

Fraude à l'Assurance-maladie : ces escrocs en blouse blanche

Sur les 316 millions d'euros de versements indus détectés en 2022, une majorité sont le fait d'abus d'infirmiers, de kinés, de médecins. Plongée au cœur de petites et de grandes filouteries, à base de surfacturation ou d'actes fictifs

ENQUÊTE

Souvent, avec les infirmiers, ce n'est pas grand-chose. C'est apposer un pansement simple sur une plaie, et déclarer un pansement complexe, avec méchage ou irrigation : 12,60 euros, au lieu de 3,30 euros. C'est compter une injection intraveineuse (6,30 euros) alors qu'on a effectué une injection intramusculaire (3,15 euros). C'est facturer quelques euros pour préparer le pilulier et prendre la tension, alors que ces actes sont compris dans la visite de routine, payée 7,95 euros la demi-heure.

C'est se rendre le dimanche chez un patient qui aurait très bien pu attendre lundi : 3,50 euros de majoration. C'est tricher un peu sur l'horaire d'une visite nocturne, parce que la majoration de nuit est plus importante après 23 heures (18,30 euros) qu'avant (10,15 euros). Ce sont quelques kilomètres ajoutés au compteur pour gonfler l'indemnité de déplacement : 0,35 euro par kilomètre en plaine, 0,50 euro en montagne. Un infirmier roule facilement 20 000 kilomètres par an pour ses tournées, qui se rendra compte qu'il en a déclaré 500 de trop ?

La nomenclature des actes que les infirmiers doivent déclarer à l'Assurance-maladie est une usine à gaz constituée de centaines de cotes, qui sont autant d'occasions de se tromper, alors certains, débutants ou étourdis, cochent parfois la mauvaise case sans le savoir. Mais ces centaines de cotes sont aussi, pour ceux qui les maîtrisent, autant d'occasions de filouter. « On ne soupçonne jamais un infirmier », constate une avocate de l'Assurance-maladie qui souhaite rester anonyme. Les gens sont tellement contents d'avoir quelqu'un qui vient leur mettre les bas de contention ou leur refaire un pansement. »

Quel patient notera qu'un infirmier venu pour une « perfusion courte sous surveillance continue » (28,35 euros) a déclaré, en sus, un « arrêt et retrait d'un dispositif de perfusion » (15,75 euros), normalement réservé aux perfusions longues, puisque l'arrêt et le retrait du dispositif sont inclus dans le forfait de la perfusion courte ? Qui relèvera qu'un infirmier a

enfreint l'article 11B de la nomenclature en facturant à taux plein les pansements qu'il a faits aux deux jambes d'un patient, alors qu'il aurait dû coter la seconde à 50 % seulement ?

Pour le patient, l'affaire est indolore. S'il a avancé les frais, l'Assurance-maladie le remboursera. Bien souvent, cela n'est même plus nécessaire : avec le principe du tiers payant, auquel obéissent aujourd'hui une large majorité des soins infirmiers, le patient n'avance rien : il tend sa carte Vitale ; l'infirmier l'introduit dans son lecteur et télétransmet les actes effectués ; l'Assurance-maladie le paie. Le système repose sur la confiance, les contrôles de l'organisme interviennent essentiellement a posteriori, avec une efficacité aléatoire, comme l'ont souligné, en 2020, des rapports peu flatteurs de la Cour des comptes et de l'Assemblée nationale.

SOMMES VERTIGINEUSES

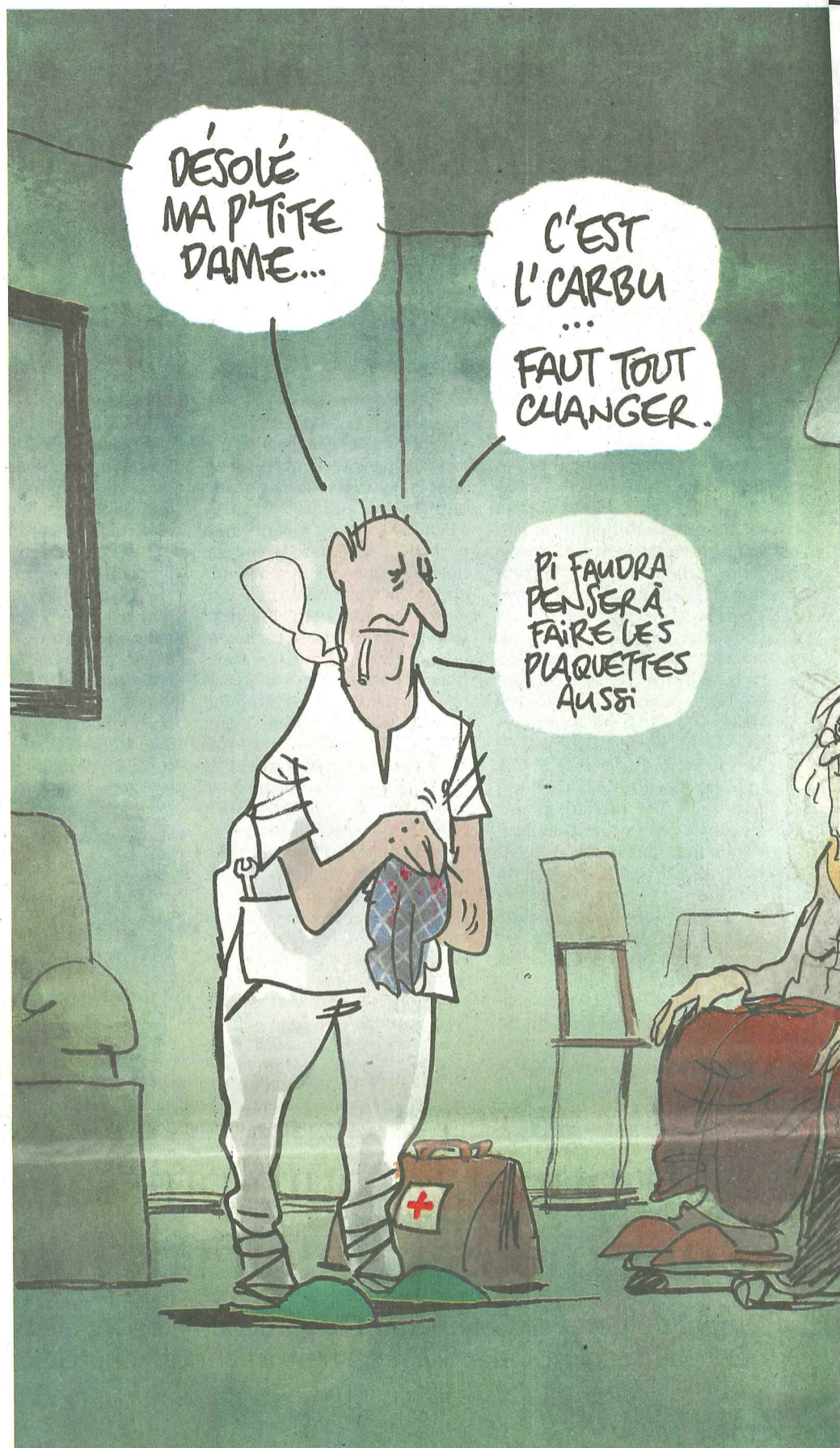
Alors il peut être tentant de falsifier ou d'inventer une ordonnance ; de facturer quatre visites par semaine chez une personne âgée, comme sur l'ordonnance du médecin, et de ne venir que deux fois ; de se faire rembourser dix fois au lieu d'une les frais de déplacement quand on vient voir dix résidents d'un même Ehpad. Souvent, avec les infirmiers, ce n'est pas grand-chose, « mais, avec ces petits actes, ces petites factures, à coups de 3, 6 ou 8 euros, ça peut aller super vite », poursuit l'avocate de l'Assurance-maladie.

Dans quelques cas particuliers, la fraude se pratique à grande échelle, et alors les sommes sont vertigineuses. En 2021, Sandra R., infirmière à Marseille, a été condamnée à rembourser à la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) des Bouches-du-Rhône 720 000 euros perçus en cinq ans pour des soins, en fait jamais dispensés, à trois patients. Les deux premiers étaient ses propres parents. Pour le troisième, elle avait facturé à l'Assurance-maladie des chimiothérapies en nombre tel qu'elles couvriraient jour à dix-huit heures de perfusions par nuit pendant plus de quatre ans, total d'autant plus aberrant que le médecin traitant du patient niait les avoir prescrites, et pour cause : ce patient n'avait jamais eu de cancer.

En 2022, Marc B. a fait « mieux » : 1,7 million d'euros à rembourser à l'Assurance-maladie, alertée par un assuré vigilant ayant constaté, sur son compte Ameli, que l'infirmier marseillais avait continué à facturer, à hauteur de 150 000 euros, des soins qu'il avait pourtant cessé de lui prodiguer depuis deux ans. L'enquête avait révélé que ce soignant indélicat avait, par ailleurs, touché plus de 100 000 euros pour des soins censés avoir été effectués à des dates où les patients concernés se trouvaient à l'hôpital ; 370 000 euros de prestations qui n'étaient justifiées par aucune prescription médicale ; ou encore 650 000 euros de prestations justifiées par des ordonnances dont les médecins prescripteurs contestaient être les auteurs – des prescriptions falsifiées par l'infirmier, donc.

Mises bout à bout, les erreurs de bonne foi, la filouterie du quotidien et l'escroquerie d'ampleur industrielle coûtent cher. La fraude concerne un très faible pourcentage de praticiens, mais l'Assurance-maladie gère des sommes tellement colossales – 246 milliards d'euros de dépenses de santé prévus pour 2023 – que la facture grimpe haut. La Caisse nationale d'assurance-maladie a estimé le montant des sommes indûment versées aux infirmiers entre 286 millions et 393 millions d'euros par an, soit entre 5 % et 6,9 % de ses dépenses en soins infirmiers. Ce montant atteint 60 millions à 96 millions

IL PEUT ÊTRE TENTANT DE SE FAIRE REMBOURSER DIX FOIS AU LIEU D'UNE LES FRAIS DE DÉPLACEMENT QUAND ON VIENT VOIR DIX RÉSIDENTS D'UN MÊME EHPAD



pour les chirurgiens-dentistes (de 2,4 % à 4 % des dépenses), 91 millions à 105 millions pour les pharmaciens (de 0,5 % à 0,6 %), 140 millions à 230 millions pour les médecins spécialistes, c'est-à-dire les ophtalmologues, gynécologues, radiologues, etc. de (de 2,6 % à 4 %), 145 millions à 177 millions pour les transporteurs sanitaires (de 3,9 % à 4,9 %), 166 millions à 234 millions pour les masseurs-kinésithérapeutes (de 5,2 % à 6,7 %), 185 millions à 215 millions pour les médecins généralistes (de 3,1 % à 3,5 %). Au total, entre 1,1 milliard et 1,4 milliard d'argent public égaré chaque année dans les poches des professionnels de santé – sans compter la fraude des laboratoires d'analyses biologiques et celle des fournisseurs de produits et de matériel de soins.

Estimer la fraude est une chose, la détecter et la stopper en est une autre, plus délicate. Pour 2022, le montant de la fraude repérée par l'organisme s'est élevé à 316 millions d'euros, dont 68 % étaient le fait de professionnels de santé, et 21 % seulement celui d'assurés (les 11 % restants étant le fait des établissements de santé et des employeurs) : en matière d'arnaque à l'Assurance-maladie, les plus voyous ne sont de fait pas forcément ceux que l'on croit.

Le Monde s'est entretenu avec des interlocuteurs au sein de l'Assurance-maladie, de l'ordre des médecins ou de celui des infirmiers, a consulté les archives de la presse quotidienne régionale, eu accès à des jugements pénaux et consulté la jurisprudence de la justice ordinaire des médecins, des infirmiers, ou des kinés – accessible sur le site Internet des ordres. Ces sources regorgent d'histoires d'escrocs en blouse blanche qui profitent de la générosité du système de santé pour soigner leur compte en banque autant que leurs patients.

Le catalogue d'astuces est riche, mais trois façons de flouer l'Assurance-maladie reviennent en boucle : facturer des prestations inutiles ; surfacturer des prestations ; facturer des prestations fictives. Ce dernier procédé est le

plus répandu. C'est un généraliste, à Nîmes, qui profitait de la visite de ses patients pour compter une consultation à tous les enfants inscrits sur la carte Vitale, et se faire ainsi payer trois, quatre, cinq consultations au lieu d'une : 199 000 euros de préjudice pour l'Assurance-maladie ; une autre généraliste, à Vaulx-en-Velin (Grand Lyon), qui pratiquait la même méthode, et appliquait, en outre, le tarif de nuit même en plein jour : 800 000 euros de préjudice ; un infirmier épinglé pour 45 000 euros d'actes fictifs qui, pour se justifier, expliquait facturer ses visites même quand le patient était absent, comme dédommagement pour le temps perdu.

La fraude se caractérise le plus souvent par de petits montants et de gros volumes, mais certains font exception, comme cette pharmacienne de Vincennes (Val-de-Marne) condamnée en juin à six mois de prison ferme : elle avait facturé 96 fois à l'Assurance-maladie un médicament à 11 000 euros la boîte sans jamais l'avoir vendu, en télétransmettant les quatre mêmes ordonnances dont elle changeait la date : 1,2 million d'euros volés.

Les escrocs en blouse blanche ont tendance à viser les personnes âgées, moins vigilantes, dont il est aisé de conserver la carte Vitale plusieurs jours entre deux rendez-vous afin de déclarer des actes fictifs, ou encore les bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA, ex-CMU) qui, automatiquement dispensés d'avancer leurs frais médicaux, ne regardent pas le coût des prestations.

Tel était le plan de deux sœurs qui ont ouvert en 2021 un centre dentaire à Trappes (Yvelines), vite devenu une usine à fraude. Le scandale était arrivé par un patient venu pour un simple détartrage, qui avait découvert en consultant son compte Ameli que le centre avait en outre facturé à l'Assurance-maladie une couronne à 8 000 euros. Pensant à une erreur, il était retourné au centre dentaire, où 4 000 euros lui avaient été proposés – en vain – contre son silence. Il avait porté plainte,

OSP - CESSATIONS DE GARANTIE

LOI DU 2 JANVIER 1970 - DECRET D'APPLICATION N° 72-678 DU 20 JUILLET 1972 - ARTICLES 44

QBE EUROPE SA/NV, sis Tour CBX - 1 Passerelle des Reflets - 92913 Paris La Défense Cedex (RCS NANTERRE 842 689 556), succursale de QBE EUROPE SA/NV, dont le siège social est à 37, Boulevard du Régent, 1000 BRUXELLES - BELGIQUE, fait savoir que, la garantie financière dont bénéficiait la :

VALANS GESTION SAS
64 Avenue Parmentier

75011 PARIS RCS: 948 442 603

depuis le 01/03/2023 pour ses activités de : GESTION IMMOBILIERE depuis le 01/03/2023 pour ses activités de : SYNDIC DE COPROPRIETE cessera de porter effet trois jours francs après publication du présent avis. Les créances éventuelles se rapportant à ces opérations devront être produites dans les trois mois de cette insertion à l'adresse de l'Établissement garant sis Tour CBX - 1 Passerelle des Reflets - 92913 Paris La Défense Cedex. Il est précisé qu'il s'agit de créances éventuelles et que le présent avis ne préjuge en rien du paiement ou du non-paiement des sommes dues et ne peut en aucune façon mettre en cause la solvabilité ou l'honorabilité de la SAS VALANS GESTION.



d'Orléans à Saran (Loiret), alors que les deux villes se touchent. L'étude de sa facturation avait révélé toute la gamme des anomalies suspectes : il était capable de finir une course à Orléans et d'en démarrer une à Paris une demi-heure plus tard, d'entamer une course alors que la précédente n'était pas achevée, de transporter un patient dans le Loiret tout en se trouvant... au Maroc. Total à rembourser à l'Assurance-maladie : 773 000 euros.

Pour la troisième grande méthode de fraude à l'Assurance-maladie, il n'est besoin ni d'inventer, ni d'exagérer des prestations, il suffit parfois de facturer au juste prix un soin bien réel, mais en allant à l'encontre de l'article R4127-8 du code de la santé publique, qui oblige tout médecin à « limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ». L'organisme se voit ainsi régulièrement facturer des actes inutiles, qu'aucune raison de santé ne justifie. Par cet ORL du Var, par exemple, qui multipliait les audiométries vocales (26 euros), pratique consistant à évaluer l'intelligibilité de la parole, sur des patients n'ayant aucun problème de ce côté-là ; ou les vidéonystagmoscopies (58 euros), jusqu'à neuf pour un seul patient, alors que cet examen destiné à repérer les facteurs oculaires de vertige n'a qu'une finalité diagnostique, et qu'il suffit de le pratiquer une fois.

MALADES IMAGINAIRES

C'est aussi ce généraliste de la Creuse qui soumettait régulièrement à des tests de dépression des patients soit déjà suivis en psychiatrie, soit ne présentant aucun signe clinique de dépression, des tests (à 69 euros) sans autre intérêt, donc, que de garnir son compte en banque. C'est encore le médecin qui, au lieu de prescrire un arrêt de travail de six jours qu'il sait nécessaire, en prescrit un de trois jours à l'issue desquels le patient devra revenir pour se faire prescrire le second. Cela s'appelle « pratiquer la revoyure ». Variante : prescrire une prise de sang, demander au patient de revenir avec les résultats, pour une analyse qui durera une minute mais permettra de facturer, là aussi, une deuxième consultation.

Soignants et patients sont parfois de mèche, on bascule alors dans l'escroquerie en bande organisée. En mars 2022, une jeune infirmière récemment installée dans le Finistère, aux revenus anormalement élevés, a avoué que, face à la difficulté de trouver des patients dans sa nouvelle région, elle avait demandé à ses voisins de se faire prescrire des soins par leur médecin, puis de lui remettre les ordonnances qu'elle n'avait plus qu'à télétransmettre avec de fausses factures, en échange de quoi elle leur redistribuait la moitié des sommes que lui versait l'Assurance-maladie.

Plus organisé encore : en 2014, un pharmacien, onze médecins, et plusieurs faux patients avaient été condamnés par le tribunal de Grasse à des peines de prison allant jusqu'à trois ans ferme – en l'occurrence pour le pharmacien, cerveau d'une escroquerie à plus de 600 000 euros. Celui-ci fournissait des listes de médicaments chers à des patients en pleine forme, qui allaient se les faire prescrire chez les médecins. Les malades imaginaires revenaient ensuite avec les ordonnances chez le pharmacien, qui n'avait plus qu'à se faire rembourser par l'Assurance-maladie les remèdes prescrits – sans les sortir de ses rayons – et à reverser une commission aux faux patients. Des médecins, pour leur défense, s'étaient dits victimes de menaces des faux patients.

Il fut aussi question de fraude commise sous la pression dans une affaire passée devant le tribunal d'Orléans en 2021. Une infirmière, à coups de facturation d'actes fictifs, avait escroqué plus de 1 million d'euros à sa CPAM, qui avait porté plainte. Elle avait reconnu les faits, et porté plainte à son tour pour chantage contre la belle-fille d'une de ses patientes. Cette dernière, en se penchant sur le compte Ameli de sa belle-mère, avait découvert que l'infirmière truandait, et avait menacé de la dénoncer. Le chantage lui avait rapporté plus de 300 000 euros. L'infirmière avait été condamnée, comme son maître-chanteur, à deux ans de prison, dont un ferme.

Les infirmiers sont dotés depuis 2016 d'un code de déontologie, qui leur enjoint de « respecter en toutes circonstances les principes de moralité (...) indispensables à l'exercice de la profession ». Quant aux médecins escrocs, qu'ils soient chirurgiens ou gynécologues, radiologues ou ophtalmologues, généralistes ou psychiatres, ceux qui ont un jour été démasqués ont peut-être songé à ces mots : « Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. » Les premiers mots du serment d'Hippocrate. ■

HENRI SECKEL

Des abus de professionnels de santé difficiles à détecter

Si l'avènement du tiers payant a facilité la vie des patients, qui n'avancent plus les frais, il a multiplié les risques de fraude à l'Assurance-maladie

Comment débusquer la fraude dans un système où se croisent 1,2 million de professionnels de santé et 60 millions d'assurés, générant 1,4 milliard de feuilles de soin par an ? Comment contrecarrer des fraudeurs toujours plus inventifs, pour qui chaque nouveau champ ouvert au remboursement – les tests antigéniques pendant la crise liée au Covid-19, les prothèses auditives depuis la mise en œuvre, en 2019, de la mesure 100 % santé (sans reste à charge)... – est un nouveau terrain d'escroquerie potentielle ? Pour Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), la mission des 1600 agents (sur 60 000) dévolus à la lutte contre les abus – qui seront bientôt 300 de plus –, la mission est « difficile, mais pas impossible ».

En 2022, ceux-ci ont détecté 316 millions d'euros de versements indus, ce qui est à la fois beaucoup et peu si on rapporte ce montant aux 240 milliards d'euros de dépenses de santé annuelles que gère l'Assurance-maladie. Les professionnels de santé sont à l'origine de 68 % du préjudice subi par la CNAM, contre 21 % seulement pour les assurés, une répartition contraire aux idées reçues, qui s'explique par l'évolution du système de santé : avec l'avènement du tiers payant, celui-ci rétribue désormais les premiers plus souvent qu'il ne rembourse les seconds, puisque, avec ce dispositif qui évite au patient d'avancer les frais, c'est la « Sécu » qui paie directement le professionnel de santé.

Comportements atypiques

Cette avancée a facilité la vie des citoyens, mais elle a « aussi significativement accru les risques de fraude », constatait le Cour des comptes en 2020, dans un rapport qui pointait les failles de l'Assurance-maladie en la matière, notamment depuis 2016 et l'instauration d'une « garantie de paiement » pour inciter les professionnels de santé à passer au tiers payant. Il s'agissait, à l'époque, de rassurer des soignants qui redoutaient de crouler sous les démarches administratives et d'avoir à batailler pour être rémunérés : si la CNAM ne les payait pas sous sept jours, elle leur verserait des indemnités de retard.

Avec le tiers payant, le patient, dispensé de frais, ne surveille plus la dépense. La tentation existe alors pour le professionnel de santé de surfacturer des actes ou d'en déclarer des fictifs à la CNAM, laquelle, contrainte de tenir ses délais de paiement, n'a plus le

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SONT À L'ORIGINE DE 68 % DU PRÉJUDICE SUBI PAR LA « SÉCU »

temps de passer au crible les feuilles de soin, prescriptions et factures qu'elle reçoit. « L'Assurance-maladie a en grande partie démantelé les contrôles existants, déjà insuffisants, lorsqu'une garantie de paiement sous sept jours a été accordée aux professionnels pratiquant le tiers payant, relevait la Cour des comptes. Les irrégularités rendues possibles par l'absence de contrôles automatisés sont très nombreuses. »

Il n'y aura pas de retour en arrière, explique M. Fatôme : « Notre système est fait pour rembourser vite l'assuré qui avance de l'argent ou le professionnel de santé qui a fourni une prestation, on l'assume, c'est l'une de ses forces. Si le délai de remboursement était de deux mois, le temps de mener des contrôles approfondis pour stopper le moindre abus, nous ne satisferions pas les attentes légitimes des uns et des autres. Notre mission, c'est de concilier les deux : être diligent dans le versement des prestations tout en étant garants de la bonne utilisation des deniers publics. »

« Le système contrôle d'abord toutes les factures sur des axes de conformité de première ligne, détaille Marc Scholler, directeur délégué de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude à la CNAM. Est-ce que l'assuré a des droits, est-ce que le professionnel de santé figure dans notre base de données, est-ce que sa spécialité correspond bien à celle des actes facturés, etc. » Dans un second temps, des contrôles complémentaires ciblés peuvent être menés en cas « d'indices ou de signaux avérés de fraude ».

Plusieurs comportements atypiques peuvent alerter : un médecin dont les honoraires grimpent soudain en flèche, ou excèdent largement la moyenne des confrères ; un taux élevé de facturation en « flux dégradé » (c'est-à-dire sans la carte Vitale de l'assuré, méthode réservée, en théorie, aux cas où ce dernier l'aurait oubliée ou égarée) ; une forte proportion de bénéficiaires de la Protection universelle maladie (ex-CMU), pour qui le tiers payant est automatique, au sein d'une patientèle ; un recours abusif à la téléconsultation. Les anomalies sont parfois si grossières que les

ordinateurs ou les enquêteurs de la CNAM n'ont pas à fouiller bien loin – l'organisme s'est déjà vu facturer des consultations pour un homme mort depuis un an, ou des échographies postérieures à l'accouchement d'une femme.

« Contrôles embarqués »

Le rapport de la Cour des comptes a servi d'électrochoc. Un effort réel est en cours, mais la CNAM part de loin. Elle ne détecte qu'une infime partie de la fraude estimée. Exemple chez les infirmiers libéraux, dont l'activité a été passée au scanner pour l'année 2018 : 17,8 millions d'euros de versements indus détectés sur les 286 millions à 393 millions d'euros estimés. L'objectif est désormais d'augmenter la détection pour passer des 316 millions de versements indus repérés en 2023 – assurés et (tous) professionnels de santé confondus – à 380 millions en 2023, et 500 millions en 2024.

Dans un rapport de mai 2023, la Cour des comptes estime que la CNAM contrôle trop peu, qu'elle utilise « une application informatique ancienne dont le paramétrage ne bloque qu'une part très limitée des factures [irrégulières] », et qu'elle « s'épuise à rechercher a posteriori » des irrégularités que l'informatique devrait pouvoir empêcher a priori. Un changement radical de stratégie s'impose. « Notre priorité va surtout être de prévenir la fraude, de basculer d'un système réactif qui contrôle après que la fraude a eu lieu vers un système proactif qui permet d'éviter qu'elle ait lieu. Parce que, de toute façon, aucun système d'information ni aucune armée de contrôleurs, si nombreux soient-ils, ne suffiront pour tout détecter », explique M. Scholler.

La CNAM compte sur l'amélioration des « contrôles embarqués » dans ses logiciels pour bloquer avant paiement les facturations non autorisées – certains infirmiers facturent bien plus de visites de routine que le maximum autorisé (trente-quatre par jour) sans que l'informatique ne le détecte. Et elle mise beaucoup sur l'ordonnance numérique, dont la généralisation est prévue pour 2024, pour mettre fin aux falsifications et permettre une comparaison instantanée entre les actes réalisés ou les médicaments fournis par rapport à ceux prescrits.

Elle entend aussi taper plus fort sur les fraudeurs. Par le recours aux déconventionnements, sur lesquels elle communique volontiers mais qui restent peu nombreux : 45 en 2022. Par l'engagement de poursuites systématiques contre les professionnels épinglés (plainte ordinaire, ou plainte pénale dans les cas les plus graves). Par des pénalités financières dont la loi de financement de la « Sécu » 2023 a porté le maximum à 300 % du préjudice subi. Autre axe d'amélioration : augmenter le taux de recouvrement des sommes indûment versées, qui se situe aujourd'hui, selon M. Scholler, « autour de 50 % » de la fraude détectée. ■

H. SE.