

CIRCULAIRE

CIR-30/2006

Document consultable dans Médi@m

Date :

20/06/2006

Domaine(s) :

Gestion du risque

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Rappel des notions de fraudes, fautes, abus, activités dangereuses, répression et prévention des fraudes

Liens :

Plan de classement :

13

Emetteurs :

DCCRF

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☒ URCAM
☒ UGECAM ☒ CGSS ☒ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux ☒ Chef de service
☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

Les définitions du concept de fraudes sont rappelées distinguant la fraude stricto sensu de la faute et de l'abus. L'Assurance Maladie affirme continuer à assumer ses responsabilités propres en matière de lutte contre les activités dangereuses. Les méthodes de prévention et de répression des fraudes sont décrites, distinguant pour la répression, ses quatre phases : détection, investigation, instruction et suivi. L'importance de la communication est réaffirmée et la lutte contre la fraude est replacée dans le cadre général de la gestion des risques.

Mots clés :

Fraudes ; fautes ; abus ; activités dangereuses ; contrôle-contentieux

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 30/2006

Date : 20/06/2006

Objet : Rappel des notions de fraudes, fautes, abus, activités dangereuses, répression et prévention des fraudes

Affaire suivie par : le Docteur Dominique PRUNET - ☎ 01.72.60.23.24

INTRODUCTION

Garantir à chacun le libre accès à des soins de qualité tout en veillant à l'utilisation qui est faite du système de santé, c'est tout le sens de la réforme de l'Assurance Maladie dont l'objectif est de mieux soigner en dépensant mieux.

La priorité de l'Assurance Maladie est d'abord de faire évoluer les comportements en favorisant le respect des bonnes pratiques et en responsabilisant tous les acteurs car la sauvegarde de notre système suppose un engagement collectif. L'Assurance Maladie a choisi de privilégier l'information et l'accompagnement.

Pour autant, aussi minoritaires soient-ils, les comportements abusifs et a fortiori frauduleux nuisent au respect des règles collectives. Ils pénalisent l'ensemble des acteurs et doivent en conséquence faire l'objet de sanctions efficaces et appropriées.

C'est pourquoi, parallèlement aux actions de structuration, de sensibilisation et aux mesures d'accompagnement, l'Assurance Maladie développe ses opérations de lutte contre la fraude destinées à prévenir les gaspillages, les abus et les fraudes.

La loi du 13 août 2004 renforce les prérogatives de l'Assurance Maladie en matière de contrôle et de lutte contre les fraudes et la dote de nouveaux outils pour sanctionner de façon proportionnée les fraudes et les abus avérés.

Certains contrôles interviennent avant paiement de la prestation. Ils sont intégrés dans les logiciels ou font appel à la procédure de l'entente préalable. Parfois ils sont effectués après paiement sur le stock récent et débouchent sur des récupérations d'indus simples. Ils participent de l'action générale de **prévention des fraudes**.

D'autres consistent à effectuer une vérification approfondie des comportements des assurés et des employeurs ainsi que de l'activité des professionnels de santé, établissements, transporteurs et fournisseurs visant dès l'origine la saisine d'une instance de sanctions. Ce dernier type de contrôles appelés **contrôles à visée contentieuse ou contrôles-contentieux** nécessite des enquêtes rigoureuses dont le point de départ est le résultat des procédures de ciblage des pratiques déviantes, le traitement des plaintes et des signalements d'anomalies ou l'analyse de la compilation de contrôles simples.

En sus de la répression des fraudes, fautes et abus, les opérations de contrôles-contentieux comprennent la lutte contre les pratiques dangereuses. Ces pratiques dangereuses qui mettent en péril la santé des patients sont définies par l'article 223-1 du code pénal : « le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

Elles doivent faire l'objet d'une attention vigilante de l'Assurance Maladie lorsqu'elles sont portées à son attention soit à travers de plaintes ou de signalements, soit grâce à des résultats d'investigations de terrain orientées par des requêtes informatiques. Le contrôle-contentieux de ces pratiques dangereuses constitue en soi un élément des plans annuels de l'Assurance Maladie.

La présente circulaire a pour objet de rappeler les concepts et les cadres utilisés par l'Assurance Maladie dans la lutte contre la fraude pour que chacun puisse s'approprier des notions et des outils communs. Elle abordera successivement la définition des concepts et sous-concepts de la fraude puis les moyens de la lutte contre celle-ci avant de conclure sur le déploiement opérationnel de cette lutte.

1. LES CONCEPTS DE FRAUDE

Une définition de la fraude partagée en Europe par les organismes d'Assurance Maladie, a été établie par l'Office Européen de lutte contre la fraude : « La fraude est un acte intentionnel de la part d'un ou plusieurs individus qui, parmi les membres de la direction, les employés ou les tiers, sont impliqués dans l'usage de pratiques visant à obtenir un avantage injustifié ou illégal ». Cet avantage injustifié ou illégal dont tirent bénéfice ces personnes physiques ou morales crée un préjudice réel, direct et certain pour l'Assurance Maladie.

Afin de l'adapter de façon opérationnelle à la situation de notre pays, ce concept de fraude que nous qualifierons de fraude largo sensu est subdivisé en trois sous concepts :

- la fraude proprement dite ou stricto sensu,
- les fautes,
- les abus.

La distinction entre ces trois sous-concepts peut être précisément définie dans la plupart des cas. Il en va ainsi de ce qui sépare, d'une part, les abus et, d'autre part, des fautes et des fraudes. La qualification des premiers passe par la comparaison des pratiques à des référentiels médicaux alors que, pour les seconds, elle utilise des normes législatives ou réglementaires. Mais cette distinction est moins tranchée entre fautes et fraudes stricto sensu. Par exemple, il est des cas où la séparation n'est pas liée à la nature de l'infraction mais au contexte. Exemple : le non respect de l'ordonnancier bizonne qui pourrait être qualifié de fraudes lorsque l'acte est intentionnel et apporte un avantage direct injustifié à l'assuré voire indirect au médecin en fidélisant le patient alors qu'il entre généralement dans la catégorie des fautes car l'infraction est très répandue à la suite d'une

négligence de l'ensemble des acteurs, assurés, médecins, Assurance Maladie et Etat pendant une période prolongée.

La distinction entre ces trois sous-concepts, fraude stricto sensu, faute et abus n'est pas seulement théorique. Elle a des conséquences dans la conduite des opérations sur le terrain. La lutte contre la fraude stricto sensu est une activité à part entière de l'Assurance Maladie. Tous les organismes et le Service du contrôle médical sont appelés à mobiliser leurs moyens pour la détecter et la réprimer au cas par cas. Quand il s'agit de modifier des pratiques marquées par des fautes ou des abus, l'Assurance Maladie met en œuvre des programmes globaux de gestion des risques composés de différentes séquences d'actions. La séquence de la répression et du contrôle-contentieux n'intervient que sur les acteurs dont l'activité persiste dans des dérives majeures en fin de programme après avoir utilisé tous les moyens de persuasion et d'incitation.

1.1 La fraude proprement dite (stricto sensu)

Il s'agit d'une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui. Il y a une intention de nuire.

Exemples :

- fausses déclarations de salaire,
- usurpation d'identité,
- réseau de revente de médicaments,
- facturation d'actes de chirurgie réparatrice pour la réalisation d'actes de chirurgie esthétique,
- ...

Pour caractériser la fraude stricto sensu, il faut juridiquement la concordance de trois éléments :

- un élément légal indispensable marqué par l'existence d'un texte,
- un élément matériel constitué par une action concrète ; se retrouve dans cet élément la notion de tentative dont il convient de mentionner qu'elle est juridiquement punissable comme si l'infraction était commise,
- un élément moral où l'auteur doit avoir conscience de son acte et l'avoir voulu.

Différents niveaux de fraudes stricto sensu à l'Assurance Maladie peuvent être distingués, à l'instar de la classification des infractions par la législation, en fonction des montants séparant ce qui relèverait de contraventions (pénalités financières) ou de délits (juridictions pénales et/ou civiles). Il faut également séparer celles qui sont commises par un individu isolé ou par quelques uns dans une relation de compérage de celles qui sont organisées par une association de malfaiteurs.

1.2 La faute

Il s'agit d'un manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur, une ignorance, une imprudence, une maladresse, une négligence ...

La négligence ou l'imprudence peuvent, à elles seules, constituer des éléments suffisants pour caractériser la faute. Pour certains types d'infractions, c'est le caractère diffus au sein d'une population correspondant le plus souvent à une attitude négligente de la plupart des acteurs impliqués, qui les range au sein de la notion de fautes plutôt que fraudes.

Exemple :

- non-respect des règles d'utilisation de l'ordonnancier bizon,...
- ...

1.3 L'abus

Il s'agit d'un usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incompétence, complaisance ou négligence. Il n'y a pas d'écart entre les pratiques et les normes législatives ou réglementaires mais entre les premières et des référentiels médicaux.

Exemples :

- abus de prescriptions de médicaments, d'arrêts de travail,
- abus de consultations,
- abus en matière d'honoraires,
- ...

2. LES MOYENS DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE DANS SON SENS LARGE

Six catégories d'acteurs sont directement concernés par les contrôles-contentieux de l'Assurance Maladie : les assurés, les professionnels de santé, les établissements de soins et médico-sociaux, les employeurs, les transporteurs et les fournisseurs d'appareillage.

La double finalité de la lutte contre la fraude est de dissuader ces acteurs de transgresser les règles et de placer sous contrôle la gestion des ressources confiées à l'Assurance Maladie en matière d'évitement d'infraction. C'est pourquoi elle mobilise trois grands moyens utilisés de manière combinée : la prévention, la répression, la communication.

Le déploiement de ces moyens doit respecter des principes éthiques tels que la règle de l'égalité de traitement des acteurs contrôlés sur l'ensemble du territoire, la présomption d'innocence, le secret professionnel, le secret médical partagé pour le service du contrôle médical, le droit du contradictoire, les droits de la défense.

2.1 La prévention de la fraude

La prévention de la fraude correspond à toute opération qui évite le règlement d'une prestation présentée à l'Assurance Maladie alors qu'elle est l'objet d'une infraction ou d'un manquement. Par extension, une opération simple de répétition d'indus sans engager de contentieux vis-à-vis de l'auteur de la fraude est assimilée à de la prévention.

Les outils de la prévention sont :

- les blocages sur les chaînes de liquidation,
- les requêtes informatiques principalement sur le flux mais non exclusivement,
- le travail de détection par les personnels du traitement des dossiers,
- le dispositif d'entente préalable.

En amont de ces outils, appartiennent à la prévention les adaptations organisationnelles, législatives ou réglementaires nécessaires pour améliorer son rendement.

2.2 La répression de la fraude

La répression de la fraude passe par la vérification approfondie des comportements d'assurés ou d'employeurs ainsi que des activités des professionnels de santé, fournisseurs, transporteurs et établissements sanitaires ou médico-sociaux. Toute opération de contrôle en vue de la répression de la fraude intègre dès sa mise en place une dimension contentieuse, c'est-à-dire que, dès l'origine, elle vise la rédaction d'un mémoire de saisine d'une juridiction ou d'une instance de sanctions.

Ces caractéristiques sont à l'origine de la dénomination de ce type de contrôle : le contrôle-contentieux. Celui-ci comprend quatre phases :

- la détection,
- l'investigation de terrain,
- l'instruction du dossier,
- le suivi de l'application des décisions et l'évaluation de leurs effets.

2.2.1 La détection des fraudes

La détection des fraudes utilise deux moyens :

- les requêtes informatiques,
- les plaintes ou signalements.

Pour le volet « répression », la détection des fraudes est opérée par des requêtes informatiques portant sur les bases informationnelles constituées, SNIIRAM, ERASME, e.PMSI, etc., dans le respect des textes liés à l'utilisation de l'informatique et à la protection des libertés. Ces requêtes cherchent à repérer des comportements ou des activités suspects de fraudes avec une forte probabilité en comparaison avec des comportements ou des activités de la population générale des acteurs analysée. Les valeurs prédictives positives des requêtes doivent être évaluées à partir de l'estimation de leurs sensibilité et spécificité. Après avoir répondu au besoin de repérage des comportements ou activités suspects et en fonction de leurs valeurs prédictives, certaines requêtes doivent être intégrées dans des trains de requêtes passant régulièrement sur les bases (annuellement, semestriellement, trimestriellement, mensuellement) avec un rythme dépendant du renouvellement des fraudes. Des constats posés au cours d'opérations de répression peuvent être à l'origine de la conception de filtres informatiques et/ou de requêtes ayant une nature préventive vis-à-vis de la fraude.

Le second moyen de détecter des fraudes largo sensu réside dans un traitement rationnel, coordonné et homogène des plaintes et signalements sur l'ensemble du territoire. L'efficacité de ce traitement doit être évaluée quantitativement.

2.2.2 L'investigation de terrain

L'investigation de terrain a pour objectif de confirmer ou d'infirmer les suspicions de fraudes détectées à l'aide d'éléments matériels ou de déclarations recueillis par des enquêteurs des organismes ou du Service du Contrôle Médical (SCM), et dont certains sont praticiens conseils en raison du champ médical inventorié.

Cette phase de l'investigation de terrain doit s'inscrire dans le respect de règles éthiques : présomption d'innocence, respect du contradictoire, respect des droits

de la défense, respect du secret professionnel et, pour les données médicales, respect du secret médical partagé par les praticiens conseils.

Seule la dernière décision de justice est susceptible de qualifier les faits. Tant que la dernière juridiction d'appel n'a pas statué, la personne physique ou morale est présumée innocente.

Dans certains cas, notamment ceux où il y a association de malfaiteurs, la collaboration de l'Assurance Maladie avec la police et la justice est nécessaire. Elle doit être définie alors en amont du lancement de l'investigation afin que le rôle de chacun soit défini et coordonné. Pour toute détection de fraudes suspectées mettant en cause une association de malfaiteurs, les phases d'investigation et d'instruction doivent être coordonnées au niveau national.

Les conclusions de l'investigation peuvent conduire également à des propositions de modifications organisationnelles, législatives, réglementaires ou informatiques.

2.2.3 L'instruction du dossier

L'instruction du dossier correspond à la phase au cours de laquelle est (sont) définitivement choisie(s) la (les) voie(s) contentieuse(s), sont abordées les relations préalables avec les instances de contentieux et est (sont) établi(s) le(s) rapport(s) de saisine de la juridiction ou de l'instance de sanction compétente.

La voie contentieuse choisie par l'Assurance Maladie en fonction de l'infraction ou du manquement doit être harmonisée sur l'ensemble du territoire national pour que les acteurs, dont les comportements ou les activités ont été contrôlés, soient traités avec équité. Le choix national s'exerce sur des critères de nature de l'infraction ou du manquement, de montant (article 92 de la LFSS 2006 fixant un seuil obligeant les directions d'organismes à saisir les juridictions pénales), de type de l'acteur (les professionnels et leurs ordres).

Les différentes juridictions ou instances de sanctions devant lesquelles l'Assurance Maladie peut traduire les contrevenants sont :

- la commission installée par l'article 23 de la loi du 13 août 2004, donnant un avis en vue, d'une part, que le directeur de l'organisme fixe des pénalités financières (art. L. 162-1-14 CSS) concernant toutes les catégories d'acteurs sauf les transporteurs et les fournisseurs pour des griefs dont la liste est établie exhaustivement par décret (décret du 25 août 2005) et, d'autre part, que ce même directeur mette sous accord préalable des médecins pour leurs prescriptions abusives de transport et d'arrêts de travail (art. L. 162-1-15 CSS),
- la Commission Exécutive (COMEX) de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) pour les sanctions financières (art. L. 162-22-18 CSS) à appliquer aux établissements en matière de fautes sur les facturations pour ceux qui relèvent de la tarification à l'activité,
- les sections des assurances sociales des conseils des Ordres professionnels,
- les juridictions civiles (Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale ou Tribunal administratif en fonction du cas),
- les juridictions pénales.

A l'issue d'une action de contrôle-contentieux de première intention ayant montré une fraude limitée en gravité et en montant, l'organisme et/ou le service du contrôle médical peuvent décider de se limiter à des courriers de mise en garde

reportant à une action ultérieure le déclenchement d'un contentieux décrit ci-dessus en cas de récidive.

La réussite des saisines par l'Assurance Maladie des différentes instances passe, d'une part, par la qualité des dossiers à laquelle contribuent les phases de détection, d'investigation et d'instruction et, d'autre part, par un dialogue entre l'Assurance Maladie et les institutionnels de ces juridictions, la chancellerie, le ministère de l'intérieur, les parquets, les responsables régionaux ou locaux de la police, les ordres professionnels régionaux ou nationaux.

Le rapport de saisine de ces instances de contentieux doit rassembler les arguments recueillis au cours de l'investigation afin de prouver l'implication des personnes concernées.

Lorsqu'il y a saisine d'une juridiction ou d'une instance de sanctions, le choix de la voie contentieuse est opéré le plus tôt possible, avant l'investigation dans le meilleur des cas. Ainsi, la méthode d'investigation est adaptée au contentieux envisagé.

2.2.4 Le suivi de l'application des décisions et l'évaluation de leurs effets

Une fois, le dossier instruit, un suivi doit être mis en place localement et au niveau national :

Localement, le suivi des décisions prises par les caisses et le service du contrôle médical a pour objectifs :

- de connaître le résultat de ces décisions tel que la nature des sanctions et autres peines prononcées,
- de les analyser,
- de vérifier la modification ou non du comportement des personnes à la suite des actions menées et des sanctions prononcées,
- de procéder aux remontées au niveau de la Cnamts des résultats de ces activités menées dans le cadre de la lutte contre la fraude,
- d'établir le rapport, à destination de l'autorité compétente de l'Etat, prévu à l'article L 114-9 du code de la sécurité sociale ;

Au niveau national, ce suivi a pour objectifs :

- d'analyser, à partir des remontées du réseau, les activités menées par les caisses et le service du contrôle médical dans le cadre de la lutte contre la fraude ;
- d'assurer, au niveau de la Cnamts, un système de reporting réactif en disposant d'indicateurs de performance et d'alerte permettant la prise de décision stratégique et tactique par la Direction de la Cnamts ;
- de proposer à l'Etat des mesures de modifications législatives ou réglementaires, lorsque l'analyse des résultats met en évidence des dysfonctionnements ou des failles dans le cadre de la lutte contre la fraude afin de disposer de moyens permettant à l'Assurance Maladie d'accroître son efficacité et sa performance ;
- de fournir à l'Etat la synthèse annuelle prévue, en matière de lutte contre la fraude, à l'article L 114-9 du code de la sécurité sociale.

2.3 La communication

La finalité de la lutte contre la fraude qui vise la dissuasion des acteurs à transgresser les règles conduit à ce que les outils agissant directement sur la fraude (prévention, répression) soient associés à des opérations de communication.

La stratégie de communication est élaborée au niveau national et s'adapte à la nature des dérives constatées. Elle doit respecter tous les principes éthiques qui encadrent le contrôle-contentieux lui-même.

2.4 Les programmes globaux de gestion des risques

Lorsque les fautes ou les abus sont largement répandus dans les comportements ou les pratiques au sein d'une catégorie d'acteurs en raison d'un relâchement répandu en matière de rigueur, l'amélioration de la situation ne peut être obtenue que si l'Assurance Maladie a recours à plusieurs outils de régulation. Ces derniers doivent être utilisés selon une séquence constituant un programme global de gestion du risque :

- engagements conjoints des représentants de cette catégorie d'acteurs et de l'Assurance Maladie,
 - plans de communication à travers les médias « grand public », médias professionnels, ou des opérations de « marketing » (délégués de l'Assurance Maladie, échanges confraternels, affichettes, réunions publiques, courriers, ...),
 - contrôle médicalisé des paiements,
 - répression des fautes et abus des acteurs récalcitrants malgré les opérations précédentes.
- Ces plans de contrôle-contentieux visent à faire sanctionner les irréductibles dont les comportements et les pratiques sont unanimement condamnés.

3. LE DEPLOIEMENT OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AU SEIN DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans le cadre de ces concepts et avec ces moyens, le régime général de l'Assurance Maladie organise la lutte contre la fraude, de manière fonctionnelle, en définissant des nouvelles méthodes de travail traçant le cadre à venir dans lequel s'exercera cette lutte et en concevant chaque année des plans de lutte contre la fraude qui mobilisent l'ensemble des organismes et du Service du Contrôle Médical.

Les nouvelles méthodes de travail seront issues des résultats des travaux actuellement en cours ou à venir portant sur : une cartographie des risques avec une évaluation des coût/efficacité des opérations de lutte par thème ; une collaboration formalisée avec les partenaires extérieurs, police, justice, autres organismes sociaux ; la participation aux travaux de l'Office Européen de la lutte contre la fraude ; la mise en place de circuits homogènes et coordonnés du traitement des plaintes et signalements. Les plans annuels de lutte contre la fraude décrivent, d'une part, les priorités nationales faisant l'objet de méthodologies uniques et, d'autre part, le volet loco-régional qui attribue aux organismes l'initiative dans le champ de la répression de la fraude stricto sensu en dehors des thèmes exhaustivement définis dans le volet national. Les activités de répression de la fraude stricto sensu d'initiative loco-régionale s'inscrivent dans une démarche organisée pour que les contrôles-contentieux respectent une équité de traitement des acteurs sur l'ensemble du territoire national.