTAL 2008 Médecins</b>	<b>2 378</b>	<b>100,0%</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>411</b>	<b>126</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>2 210</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Pharmacien</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,3%	1									1
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	45	7,3%	5				1	11				36
Fraudes utilisant les facturations	145	23,5%	6	2			2	41			1	133
Autres fraudes	425	68,9%	4				4	85			2	401
<b>TOTAL 2010</b>	<b>617</b>	<b>100,0%</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>137</b>	<b>49</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>571</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Pharmacien</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>603</b>	<b>100,0%</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>115</b>	<b>51</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>650</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>784</b>	<b>100,0%</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>251</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>656</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Laboratoire</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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	0	0	0	0	0			0	1
Fraudes utilisant les facturations	160		1	1	0	0	3	33			3	153
Autres fraudes	47		0	0	0	0	0	55			0	75
<b>TOTAL 2010</b>	<b>208</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>88</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>229</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Laboratoire</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>93</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>116</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>98</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>213</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>209</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Chirurgien Dentiste</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	354		15	3		2	46	78			2	307
Autres fraudes	22		2			1	1	6				17
<b>TOTAL 2010</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>47</b>	<b>84</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>324</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Chirurgien Dentiste</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	339		12				64	210			1	250
Autres fraudes	20		1	1		2	5	2				9
<b>TOTAL 2009</b>	<b>359</b>	<b>100,0%</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>69</b>	<b>212</b>	<b>35</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>259</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>491</b>		<b>13</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>48</b>	<b>86</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>428</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - 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 lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	6											7
Autres fraudes	1											1
<b>TOTAL 2010</b>	<b>7</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
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 lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	12						1	18				10
Autres fraudes	18							15				5
<b>TOTAL 2009</b>	<b>30</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>38</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>37</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Masseur Kinésithérapeute</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	12	1,0%	2	1				1				9
Fraudes utilisant les facturations	1 051	88,7%	14	3			10	344			4	1 031
Non respect des règles de prise en charge	70	5,9%						3				68
Autres fraudes	52	4,4%	1					16				52
<b>TOTAL 2010</b>	<b>1 185</b>	<b>100,0%</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>364</b>	<b>90</b>	<b>79</b>	<b>4</b>	<b>1 160</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Masseur Kinésithérapeute</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	17	2,2%	3				1	13				14
Fraudes utilisant les facturations	676	89,2%	14		1	1	15	528			3	766
Non respect des règles de prise en charge	21	2,8%										22
Autres fraudes	44	5,8%	4					41			1	67
<b>TOTAL 2009</b>	<b>758</b>	<b>100,0%</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>582</b>	<b>168</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>869</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>2 192</b>	<b>100,0%</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>151</b>	<b>71</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2 229</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Infirmier</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	2	0,1%	1				1	1				2
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	28	1,0%	5	1			1	4			5	19
Fraudes utilisant les facturations	2 570	88,0%	57	5		8	19	671			5	2 488
Non respect des règles de prise en charge	215	7,4%						40				215
Autres fraudes	105	3,6%	2	2	2			15				99
<b>TOTAL 2010</b>	<b>2 920</b>	<b>100,0%</b>	<b>65</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>731</b>	<b>286</b>	<b>156</b>	<b>10</b>	<b>2 823</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Infirmier</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>1 637</b>	<b>100,0%</b>	<b>81</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>673</b>	<b>226</b>	<b>43</b>	<b>10</b>	<b>1 761</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>1 909</b>	<b>100,0%</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>426</b>	<b>121</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>1 922</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - <b>Autres paramédicaux</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	84		2	0	0	1	1	25			1	81
Autres fraudes	6		1	0	0	0	0	0			0	5
<b>TOTAL 2010</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>86</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - <b>Autres paramédicaux</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>125</b>	<b>100,0%</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>81</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>105</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>184</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>180</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Etablissement de santé</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes utilisant les facturations	1	0,2%						1			1	
Non respect des règles de prise en charge	234	42,5%						151			3	264
Autres fraudes	315	57,3%	1					58				315
<b>TOTAL Etablissements publics</b>	<b>550</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>210</b>			<b>4</b>	<b>579</b>
Fraudes utilisant les facturations	203	20,8%	1					43				203
Non respect des règles de prise en charge	541	55,5%	7		1			360			4	547
Autres fraudes	231	23,7%			14			54			1	212
<b>TOTAL Etablissements privés</b>	<b>975</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>15</b>			<b>457</b>			<b>5</b>	<b>962</b>
<b>TOTAL 2010 Etablissements</b>	<b>1 525</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>		<b>667</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1 541</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Etablissement de santé</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL Etablissements publics</b>	<b>545</b>	<b>100,0%</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>105</b>			<b>1</b>	<b>556</b>
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
<b>TOTAL Etablissements privés</b>	<b>616</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>			<b>183</b>			<b>4</b>	<b>642</b>
<b>TOTAL 2009 Etablissements</b>	<b>1 161</b>		<b>12</b>	<b>1</b>	<b>0</b>			<b>288</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1 198</b>
<b>TOTAL 2008 Etablissements</b>	<b>525</b>		<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>58</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>523</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Transporteur</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	25	3,9%	5	1		1		13				16
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	89	14,0%	24	7	1	19		9			2	58
Fraudes utilisant les facturations	473	74,3%	39	3		24		78			22	405
Autres fraudes	50	7,8%	2	2				7				47
<b>TOTAL 2010</b>	<b>637</b>	<b>100,0%</b>	<b>70</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>44</b>		<b>107</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>526</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Transporteur</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>724</b>	<b>100,0%</b>	<b>96</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>25</b>		<b>146</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>591</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>476</b>	<b>100,0%</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>31</b>		<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>442</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - 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 lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	44	15,2%	2					6			8	32
Fraudes utilisant les facturations	60	20,7%	5	4				13			3	49
Non respect des règles de prise en charge	122	42,1%	2	1				46				119
Autres fraudes	64	22,1%						19				62
<b>TOTAL 2010</b>	<b>290</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>0</b>			<b>84</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>262</b>
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 lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>	<b>38</b>	<b>3</b>	<b>1</b>			<b>64</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>197</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>2</b>			<b>53</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>271</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur Assuré											
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb Art 315-2 CSS	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Fraudes à l'identité	546	10,3%	104	217		179		100			80
Fraudes utilisant la carte Vitale ou les attestations de droits	127	2,4%	29	8		51		41			43
Fraude à l'AME	20	0,4%	6		1	9		11			9
Fausse déclaration CMU de base	172	3,2%	18	11	2	92		65			85
Fausse déclaration CMU complémentaire	588	11,1%	98	35	1	293		150			262
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1 811	34,2%	130	82	26	0		3			510
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de pension d'invalidité	686	13,0%	41	39		178		185		1	565
Faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de rentes AT	50	0,9%	9	2		1		18			41
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives au médicament	287	5,4%	147	22	1	51		124		1	93
Faux et/ou falsifications de pièces originales relatives aux dispositifs médicaux	57	1,1%	11	1		21		44			17
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	160	3,0%	6	4	5	112		67			59
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	309	5,8%	3	1		23		32		2	428
Fraudes utilisant les facturations	6	0,1%	2			2		6			14
Fraudes soins à l'étranger	46	0,9%	10	11		12		28			12
Trafic de médicament	35	0,7%	22	6		1		18			3
Nomadisme et surconsommation	231	4,4%	47	31		15		63			63
Autres fraudes	165	3,1%	9	11	1	43		61		1	174
<b>TOTAL 2010</b>	<b>5 296</b>	<b>100,0%</b>	<b>692</b>	<b>481</b>	<b>37</b>	<b>1 083</b>	<b>708</b>	<b>1 016</b>	<b>634</b>	<b>5</b>	<b>2 458</b>

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 lettres	Nb lettres avertissement	Nb Art 315-2 CSS	Nb pénalités notifiées	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	1 371	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>5 476</b>	<b>100,0%</b>	<b>862</b>	<b>603</b>	<b>147</b>	<b>1 335</b>	<b>1 573</b>	<b>216</b>	<b>271</b>	<b>43</b>	<b>2 458</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>5 286</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 050</b>	<b>583</b>	<b>55</b>	<b>2 267</b>	<b>1 845</b>	<b>193</b>	<b>318</b>	<b>17</b>	<b>1 970</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Employeur</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	66		4	2								
Autre fraude relative à une fausse déclaration ou une absence de déclaration	1			1								1
Autres fraudes	7		2	1				13				4
<b>TOTAL 2010</b>	<b>74</b>		<b>6</b>	<b>4</b>	<b>0</b>			<b>13</b>	<b>26</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Employeur</b>												
Intitulé de la fraude	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>61</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>			<b>8</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>TOTAL 2008</b>	<b>32</b>		<b>8</b>	<b>2</b>	<b>0</b>			<b>8</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>19</b>

**Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur **Bande organisée****

<b>Intitulé de la fraude</b>	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	10		4									2
Autres faux et/ou falsifications de pièces originales en vue de prestations en nature	19		11		1							2
Trafic de médicament	1		1									
Autres fraudes	3		1	1								
<b>TOTAL 2010</b>	<b>33</b>		<b>17</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

**Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - **Bande organisée****

<b>Intitulé de la fraude</b>	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	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									
<b>TOTAL 2009</b>	<b>7</b>		<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2010 - France entière - Acteur <b>Fraude interne</b>												
	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
<b>Intitulé de la fraude</b>												
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	3		1									
Fraude interne	1											8
<b>TOTAL 2010</b>	<b>4</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action, nature et nombre des actions engagées en 2009 - France entière - Acteur <b>Fraude interne</b>												
	Nb fraudes	%	Nb dépôts plainte pénale	Nb signal. Parquet	Nb procédures civiles	Nb procédures conv	Nb saisines ordinales	Nb lettres	Nb lettres avertissement	Nb pénalités notifiées	Nb transactions signées	Nb indus notifiés
<b>Intitulé de la fraude</b>												
Faux et/ou falsifications de pièces originales concernant les indemnités journalières	1		1									
Fraude interne	3		2									1
<b>TOTAL 2009</b>	<b>4</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

## **ANNEXE 2**

### **Exemples de fraudes détectées par le régime général de l'Assurance Maladie**

#### **Année 2010**

Les exemples présentés ci-après concernent une vingtaine d'affaires : certaines ont vu leurs débouchés en sanctions advenir en 2010 ; les autres portent sur des affaires pour lesquelles une saisine d'instances juridictionnelles a été déposée par les caisses en 2010.

Les personnes concernées par ces affaires sont les suivantes :

#### ***Les professionnels de santé***

##### **Médecin :**

Facturation par un médecin d'actes non réalisés (2)

Faux et usage de faux chez un médecin avec la complicité de fournisseurs

##### **Chirurgien-dentiste :**

Facturation par un chirurgien-dentiste d'actes non réalisés

##### **Infirmière :**

Facturation par une infirmière d'actes non réalisés (2)

##### **Transporteur sanitaire :**

Vol de documents, faux, usage de faux et escroquerie par un transporteur sanitaire

#### ***Les établissements***

Manquement aux règles de codage dans un établissement

Manquement aux règles de facturation dans un établissement

#### ***Les assurés***

Cumul Indemnités journalières et activité rémunérée

Fraudes aux indemnités journalières par production de faux bulletins de salaire (2)

Facturation de frais de transport en voiture particulière, au profit d'une assurée

Consommation excessive de médicaments avec usage détourné

Consommation excessive de médicaments avec usage détourné, avec la complicité d'un médecin

Autres exemples de fraude ayant entraîné la notification d'une pénalité financière (3)

#### ***La fraude en bande organisée***

## **Exemples de fraudes concernant des professionnels de santé**

---

## Facturation par un médecin d'actes non réalisés

**Région :**

Centre

**Acteur :**

Médecin

**Prestation/Droit :**

Actes

**Grief :**

Facturation par un médecin d'actes non réalisés

**Mode opératoire :**

Obtention par un médecin de la prise en charge par l'Assurance Maladie d'actes fictifs. Huit assurés sociaux ont confirmé, par leur témoignage, ces faits.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Dans le cadre du plan national de contrôle des professionnels de santé ayant certains indicateurs d'activité aberrants, une caisse primaire d'assurance maladie avait repéré un médecin dont l'activité se caractérisait par des valeurs aberrantes en ce qui concerne notamment le nombre d'actes facturés à l'Assurance Maladie. Le volume d'actes de ce praticien était plus de 2 fois supérieur à la moyenne régionale (10 845 actes remboursés pour une moyenne de 4 229 actes remboursés en région).

Un contrôle de l'activité professionnelle de ce médecin par la caisse sur l'ensemble de l'année 2007 a permis de mettre en évidence une activité aberrante :

- 4,3 consultations par patient (versus 2,7 en région),
- 20% des journées travaillées avec 50 actes et plus,
- 49% de patients exonérés de ticket modérateur (ALD...),
- 38% de patients relevant de la CMUC.

Au cours du seul premier semestre 2007, la caisse a également constaté :

- Une activité en tiers payant représentant 70,4% de celle-ci (versus 26% en région).
- Des facturations systématiques pour plusieurs bénéficiaires de la même famille.
- 251 couples de consultations effectuées à moins de 3 jours d'intervalle pour un même patient.

Le Service du contrôle médical, de son côté, a mis en évidence, à partir de l'examen de 155 dossiers, des actes facturés non réalisés (15 dossiers), des doubles facturations (3 dossiers), des anomalies de cotation (68 dossiers), des majorations de nuit ou de déplacement injustifiées (28 dossiers), des abus d'actes (19 dossiers).

Par ailleurs la prise en charge médicale de certains patients n'était pas conforme aux référentiels médicaux :

- Prescriptions d'hypnotiques non conformes aux données acquises de la science (26 dossiers).
- Suivis biologiques absents ou insuffisants des diabétiques (27 dossiers).
- Prescriptions non conformes à l'Autorisation de mise sur le marché (12 dossiers).
- Non respect de l'ordonnancier bizone (29 dossiers).

**Montant du préjudice :**

Le préjudice a été chiffré par la CPAM à près de 400 000 euros sur une période de 3 ans d'avril 2007 à mars 2010.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

- Dépôt d'une saisine de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins en février 2010 par le Service du contrôle médical pour abus d'actes et prise en charge médicale de patients non conforme aux référentiels médicaux.

- Dépôt d'une plainte pénale par la caisse en avril 2010 pour :

- Fraude et fausse déclaration afin d'obtenir des prestations sociales au titre de l'article L.114-13 du Code de la sécurité sociale (CSS).
- Escroquerie ; faux et usage de faux au titre des articles 313-1, 441-1 et Art.441-7 du CSS.
- Non respect de la nomenclature des actes professionnels en matière de définition de la consultation.

**Nature de la sanction :**

En avril 2011, une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux durant une période de 3 mois dont 1 mois avec sursis a été prononcée à l'encontre de ce médecin par la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins.

Concernant la plainte pénale, la phase d'instruction et d'enquête par la police judiciaire est en cours.

## **Facturation par un médecin d'actes non réalisés**

### **Région :**

Centre

### **Acteur :**

Médecin

### **Prestation/Droit :**

Actes

### **Grief :**

Facturation par un médecin d'actes non réalisés.

### **Mode opératoire :**

L'analyse de l'activité de ce médecin a permis à une Caisse primaire d'assurance maladie de constater une activité atypique par rapport à la moyenne régionale des médecins tant en volume global qu'en volume par patient notamment sur les visites et les différentes majorations :

- Soins facturés les jeudis, jour de fermeture du cabinet.
- Facturation de 432 majorations d'actes alors que la moyenne régionale était de 11, soit une quantité d'actes majorés près de 40 fois supérieure à la moyenne régionale.
- Réalisation de 1 665 visites, correspondant à une moyenne de 1,26 visite par patient, pour une moyenne régionale de 487 visites par an (soit une moyenne de 0,3 visite par patient). Le nombre de ses visites représentait 29,4% de l'ensemble de ses consultations et visites alors que la moyenne régionale est de 9,6%.
- Non respect de l'engagement conventionnel d'offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux. Le médecin n'a télétransmis aucune feuille de soins électronique d'août à décembre 2007 et de mai à août 2008.
- Actes de soins répétitifs au cours d'une même semaine ou d'un même mois.

### **Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Signalements, entre juillet et octobre 2007, émanant de patients, alertant une caisse sur des actes erronés ou fictifs d'un médecin et sur son refus d'utilisation de la carte vitale.

### **Montant du préjudice :**

Le préjudice global s'élève à environ 130 000 euros pour 3 organismes de sécurité sociale pour la période du 1er janvier 2007 au 12 septembre 2008.

### **Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse en octobre 2008

### **Nature de la sanction :**

Le tribunal Correctionnel a condamné ce médecin pour escroquerie en juillet 2010 à une peine de 10 mois de prison avec sursis et le remboursement de 130 000 euros aux caisses de sécurité sociale. Le Parquet a interjeté appel du fait de l'absence de peine d'amende.

## Faux et usage de faux chez un médecin avec la complicité de fournisseurs

**Région :**

Est

**Acteur :**

Médecin

**Prestation/Droit :**

Actes

**Grief :**

Faux et usage de faux chez un médecin avec la complicité de fournisseurs

**Mode opératoire :**

Rédaction par des fournisseurs d'optique de prescriptions médicales vierges que le médecin avait préalablement signées et qu'il leur avait remises. Le médecin, qui ne voyait pas les patients, facturait néanmoins des consultations que les assurés réglèrent directement aux fournisseurs.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Signalement, en 2009, par des assurés à une caisse primaire d'assurance maladie du comportement anormal d'un médecin et de deux fournisseurs d'optique.

Une analyse exhaustive de l'activité de ces personnes a mis en évidence un compérage entre un médecin et des fournisseurs d'optique (le père et le fils) dont le début remontait à 2006. Une collaboration avait été engagée également avec les services de police pour déterminer l'ampleur de la fraude.

**Montant du préjudice :**

Le montant total du préjudice s'élève à plus de 15 000 euros.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse.

**Nature de la sanction :**

En juillet 2010, le tribunal de grande instance a condamné :

➤ Sur l'action publique, après appel :

- Le médecin pour faux (altération frauduleuse de la vérité dans un écrit), usage de faux en écriture, à 1 an d'emprisonnement avec sursis, une amende délictuelle de 15 000 euros et une interdiction d'exercer l'activité de médecine libérale pendant 8 mois.
- Les opticiens pour complicité de faux (altération frauduleuse de la vérité dans un écrit), complicité d'usage de faux en écriture, à 1 an d'emprisonnement avec sursis, une amende délictuelle de 25 000 euros, pour le premier fournisseur et 10 000 euros pour le second, et une interdiction d'exercer la profession d'opticien pendant 6 mois.

➤ Sur l'action civile au versement à la caisse de la somme de plus de 15 000 euros, de 300 euros au titre de dommages et intérêts et 1 500 euros au titre d'article L.475-1 du code pénal. Décision ramenée à 1 500 euros après appel, le préjudice, certes reconnu, n'ayant pas donné lieu à un remboursement à la caisse.

## Facturation par un chirurgien-dentiste d'actes non réalisés

### Région :

Ouest

### Acteur :

Chirurgien-dentiste

### Prestation/Droit :

Actes

### Griefs :

- Facturation d'actes non réalisés.
- Usage détourné des libellés de la nomenclature générale des actes professionnels.
- Méconnaissance des obligations déontologiques liées à la qualité des soins.

### Mode opératoire :

Une analyse de l'activité d'un chirurgien-dentiste portant sur 1 222 actes, concernant 67 de ces patients et réalisés entre avril 2007 et juillet 2008 a mis en évidence 466 actes, soit 38% d'entre eux, présentant au moins une anomalie :

#### *Anomalies de facturation : 371 cas*

- Cotation d'actes non exécutés : 80 cas.
- Incapacité à présenter les images des radiovisiographies facturées : 111 cas.
- Détournement des libellés de la nomenclature générale des actes professionnels : 44 cas.
- Fausses mentions pour contourner les conditions de facturation en radiodiagnostic : 6 cas.
- Facturations d'actes par anticipation : 26 cas.
- Surcotations de soins chirurgicaux, conservateurs, prothétiques, ou de radiodiagnostic : 104 cas.

#### *Manquement à la qualité des soins : 123 cas*

- En dentisterie restauratrice ou traitements canalaires : 33 cas.
- Dans les traitements prothétiques : 26 cas.
- En radiodiagnostic : 26 cas.
- Nouvelle facturation de soins défectueux dans un délai rapide : 38 cas.

### Modalité de détection par l'Assurance Maladie :

Signalement à une caisse, en novembre 2007, d'un chirurgien-dentiste par une assurée qui lui avait posé une couronne à l'origine d'une gêne permanente.

### Montant du préjudice :

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

### Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :

- Notification par la caisse d'un indu de 11 000 € associé à une pénalité financière de 5 500 € notifiés en juillet 09.
- Saisine de la Section des assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes en juin 2009 par le Service du contrôle médical

**Nature de la sanction :**

Le Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a prononcé en juillet 2010, à l'encontre de ce praticien, une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux (quatre mois dont deux avec sursis). Un appel est en cours.

## **Facturation par une infirmière d'actes non réalisés**

### **Région :**

Sud

### **Acteur :**

Infirmière

### **Prestation/Droit :**

Actes

### **Grief :**

Facturation à la CPAM de façon répétée :

- d'actes non réalisés
- d'actes réalisés par une tierce personne non autorisée pour donner des soins,
- d'actes non inscrits à la NGAP.

### **Mode opératoire :**

Il s'agit :

- d'actes fictifs car facturés durant la période d'absence des patients,
- d'emploi de personnes non qualifiées pour dispenser des soins,
- de travail dissimulé.

Les modalités de facturation mettant en évidence des anomalies à tous les niveaux relèvent, par leur systématisme et leur continuité dans le temps, de manœuvres visant à percevoir des honoraires non dus.

### **Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Dans le cadre du plan national de contrôle des professionnels de santé ayant certains indicateurs d'activité aberrants, une caisse primaire d'assurance maladie avait repéré une infirmière. Des patients avaient également signalé des anomalies de facturation chez cette infirmière.

### **Montant du préjudice :**

Le montant des indus a été estimé par la caisse primaire d'assurance maladie à près de 50 000 €.

### **Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse en mars 2008.

### **Nature de la sanction :**

Le tribunal correctionnel, en mai 2010, a condamné cette infirmière pour exécution d'un travail dissimulé et escroquerie :

- Sur l'action publique : à la privation de tous droits civiques pour une durée de 3 ans et à un emprisonnement délictuel de 18 mois dont 12 mois avec sursis et mise à l'épreuve.
- sur l'action civile : au règlement du préjudice, soit près de 50 000 €, à la caisse au titre de dommages et intérêts et au paiement de la somme de 2 500 € au titre de l'article 475-1 du code de procédure pénale.

L'infirmière a fait appel de cette décision

## **Facturation par une infirmière d'actes non réalisés**

**Région :**

Sud

**Acteur :**

Infirmière

**Prestation/Droit :**

Actes

**Grief :**

Facturation d'actes non réalisés et emploi de personnes non qualifiées

**Mode opératoire :**

Facturation :

- d'indemnités kilométriques par deux infirmières, le même jour, à deux personnes résidant à une même adresse,
- d'actes infirmiers alors que les personnes n'étaient pas à leur domicile.
- Prescriptions de matériels médicaux hors compétence et hors période de soins ainsi que de matériels sans justification médicale.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Dans le cadre du plan national de contrôle des professionnels de santé ayant certains indicateurs d'activité aberrants, une caisse primaire d'assurance maladie avait repéré une infirmière. Des patients avaient également signalés des anomalies de facturation.

**Montant du préjudice :**

Le montant des indus a été estimé par la caisse primaire d'assurance maladie à plus de 45 000 €.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse en 2011.

## **Vol de documents, faux, usage de faux et escroquerie par un transporteur sanitaire**

### **Région :**

Est

### **Acteur :**

Transporteur sanitaire

### **Prestation/Droit :**

Prescriptions de transports

### **Grief :**

Fausse prescriptions de transport en ambulance par modification (rature) du mode de transport prescrit (ambulance au lieu de VSL ou taxi).

### **Mode opératoire :**

Deux modes opératoires utilisés par le transporteur :

- Modification du mode de transport prescrit par les médecins en mentionnant « ambulance » au lieu de « VSL » ou « taxi ».
- Utilisation du tampon d'identification du médecin prescripteur ; ce tampon permettant à ce transporteur de rédiger des prescriptions d'apparence authentique à l'aide de formulaires de prescriptions de transport vierges qu'il s'était préalablement procurés.

### **Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Signalement par un médecin, en 2009, à une caisse primaire d'assurance maladie :

- d'un transporteur qui venait chercher systématiquement un de ses patients en ambulance alors qu'il prescrivait des transports en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en taxi,
- du vol de son tampon d'identification.

### **Montant du préjudice :**

Le préjudice a été estimé par la CPAM à plus de 22 000 euros.

### **Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse.

### **Nature de la sanction :**

En juin 2010, le tribunal de grande instance a condamné le transporteur pour vol, faux (altération frauduleuse de la vérité dans un écrit), usage de faux en écriture, escroquerie :

- Sur l'action publique, à 18 mois d'emprisonnement avec sursis, une amende délictuelle de 15 000 euros et une interdiction d'exercer la profession d'ambulancier et de transporteur sanitaire pendant 5 ans.
- Sur l'action civile, à verser la somme de 2 000 euros à titre de dommages et intérêts et 500 euros en application de l'article 475-1 du code pénal.

## **Exemples de fraudes concernant des établissements**

---

## **Manquement aux règles de codage dans un établissement**

**Région :**

Est

**Acteur :**

Etablissement public

**Prestation/Droit :**

Groupe homogène de séjours (GHS)

**Grief :**

Manquement aux règles de codage

**Mode opératoire :**

Codage du séjour sous l'intitulé correspondant à la prise en charge d'interventions chirurgicales alors que celles-ci avaient été réalisées dans une clinique éloignée. Les malades avaient été transférés dans l'établissement pour leur séjour post-opératoire en raison d'une volonté de les rapprocher de leur domicile.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

- Repérage d'atypies statistiques par des requêtes sur la base du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information).
- Analyse des dossiers repérés sur un échantillon tiré aléatoirement au cours du contrôle en établissement réalisés par les médecins conseils.

**Montant du préjudice :**

Le montant du préjudice estimé sur l'échantillon par l'Assurance Maladie s'élève à 175 349 euros.

**Action des caisses (inter régimes) :**

- Les caisses ont notifié en 2010 à l'établissement un indu d'un montant de 175 349 euros.
- Selon le barème des sanctions applicable, le montant maximal de la sanction s'élève à 82 681 euros.
- L'ARS a notifié en 2010 à l'établissement une sanction financière d'un montant de 16 000 euros.

## **Manquement aux règles de facturation dans un établissement**

### **Région :**

Nord

### **Acteur :**

Etablissement public

### **Prestation/Droit :**

Forfaits de séjour et de soins dénommés "Groupes homogènes de séjours" (GHS)

### **Grief :**

Manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6 du CSS relatives aux catégories de prestations donnant lieu à facturation.

Non respect des conditions de facturation relatives aux GHS prévues par l'arrêté du 19 février 2009.

### **Mode opératoire :**

Pour une même pathologie et/ou des soins de même nature, les patients, au cours d'une hospitalisation, sortaient de l'établissement pour être à nouveau hospitalisés dans un délai inférieur à 48 heures. Ainsi plusieurs séjours étaient comptabilisés (avec facturation de plusieurs GHS) alors qu'il s'agissait d'un même et unique séjour (donnant droit à la facturation d'un seul GHS).

### **Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) avait analysé la base nationale du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) et détecté de nombreux séjours contigus en proportion variable selon les établissements. Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), le Conseil national de l'hospitalisation avait alors décidé d'inscrire ce travail dans le cadre des priorités nationales de la campagne 2010 de contrôle externe de la T2A.

L'établissement contrôlé avait été ciblé pour un niveau d'atypies élevé.

### **Montant du préjudice :**

Le montant du préjudice calculé sur l'échantillon par l'Assurance Maladie s'élève à 357 720 euros.

### **Action des caisses (inter régimes) :**

- Les "sommés à payer", recouvrant les surfacturations compensées par les sous facturations éventuelles, étaient d'un montant de 357 720 euros.
- Selon le barème des sanctions applicable, le montant maximal de la sanction s'élève à 1 765 947 euros.
- La sanction n'a pas encore été notifiée par l'Agence régionale de santé (ARS)

## **Exemples de fraudes concernant des assurés**

---

## Cumul Indemnités journalières et activité rémunérée

**Région :**

Centre

**Acteur :**

Assurée

**Prestation/Droit :**

Indemnités journalières

**Grief :**

Cumul Indemnités journalières et activité rémunérée

**Mode opératoire :**

Présentation d'arrêts de travail de manière discontinue pour toucher des indemnités journalières alors qu'elle percevait des revenus pour la garde de 17 enfants.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Signalement par une Caisse d'allocations familiales à une caisse primaire d'assurance maladie d'une personne n'ayant pas déclaré ses revenus.

**Montant du préjudice :**

Le préjudice a été chiffré par la caisse à près de 45 000 euros pour la période d'avril 2007 à décembre 2009.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse.

**Nature de la sanction :**

En janvier 2011, le tribunal de grande instance a condamné cette assurée :

- Sur l'action publique, à 1 an d'emprisonnement délictuel avec sursis, mise à l'épreuve pendant 3 ans.
- Sur l'action civile, à verser la somme de près de 45 000 euros au titre de dommages et intérêts et 1 500 euros en application de l'article 475-1 du code pénal.

## **Fraude aux indemnités journalières par production de faux bulletins de salaire**

**Région :**

Sud

**Acteur :**

Assurée

**Prestation/Droit :**

Indemnités journalières

**Grief :**

Faux et usage de faux

**Mode opératoire :**

Production par une gérante d'une société à une caisse primaire d'assurance maladie, en décembre 2008, d'une attestation sur l'honneur frauduleuse et de faux bulletins de paie afin de percevoir des indemnités journalières à compter de septembre 2008.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Des documents administratifs complémentaires demandés par la caisse ont permis de découvrir que les documents présentés étaient des faux. Les anomalies constatées par la caisse portaient sur les bulletins de paie, sur le contrat de travail et sur les formalités à réaliser par l'employeur.

**Montant du préjudice :**

Le préjudice a été chiffré par la caisse à près de 5 900 euros pour la période de septembre 2008 à mars 2009.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

La caisse a suspendu le paiement des indemnités journalières en mars 2009 lors de la découverte de la fraude et a décidé de déposer une plainte pénale.

**Nature de la sanction :**

En mars 2010, le tribunal de grande instance a condamné cette assurée :

➤ Sur l'action publique, à la peine délictuelle de 3 000 euros.

Sur l'action civile, à verser la somme de près de 6 000 euros au titre de dommages et intérêts.

## **Fraudes aux indemnités journalières par production de faux bulletins de salaire**

**Région :**

Sud

**Acteur :**

Assuré

**Prestation/Droit :**

Indemnités journalières

**Grief :**

Faux et usage de faux

**Mode opératoire :**

Suite à un accident du travail survenu en janvier 2006, présentation par un salarié de faux documents administratifs en vue du versement d'indemnités journalières (faux bulletins de salaire et fausse attestation patronale).

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

L'enquête menée par l'agent assermenté de la caisse a permis de démontrer le comportement frauduleux de cette personne à partir d'informations obtenues :

- auprès de l'URSSAF :

Aucune cotisation salariale versée pour les années 2005 et 2006. La société dont l'assuré était gérant n'avait aucun salarié. Aucun travailleur indépendant n'avait été enregistré au nom de cette personne.

- auprès de la caisse primaire d'assurance maladie : Aucune trace de la société.

- auprès de l'assuré : Nombreuses contradictions et imprécisions.

**Montant du préjudice :**

Le préjudice a été chiffré par la CPAM à plus de 52 000 euros correspondant aux indemnités journalières versées entre janvier 2006 et avril 2007.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse pour escroquerie en novembre 2007.

**Nature de la sanction :**

En avril 2010, le tribunal de grande instance a condamné cet assuré :

- Sur l'action publique, à 2 ans d'emprisonnement.
- Sur l'action civile, à verser la somme de près de plus de 50 000 euros au titre de dommages et intérêts et 500 euros en application de l'article 475-1 du code pénal.

## **Facturation de frais de transport en voiture particulière, au profit d'une assurée**

### **Région :**

Sud

### **Acteur :**

Assuré

### **Prestation/Droit :**

Facturation de frais de transport en voiture particulière

### **Grief :**

Faux et usage de faux

### **Mode opératoire :**

Rédaction de fausses prescriptions par la mère d'une assurée qui avait dérobé des imprimés et le cachet d'un médecin dans des centres hospitaliers fréquentés par sa fille.

### **Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Alertée par la fréquence des transports effectués en voiture particulière vers des hôpitaux au cours d'une même journée, la caisse avait arrêté les remboursements des frais de transports correspondants. Une enquête, diligentée auprès des hôpitaux concernés, avait permis de constater que les états de frais de transport étaient accompagnés de prescriptions frauduleuses.

L'enquête a mis en évidence des déplacements irréalisables : fréquence des transports au cours d'une même journée, incompatibilité des déplacements entre eux, soins dispensés à domicile alors que des frais de déplacement pour consultation à l'hôpital étaient demandés dans le même temps.

Par ailleurs, l'analyse de l'authenticité des pièces d'archives a, d'une part, confirmé les fausses prescriptions et les demandes de remboursement de transports fictifs en voiture particulière et, d'autre part, permis de situer le début de la fraude à juin 2002.

### **Montant du préjudice :**

Le préjudice a été estimé par la caisse à plus de 80 000 euros.

### **Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse en 2005.

### **Nature de la sanction :**

En novembre 2010, le tribunal de grande instance a condamné cette assurée :

- Sur l'action publique, à 18 mois d'emprisonnement avec sursis et trois ans de mise à l'épreuve pour l'infraction d'escroquerie et de vol.
- Sur l'action civile, à verser une somme de plus de 80 000 euros au titre de dommages et intérêts et 2 000 euros en application de l'article 475-1 du code pénal.

## Consommation excessive de médicaments avec usage détourné

**Région :**

Sud

**Acteur :**

Assuré

**Prestation/Droit :**

Médicaments

**Grief :**

Consommation abusive de médicaments avec usage détourné

**Mode opératoire :**

Utilisation de multiples ordonnances pour obtenir en quantité des produits dont la délivrance est réglementée (tranquillisants et/ou somnifères) Les prescriptions étaient rédigées par des médecins différents le même jour, ou à des dates très rapprochées.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de contrôle portant sur les bénéficiaires consommant des traitements de substitution des opiacés, un assuré avait été repéré en 2006 pour sa consommation excessive de Subutex® (médicament de substitution aux opiacés) et de Rohypnol® (somnifère). Une suspension de prise en de ces produits charge par l'Assurance Maladie, notifiée par la caisse à cet assuré, avait secondairement été levée suite à la signature d'un protocole de soins défini entre le médecin conseil et le médecin traitant.

Or, une étude menée postérieurement, sur une période de 15 mois, a révélé que l'assuré ne respectait pas les termes de ce protocole. Il s'était, en effet, fait prescrire et délivrer durant cette période 716 boîtes de Rohypnol® de un milligramme ce qui correspond à une « consommation » quotidienne de plus de 11 comprimés par jour pour une spécialité dont la posologie efficace et maximale admise est de un comprimé par jour. Compte tenu de la quantité délivrée, **l'Assurance maladie a suspecté un usage détourné de ces médicaments pouvant être lié à un éventuel trafic.**

La consommation pharmaceutique de cet assuré se caractérisait par un nomadisme médical et pharmaceutique :

- Facturation de 134 consultations médicales en 427 jours par 13 médecins différents.

- Délivrance des médicaments par 15 pharmacies différentes durant la période étudiée.

Par ailleurs, cet assuré ne consultait jamais deux fois de suite le même prescripteur et ne retirait jamais son traitement deux fois de suite dans la même pharmacie.

**Montant du préjudice :**

Le montant total du préjudice s'élève à près de 20 000 euros.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse en novembre 2008 : Les manœuvres de cet assuré reposant sur un mécanisme de tromperie et de ce fait pouvant être qualifiées de frauduleuses au sens de l'article 313-1 du Code Pénal.

**Nature de la sanction :**

En mars 2010, le tribunal correctionnel a condamné l'assuré :

- Sur l'action publique, à 8 mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve pendant 2 ans.
- Sur l'action civile, à payer une somme de près de 20 000 euros avec 700 euros au titre de l'article 475-1 du code pénal.

## **Consommation excessive de médicaments avec usage détourné, avec la complicité d'un médecin**

**Région :**

Est

**Acteur :**

Assuré

**Prestation/Droit :**

Médicaments

**Grief :**

Consommation abusive de médicaments avec usage détourné, avec la complicité d'un médecin

**Mode opératoire :**

Prescriptions de Subutex® (médicament de substitution aux opiacés) par un médecin, à une patiente incarcérée. La prescription par le médecin est délivrée à une tierce personne qui est chargée d'acheter le médicament et de le remettre à la patiente incarcérée. La tierce personne vendait le médicament et envoyait l'argent de la vente à la patiente incarcérée au lieu de lui remettre le médicament.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Signalement à une caisse primaire d'assurance maladie d'un assuré concernant le trafic de Subutex® auquel se livraient deux personnes. Des investigations, portant notamment sur les consommations médicales et pharmaceutiques de ces personnes ainsi que sur les prescriptions de Subutex® du médecin, avaient alors été engagées par la caisse, en étroite collaboration avec les services de police. En effet, dans le cadre de l'enquête, le médecin avait aussi été mis en cause, les services de police ayant constaté qu'à la date de rédaction de l'ordonnance, l'assurée était incarcérée.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par la caisse à l'encontre des deux assurées et du médecin.

**Nature de la sanction :**

Les deux personnes ont chacune été condamnées à 4 mois d'emprisonnement confirmé en appel.

Le médecin a, quant à lui, été condamné par le Tribunal de grande instance, en juin 2010 :

- Sur l'action publique, à 4 mois d'emprisonnement avec sursis, une amende délictuelle de 3 000 euros pour complicité d'infraction aux règlements sur le commerce ou l'emploi de substances vénéneuses, de complicité vol, faux (altération frauduleuse de la vérité dans un écrit), usage de faux en écriture, escroquerie.
- Sur l'action civile, à verser la somme de 80 euros à titre de dommages et intérêts et 100 euros en application de l'article 475-1 du code pénal.

## **Fraude ayant entraîné la notification d'une pénalité financière**

### *Exemple n°1 : Fausse facture de soins à l'étranger.*

**Région :**

Centre

**Acteur :**

Assuré social

**Prestation/Droit :**

Soins à l'étranger

**Grief :**

Faux et usage de faux / Falsification d'un document pour obtenir un avantage injustifié

**Mode opératoire :**

Présentation, en 2010, d'une facture de soins à l'étranger de 2009 (faux document), afin d'obtenir le règlement de frais correspondant à une hospitalisation datée du 19 au 29/08/2009.

L'assuré social a présenté, auprès des services de la caisse, une facture de soins de 770 040 francs CFA (soit 1 179,92€), à en-tête d'un Centre médical au Cameroun, au titre de frais d'hospitalisation.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Le Centre national des soins à l'étranger, situé à Vannes, est à l'origine de la détection du faux document présenté au remboursement en 2010.

La notion de faux a été confirmée par l'expert mandaté par l'ambassade de France.

**Montant du préjudice :**

Le montant total du préjudice évité s'élève à 1 179,92 €

**Action de la caisse :**

Pénalité financière, pour fraude, d'un montant de 2 347,84 €.

## **Fraude ayant entraîné la notification d'une pénalité financière**

### ***Exemple n°2 : Fausse déclaration***

**Région :**

Centre

**Acteur :**

Assuré social

**Prestation/Droit :**

Demande d'ouverture de droits

**Grief :**

Fausse déclaration pour obtenir un avantage injustifié (CMUC et/ou Aide Complémentaire Santé)

**Mode opératoire :**

Fausse déclaration et fournitures de documents bancaires falsifiés lors de la demande de CMUC en 2007, puis lors du réexamen de ses droits, à l'occasion de demandes renouvelées de 2008 à 2010. Lors de la demande de renouvellement en 2010, la caisse a suspecté une falsification des documents fournis (documents justificatifs tronqués, notamment les relevés bancaires fournis par l'assuré social afin de justifier de ses ressources).

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Détection par les services de la caisse à l'examen de la demande de renouvellement, en octobre 2010.

**Montant du préjudice :**

Le montant total du préjudice s'élève à 1 255,99 €.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Notification par la caisse d'un indu de 1 255,99 €.

Pénalité financière, pour fraude, d'un montant de 300 €.

## Fraude ayant entraîné la notification d'une pénalité financière

### *Exemple n°3 : Falsification de documents*

**Région :**

Ouest

**Acteur :**

Assuré social

**Prestation/Droit :**

Indemnités journalières

**Grief :**

Falsification d'un document pour obtenir un avantage injustifié

**Mode opératoire :**

Modification par un assuré social de la date de fin d'un arrêt de travail (surcharge). Cet assuré bénéficiait d'un arrêt de travail, au titre du risque maladie. Il a modifié la date de fin d'arrêt pour couvrir la période du 22 au 31/10/2010 (21 jours d'indemnités journalières supplémentaires).

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Détection réalisée a posteriori par les services de la caisse.

**Montant du préjudice subi:**

Le montant total du préjudice évité s'élève à 717,78 €.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Notification par la caisse d'un indu de 717,78 €.

Pénalité financière, pour fraude, d'un montant de 1 435,56 €.

## Fraude en bande organisée

**Région :**

Centre

**Acteur :**

Transporteur sanitaire

**Prestation/Droit :**

Frais de transports

**Grief :**

Facturation en tiers payant de transports d'assurés sociaux par deux sociétés de transports sanitaires avec une tarification en ambulance alors que les transports avaient été réalisés à bord de véhicules particuliers loués.

**Mode opératoire :**

Production, par deux sociétés de transports sanitaires, de « faux bons de transport » avec apposition du cachet du service de pédiatrie d'un établissement afin d'obtenir des remboursements en ambulance. Les remboursements frauduleux étaient ensuite transférés sur les comptes bancaires de sociétés (SCI et SARL) ou d'une association n'ayant pas d'activité réelle en rapport avec des transports sanitaires ; celles-ci avaient été créées dans le seul but de blanchir le produit de cette escroquerie.

**Modalité de détection par l'Assurance Maladie :**

Dénonciation auprès de la caisse par un ancien salarié de l'une des associations mises en cause.

**Montant du préjudice :**

Le préjudice a été chiffré par la caisse à plus de 1 200 000 euros.

**Action de la caisse et/ou du service du contrôle médical :**

Dépôt d'une plainte pénale par chacun des caisses primaires d'assurance maladie.

**Nature de la sanction :**

Ce dossier a donné lieu à un jugement du Tribunal de Grande Instance en juin 2010, réformé partiellement par un arrêt de juillet 2011 :

➤ Au titre de l'action publique,

- les deux organisateurs du système frauduleux ont été condamnés pour escroquerie réalisée en bande organisée, abus, faux et blanchiment aux peines respectives suivantes :
- 3 ans de prison dont 18 mois avec sursis avec mandat d'arrêt, 3 ans de mise à l'épreuve et 5 ans d'interdiction de « diriger, gérer, administrer ou contrôler toute entreprise commerciale, artisanale, agricole ou toute personne morale ».
- 3 ans de prison dont 2 avec sursis et 5 ans d'interdiction de « diriger, gérer, administrer ou contrôler toute entreprise commerciale, artisanale, agricole ou toute personne morale » (pourvoi en cours).
- les sociétés et l'association sont condamnées pour blanchiment et recel de biens provenant d'un délit et, à titre de peine principale, font l'objet d'une dissolution.

➤ Au titre de l'action civile,

- les deux organisateurs du système frauduleux ont été condamnés solidairement à dédommager les différentes caisses victimes de leurs agissements, pour un montant total de plus de 1,1million d'euros ;
- l'un des deux organisateurs de la fraude a formé un pourvoi à l'encontre de ces décisions, lesquelles sont définitives en ce qui concerne le second prévenu.

## Les pénalités et retenues financières Situation au 31 décembre 2010

### 1. Les pénalités financières (Article L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

#### 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.

Ce dernier 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 saisie 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 de ces évolutions, le législateur a souhaité rendre les sanctions plus efficaces.

#### Nombre de pénalités financières notifiées en 2010

En 2010, **1 132 pénalités financières** (560 en 2009) ont été notifiées, dont 722 à des assurés et 341 à des professionnels de santé. Le tableau ci-dessous montre une progression très significative du nombre de pénalités entre 2009 et 2010.

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

Acteur	Nombre de pénalités financières notifiées		
	2010	Rappel 2009	Rappel 2008
Assuré	722	304	310
Professionnel de santé	341	248	200
Employeur	32	3	8
Etablissement de santé	1	0	3
Autre acteur (fournisseur ou transporteur)	36	5	SO
Total	1 132	560	521

## Montant global des pénalités financières notifiées en 2010

Le montant total des pénalités financières notifiées s'élève à **1,4 M€** (soit une augmentation de 50% par rapport à 2009) pour l'ensemble des acteurs (cf. tableau ci-dessous). Les montants moyens notifiés les plus faibles l'ont été à l'encontre des assurés (gestion des droits CMU(C) et des employeurs : moins de 1 000 €).

Montant total et montant moyen (en €) des pénalités financières notifiées en 2010 selon les acteurs

Acteur	Montant total	Montant moyen	Rappel total 2009
Assuré	625 994	867	380 515
Professionnel de santé	599 263	1 757	333 872
Employeur	22 998	719	8691
Etablissement de santé	2 959	2 959	0
Autres	120 593	3 350	12 260
Total	1 371 807	1 212	735 338

## Nombre de lettres de mise en garde adressées en 2010

En 2010, **1 457 lettres** de mise en garde ont été adressées contre 2 682 en 2009. Le tableau ci-dessous montre la répartition des lettres de mise en garde adressées en fonction des acteurs concernés et selon l'année. Un nombre particulièrement élevé de lettres de mise en garde avait été observé en 2009, dans le cadre d'une campagne spécifique relative aux forts prescripteurs d'IJ.

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

Acteur	Nombre de lettres de mise en garde		
	2010	Rappel 2009	Rappel 2008
Assuré	799	1 730	1 845
Professionnel de santé	537	865	458
Employeur	26	16	20
Etablissement de santé	62	21	16
Autres	33	50	Sans objet
Total	1 457	2 682	2 339

## 2. Les retenues financières (Article L.323-6 du Code de la sécurité sociale)

### Rappel du dispositif

L'article L.323-6 du CSS précise que le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire de s'abstenir de toute activité non autorisée. Si l'activité a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.

### Nombre et montant global des retenues financières notifiées

Au titre de cet article, 453 retenues financières ont été notifiées pour un cumul d'indemnités journalières avec d'autres revenus liés à une activité rémunérée menée parallèlement, pour un montant de 1,1 M€ (contre 506 retenues pour 0,7 M€ en 2009).