

Le nomadisme médical

Thierry TOUTIN¹, Michel BÉNÉZECH²

RÉSUMÉ

Les auteurs étudient les différents aspects du nomadisme médical en France : fraude et escroquerie à la sécurité sociale, abus de médicaments et de produits stupéfiants, trafic de stupéfiants. Les professionnels de santé peuvent parfois être complices de ces abus de prescriptions médicales qui donnent lieu à des sanctions administratives et pénales.

Mots-clés : Addiction, Fraude sociale, Médicament, Nomadisme médical, Ordonnance médicale, Toxicomane, Sécurité sociale.

SUMMARY

MEDICAL NOMADISM

The authors examine various aspects of medical nomadism in France: fraud and swindle to social security, medicine and drug abuse, drug trafficking. Health professionals can sometimes be complicit in the abuse of medications that give places to administrative and criminal sanctions.

Keywords: *Drug addict, Drug addiction, Medical nomadism, Medicine, Prescription, Social fraud, Social security.*

1. Commandant de Police, Membre d'un Comité opérationnel départemental anti-fraude [1]

2. Psychiatre, légiste, criminologue, Conseiller scientifique de la Gendarmerie nationale – michel.benezech@gmail.com

1. INTRODUCTION

Le nomadisme médical est une forme d'abus, pouvant évoluer jusqu'à la fraude, dont sont victimes les organismes d'assurance maladie. Il consiste à consulter de manière récurrente et itinérante des médecins et des officines de pharmacie dans le but d'obtenir indûment un volume de médicaments supérieur à la posologie autorisée ou prescrite. Il apparaît alors des chevauchements dans les périodes de prescription et de délivrance des médicaments, ce qui occasionne un préjudice au détriment des organismes sociaux. Ce type de comportement concerne à la fois le champ social et le champ pénal surtout lorsqu'il y a recours à des ordonnances surchargées, falsifiées, contrefaites, volées ou encore de complaisance. Les produits obtenus en grande quantité sont soit consommés par les abuseurs, soit revendus par les trafiquants-fraudeurs, soit les deux.

2. ABUSEUR, FRAUDEUR, ESCROC OU MALADE

2.1. Fraude sociale, abus, délit pénal

Dans le domaine du champ social, la fraude est une action de mauvaise foi, intentionnelle, dans le but de tromper ou de nuire aux intérêts d'autrui, visant à obtenir un avantage matériel ou moral injustifié. La Délégation nationale de lutte contre la fraude [2] précise que « *c'est une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques. Les finances publiques comprennent les recettes publiques, impôts, taxes, cotisations et contributions et les prestations sociales de toute nature, assurances, allocations et aides diverses* ». Pour le Code pénal, l'escroquerie, infraction similaire, consiste à faire usage d'un faux nom, d'une fausse qualité ou à employer toute manœuvre frauduleuse pour se faire remettre indûment des valeurs, de l'argent ou des objets mobiliers. La différence entre fraude et escroquerie réside donc dans le but visé. Le fraudeur cherche à obtenir un avantage, alors que l'escroc vise l'acquisition d'argent, de valeurs ou d'objets mobiliers. Quant à l'abus, c'est un usage excessif d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique au-delà d'un niveau acceptable, par incompétence, complaisance, négligence ou trouble mental : pathologie hypocondriaque, conduite addictive.

Dans le cadre du nomadisme médical, l'abuseur est celui qui consulte régulièrement et sans nécessité les médecins, même de spécialité identique. Une personne se rend chez un médecin, mais en désaccord avec son diagnostic ou sa prescription, ou tout simplement sans affinité avec ce praticien, va consulter à la suite un autre médecin. Elle sera plus ou moins bien remboursée par la sécurité sociale pour les deux consultations et obtiendra deux ordonnances différentes. L'existence d'un médecin référent en France n'exclut nullement en effet la possibilité d'aller consulter directement un autre praticien, généraliste ou spécialiste, la sanction étant seulement de nature financière. En Grande-Bretagne, où il existe depuis longtemps un praticien généraliste référent (General Practitioner), le patient est obligé de passer par lui, y compris s'il veut consulter un spécialiste. Ainsi l'abuseur agit par exagération, par excès de recours aux soins, par obstination pour obtenir soit des arrêts de travail, soit des prescriptions, alors que les fraudeurs agissent sciemment dans un but malveillant.

2.2. Modes opératoires

Ils sont variables surtout dans les formes aggravées de fraudes liées aux trafics de médicaments. Ils peuvent être de deux natures :

2.2.1. Avec implication des professionnels de santé

Lorsque le médecin est complaisant, il n'y a pas de véritable acte médical. Il se contente de prescrire des ordonnances contre rémunération parallèle et ne transmet rien à quiconque. Les ordonnances ainsi obtenues permettent aux bénéficiaires de s'adresser à diverses pharmacies, lesquelles délivreront les médicaments demandés qui seront remboursés par l'organisme d'assurance maladie. Ce dernier sera simplement en mesure de contrôler si la quantité de médicaments remboursés est en adéquation avec la copie des ordonnances transmises par l'officine. Mais si le pharmacien est complaisant, les médicaments délivrés, suite à l'ordonnance de complaisance ou contre rémunération directement perçue par l'officine, ne feront l'objet d'aucune transmission à l'organisme payeur. Il n'y aura aucune possibilité de contrôle de la sécurité sociale dans ce cas. Seul le relevé annuel d'activité pourrait détecter d'éventuelles anomalies.

2.2.2. *Sans implication des professionnels de santé*

Le médecin prescripteur délivre sciemment et régulièrement des médicaments avec des chevauchements d'ordonnances, ce qui permet au patient d'obtenir des quantités importantes de produits sur un temps restreint. Ou encore, l'ordonnance sera dupliquée afin d'obtenir le plus de médicaments possible auprès de diverses pharmacies qui délivreront les produits en toute bonne foi. Autre possibilité, le patient va voir de nombreux médecins, lesquels délivrent chacun une ordonnance, ce qui permet au patient d'obtenir de multiples ordonnances couvrant une même période. Sont assimilées à cette pratique, les ordonnances falsifiées, fabriquées de toute pièce (établissement d'un faux) ou provenant d'ordonnanciers volés. Pour ne pas attirer l'attention des pharmaciens, le fraudeur-escroc se déplacera auprès de plusieurs officines de sa région pour se faire délivrer des produits qui seront remboursés par la sécurité sociale, branche maladie. Dans ces situations, les professionnels de santé ne sont *a priori* pas impliqués. Cependant, s'agissant de produits « sensibles » (antalgiques, psychotropes, dérivés morphiniques), ils doivent faire preuve d'une vigilance particulière, notamment s'ils ne sont pas le médecin traitant du patient.

2.2.3. *Critères d'ordonnances suspectes*

Certaines ordonnances portent des indicateurs d'abus et de pharmacodépendance. Ce sont les ordonnances volées, détournées, falsifiées ou de complaisance :

- ✓ ordonnances rédigées à partir d'une ordonnance volée ;
- ✓ ordonnances photocopiées, scannées, fabriquées sur ordinateur ;
- ✓ ordonnances modifiées par adjonction d'un médicament, modification de la posologie ou de la durée du traitement ;
- ✓ prescriptions anormales ne rentrant pas dans les situations précédentes (prescriptions de complaisance par exemple).

2.3. *Quelques exemples*

Pour illustrer notre propos, nous citerons en premier le cas de monsieur X. Cet assuré, déjà connu pour

falsification de nombreuses ordonnances, avait reconnu les faits dans une précédente affaire et remboursé les prestations indues. Mais il n'a pu s'empêcher de recommencer. Une enquête interne de l'organisme social permettra d'établir qu'il avait obtenu, en l'espace d'un an, des centaines de boîtes de zolpidem (Stilnox) auprès de plus de 500 officines et d'une quarantaine de prescripteurs différents. L'enquête démontrera aussi que la posologie recommandée pour ce produit est de 1 comprimé par jour. Ce médicament étant conditionné par boîtes de 14 comprimés, l'assuré aurait dû obtenir (si ce traitement était médicalement justifié) 2 boîtes par mois, soit 24 boîtes en un an. Or, dans le cas présent, le mis en cause en a obtenu plus de 1500 qui lui ont été délivrées sur cette même période. La notification des articles L. 315-1 et L. 315-2, relatifs au contrôle médical, du Code de la sécurité sociale a été adressée à l'assuré ainsi qu'à toutes les pharmacies et à tous les prescripteurs concernés par ce nomadisme forcené. Les faits ont démontré que cet individu avait rédigé de fausses ordonnances en utilisant de fausses identités pour se procurer ce médicament hypnotique et sédatif. L'enquête ne dit pas ce qu'il a fait ensuite dudit produit (consommation personnelle toxicomaniaque et/ou trafic ?).

La notion de nomadisme médical, pour le responsable de la cellule contre les fraudes sociales à la brigade de répression de la délinquance astucieuse de la préfecture de police de Paris [3], comprend « Les fraudes commises par des assurés sociaux qui, essentiellement, se font remettre en toute illégalité et dans des proportions incompatibles avec un usage thérapeutique personnel des médicaments qu'ils revendent par la suite en France ou à l'étranger. » Ce responsable explique que « quelquefois », l'assuré social utilise sa propre carte Vitale mais que « la plupart du temps » ce type de fraude est le fait d'escrocs ayant en leur possession des cartes Vitale volées. Avec « plusieurs fois la même prescription » (éventuellement falsifiée par la suite) ou des ordonnances confectionnées maison, « ces individus, bien souvent toxicomanes, ont ainsi trouvé le moyen de se procurer des médicaments rares et de grande valeur afin d'alimenter divers trafics ». Les cartes Vitale sont utilisées sur un laps de temps très court et en écumant les pharmacies. Dans certains dossiers, on a pu compter jusqu'à 300 pharmacies différentes. A ce titre, la police parisienne cite l'exemple d'un bénéficiaire de la CMU qui, de 2008 à 2011, usant de fausses ordonnances notamment pour des substituts stupéfiants, a causé plus de 4.600 euros de préjudice à la CPAM de Paris, ainsi que celui d'un toxico-

mane qui, entre 2010 et 2011, a consulté 13 médecins, s'est rendu dans 15 pharmacies et a obtenu 429 boîtes d'un substitut à l'héroïne pour un préjudice de plus de 8.700 euros.

3. MÉDICAMENTS ET PROFILS CONCERNÉS

3.1. Antalgiques et psychotropes

Selon les professionnels de santé et les organismes sociaux, les médicaments les plus convoités en matière de nomadisme médical sont généralement ceux voués au confort physique et psychologique des toxicomanes ou anciens toxicomanes. Globalement, les deux grandes catégories de produits concernés sont les antalgiques et les divers psychotropes : anxiolytiques, sédatifs, antidépresseurs, neuroleptiques, hypnotiques, psychostimulants. Les médicaments analgésiques, du type dérivés morphino-mimétiques et opiacés, sont les plus recherchés, tel le sulfate de morphine (Skenan, Moscontin). Ces produits sont particulièrement prisés des héroïnomanes en manque, dont ils atténuent la douleur physique et morale. Les trois molécules actuellement disponibles pour la substitution ont toutes un point commun : elles diminuent ou annulent l'effet de manque. Mais sur l'aspect psychique, ces produits ne sont pas équivalents : le sulfate de morphine a un effet euphorisant, calmant et réconfortant, le chlorhydrate de méthadone (Méthadone) un peu moins, la buprénorphine (Subutex) est un produit normalisant [4].

Les médicaments psychotropes concernent en fait toutes les catégories de personnes. Ces produits peuvent bénéficier autant à des individus en état d'addiction qu'à des personnalités hypocondriaques ou suivies en psychiatrie. Pour les autres addictions, liées à une avalanche de prescriptions médicales et à une escalade médicamenteuse, on trouve l'ensemble des médicaments à potentiel addictif. Selon le professeur Dematteis [5], les médicaments reconnus à fort potentiel addictif sont les suivants :

- ✓ anxiolytiques et sédatifs (BZD, barbituriques et autres hypnotiques), produits très consommés par les toxicomanes pour atténuer l'état de manque ;
- ✓ analgésiques (majeurs, mineurs et leurs mélanges) ;

- ✓ psychostimulants (amphétamines, éphédrine, méthylphénidate, nicotine, caféine...) ;
- ✓ anti-migraigneux (mélangés ou pas à la caféine et aux analgésiques).

Il convient d'ajouter que le débat sur la dépénalisation risque d'aggraver davantage la situation. Lors de son audition devant la Mission d'information sur les toxicomanies, Bernard Leroy [6] déclarait : « *Nous allons dans le mur parce que la dépénalisation existe déjà de facto et que le recours aux médicaments licites s'est formidablement développé dans notre pays. Des personnes de plus en plus nombreuses traitent les problèmes de la vie courante avec des médicaments prescrits de manière excessive par le médecin, par exemple huit médicaments différents, dont deux pour dormir, pour une seule patiente dépressive... L'argument des prix est tout aussi stupide. Actuellement, « la morphine médicale » coûte 6 euros la plaquette. Les trafiquants la vendent 1000 euros, mais ils peuvent baisser son prix à 5 euros sans aucun problème : ils n'ont pas de charges sociales, pas d'impôts et ils paient à peine leurs ouvriers. Si on élargit l'assiette des utilisateurs, il leur sera possible de faire des profits gigantesques tout en contractant les prix. Et la concurrence sera impitoyable au sein de la mafia qui inondera le marché de drogues de plus en plus violentes, puissantes et originales* ».

L'enquête OSIAP (Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible) identifie les médicaments détournés à partir des demandes aux pharmaciens d'officine et estime pour chaque médicament un index de détournement afin d'évaluer l'importance du potentiel addictif de ce produit. Le tableau 1 indique les pourcentages de prescriptions suspectes [7].

3.2. Profils des contrevenants

Bien qu'il n'existe pas semble-t-il de statistiques spécifiques en la matière, il semble que dans le cadre du nomadisme médical les profils psychologiques soient aussi divers que variés. Du petit abuseur à l'escroc, en passant par le fraudeur, la gamme est très étendue. D'ailleurs, les personnes impliquées ne sont pas forcément consommatrices des médicaments qu'elles obtiennent par divers subterfuges. On constate aussi bien la présence de patients excessifs et/ou revendicateurs que de malades imaginaires ou en état d'addiction médicamenteuse, de sujets suivis en psychiatrie, de fraudeurs récidivistes, de professionnels de santé, de pharmaciens, de trafiquants de médicaments, de toxicomanes et anciens toxicomanes substitués. Les

DCI	Spécialités	2008	2007	2006	2005
		n=270	n=292	n=329	n=415
Zolpidem	Stilnox®	14,1 % (38)	9,2 % (27)	9,4 % (31)	8,4 % (35)
	Zolpidem				
Buprénorphine	Subutex®	8,9 % (24)	8,2 % (24)	7,6 % (25)	10,8 % (45)
Bromazépam	Lexomil®	7,4 % (20)	6,2 % (18)	11 % (36)	7,2 % (30)
	Bromazepam				
Morphine	Skénan®	5,9 % (16)	1,0 % (3)	2,1 % (7)	3,4 % (14)
	Sevredol®				
	Actiskenan®				
Clorazépate	Tranxène®	3,3 % (9)	3,1 % (9)	1,5 % (5)	2,9 % (12)
Ass acéprométazine	Noctran®				
Alprozolam	Xanax®	3,3 % (9)	5,5 % (16)	4,9 % (16)	4,0 % (16)
	Alprozolam				
Flunitrazépam	Rohypnol®	3,3 % (9)	2,4 % (7)	3,3 % (11)	7,2 % (30)
Zopiclone	Imovane®	3,3 % (9)	6,5 % (19)	4,3 % (14)	2,9 % (12)
	Zopiclone				
Clonazépam	Rivotril®	3,0 % (8)	1,0 % (3)	3,3 % (11)	1,2 % (5)
Tramadol	Topalgic®	3,0 % (8)	0,7 % (2)	0,9 % (3)	2,2 % (9)
	Zamudol®				
	Zaldiar®				

Tableau 1 : Enquête OSIAP - Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible.

individus liés à l'usage illicite de produits stupéfiants sont souvent attirés par la pratique du nomadisme médical. Il existe plusieurs raisons à cela :

- ✓ ils ne supportent pas les contraintes liées à la délivrance de produits de substitution ;
- ✓ les quantités délivrées officiellement ne sont pas considérées comme suffisantes par rapport à leur besoin ;
- ✓ les circuits de délivrance paraissent trop contraignants, trop contrôlés pour une population habituée à la méfiance, à l'illégalité et même à une certaine clandestinité.

4. INFRACTIONS CONSTATÉES, SANCTIONS ENCOURUES

4.1. Au niveau pénal

Au plan pénal, ces comportements frauduleux correspondent à des délits passibles de sanctions correc-

tionnelles et parfois criminelles. Sans en dresser une liste exhaustive, les infractions les plus fréquentes concernent le faux et l'usage de faux, l'escroquerie, le trafic de stupéfiants (dans la mesure où les médicaments illégalement acquis sont classés sur la liste stupéfiants des pharmacies) et l'usurpation d'identité. Le délit de faux et usage de faux est prévu à l'article 441-1 du Code pénal : « Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour objet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Quant à l'escroquerie, elle est réprimée par l'article 313-1 du même code : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds,

des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. » L'infraction d'usurpation d'identité, définie à l'article 434-23 du Code pénal, prévoit cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Quant aux peines pour trafic de stupéfiants, articles 222-34 à 222-43 du même code, elles peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité. Soulignons que le trafic de médicaments est assimilé au trafic de produits stupéfiants. Quelle piste suivre pour réduire ces trafics ? Il conviendrait peut-être de sensibiliser davantage les services judiciaires à ces phénomènes sous-estimés. En effet, un affermissement des qualifications pénales de ces faits semble une nécessité au regard des dégâts sociaux, économiques et sanitaires occasionnés.

Les exemples de condamnations ne manquent pas. Poursuivis pour avoir participé à un trafic de Skenan dans le Nord de la France, auprès de toxicomanes qui le détournaient pour ensuite le revendre, deux médecins ont été condamnés à sept et douze mois de prison avec sursis. L'un de ces deux généralistes a été reconnu coupable de facilitation à l'usage de stupéfiants et condamné à une peine d'un an de prison avec sursis assortie d'une interdiction définitive d'exercer la médecine à titre libéral. L'autre, reconnu coupable de manquement au Code de la santé publique, a été condamné à sept mois de prison avec sursis et à une amende de 8.000 euros. Citons encore le cas de deux pharmaciens poursuivis pour escroquerie à la sécurité sociale et facilitation à l'usage de stupéfiants. Reconnus coupables d'infractions au Code de la santé publique, ils ont été condamnés respectivement à deux et quatre mois de prison avec sursis et 3.000 et 6.000 euros d'amende.

Pour avoir revendu des cachets de Skenan à d'autres consommateurs de stupéfiants, quatre toxicomanes ont été condamnés à des peines allant de trois mois d'emprisonnement avec sursis à quatre mois fermes. Il convient encore de distinguer la contrefaçon de faux médicaments importés en France de celle du trafic de médicaments (considéré comme trafic de stupéfiants) au préjudice de la sécurité sociale, par voie d'ordonnances falsifiées.

4.2. Au niveau administratif

Une procédure dite de « sanction administrative », prévue à l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité

sociale, donne compétence aux directeurs des organismes de sécurité sociale pour prononcer une pénalité financière à l'encontre des assurés, employeurs, professionnels et établissements de santé, fournisseurs et autres prestataires de services, individus impliqués dans une fraude organisée, qui sont auteurs de faits de fraude ou abus énumérés par cet article. L'article L. 114-10 du même code dispose : « Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire... ».

Ainsi, ces dispositions entendent-elles dissuader les acteurs du système de soins de transgresser les règles et témoignent de la saine gestion des fonds confiés par la collectivité. Rappelons ici l'article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale : « Est passible d'une amende de 5000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. » L'intensification des contrôles donne lieu à des sanctions de plus en plus lourdes envers les fraudeurs, qu'ils soient assurés, employeurs ou professionnels de santé.

5. COÛT DE LA FRAUDE SOCIALE

Un rapport parlementaire de 2006 dresse un bilan de la situation. Les chiffres sont impressionnants. La fraude sociale s'élèverait à 20 milliards d'euros par an en France selon les données du rapport Tian [8], du nom du rapporteur des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Un chiffre symbolique, car proche de celui du déficit de la sécurité sociale ou de la fraude fiscale (environ 30 milliards d'euros). Par fraude sociale, on entend les fraudes aux prestations et aux cotisations sociales (notamment les cotisations patronales). Ce rapport pointe les failles du système

les plus exploitées par les contrevenants et propose diverses solutions.

Après 11 mois d'enquête, 28 auditions et six déplacements en régions du rapporteur, il apparaît que la fraude aux prélèvements serait la plus importante. Les manquements aux cotisations patronales et salariales non versées en raison du travail au noir se chiffraient entre 8 et 15,8 milliards d'euros : « 10 à 12% d'entreprises sont en infraction et entre 5 et 7% des salariés ne sont pas déclarés ». Les fraudes aux prestations sociales (indemnités d'arrêts maladie, allocations familiales, RSA etc..) se situeraient entre deux et trois milliards d'euros. Mais le rapporteur se dit « convaincu que la fraude sociale représente des montants financiers bien plus importants que ce que les premières évaluations réalisées laissent supposer ». À Paris, plus de 30 millions d'euros de fraudes aux prestations sociales ont ainsi été décelés en 2010. Les fraudes ont principalement été commises au préjudice de l'Urssaf (18 millions d'euros), de la Caisse d'allocations familiales (5 millions) et de l'Assurance-maladie (2,8 millions). Seuls 25% des dossiers, relevant d'une volonté frauduleuse avérée ou d'un système organisé, vont au pénal. Les autres relèvent de la fraude à la petite semaine. Dans un rapport de septembre 2010, la Cour des Comptes, estimait de son côté la fraude sociale entre 10 et 15 milliards d'euros par an.

6. PRÉCONISATIONS ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE

« La fraude sociale représenterait 44 fois plus que la fraude actuellement détectée », précise Dominique Tian. Son rapport fait 53 propositions pour lutter au mieux contre le phénomène. Il recommande par exemple d'« améliorer le pilotage par l'État de la politique de lutte contre la fraude sociale » et de « simplifier le cadre juridique ». Il propose également d'augmenter les sanctions, et notamment développer des sanctions pénales plus dissuasives pour les récidivistes.

6.1. L'augmentation du délai de prescription

Pour lutter contre les fraudes portant sur les documents et l'identité, la MECSS suggère de « rétablir le face-à-face pour la constitution de dossiers initiaux de demandes de prestations sociales » et d'allonger les délais de prescription pour favoriser la récupération des indus.

6.2. La carte vitale biométrique et les contrôles

Très concrètement, la MECSS, qui considère que « les téléprocédures facilitent la fraude », préconise l'instauration d'une carte vitale biométrique d'une durée limitée, assortie d'une révision de la procédure d'attribution des numéros de sécurité sociale. Elle propose aussi de dynamiser les contrôles et d'imposer des « objectifs chiffrés » aux caisses de sécurité sociale. Elle invite encore à développer le contrôle des arrêts maladies avec augmentation de la fréquence des contre-visites pour le privé et la fonction publique, à l'initiative de l'employeur.

6.3. Le ticket modérateur

Il représente un mode de financement important de la part des assurés pour certains soins de santé. Une critique a pu être faite au ticket modérateur car il peut affecter un patient économiquement faible et l'inciter à renoncer aux soins dont il aurait besoin. C'est pourquoi le système français prévoit une exonération de participation pour les personnes atteintes par l'une des maladies chroniques, graves ou invalidantes figurant sur une liste. La mise en place du ticket modérateur a pour but d'inciter les assurés à limiter au nécessaire les soins et les dépenses, mais ceci n'est pas directement lié au phénomène du nomadisme médical.

6.4. Les ordonnances sécurisées

L'utilisation des ordonnances dites sécurisées est obligatoire pour toute prescription ou commande à usage professionnel de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, en application de l'article R.5132-5 du Code de la santé publique. Ces ordonnances répondent à des profils techniques précis :

- ✓ elles sont réalisées sur du papier filigrané blanc naturel sans azurant optique ;
- ✓ l'identification du prescripteur est pré-imprimée ;
- ✓ une numérotation d'identification du lot est inscrite dessus ;
- ✓ un carré en micro-lettres où doit être indiqué le nombre de médicaments prescrits est pré-imprimé ;

- ✓ l'ordonnance doit également comporter un duplicata pour les médicaments pris en charge par l'assurance maladie.
- ✓ le prescripteur peut rédiger l'ordonnance manuellement ou par informatique ;
- ✓ en cas de perte ou de vol de leurs ordonnances, les prescripteurs doivent en faire la déclaration sans délai aux autorités de police.

7. CONCLUSION

Le nomadisme médical reste une préoccupation importante pour les organismes de sécurité sociale. La problématique du nomadisme est en effet double. Tout d'abord, il existe un vrai problème médical et humain en lien avec la dépendance. Ensuite, le nomadisme va souvent de pair avec le trafic de médicaments, qui est par ailleurs une réalité difficile à combattre pour les caisses primaires, mais qui renvoie vers des enjeux liés au développement d'une vraie économie souterraine rendue possible du fait même du fonctionnement des caisses et du système de notre protection sociale.

Si, dans ce bref article, nous avons insisté sur les abuseurs, fraudeurs et escrocs au comportement utilitaire et sans visée thérapeutique, il n'en reste pas moins que certaines catégories de patients peuvent abuser de médicaments sous l'effet de leur problématique psychopathologique. Il s'agit pour l'essentiel des toxicomanes et des personnes souffrant d'hypocondrie qui multiplient sans cesse consultations, examens paracliniques et prises médicamenteuses. Ces hypocondriaques, volontiers considérés comme des « malades imaginaires », ne sont nullement des abuseurs antisociaux mais de véritables handicapés mentaux qui expriment leur angoisse en terme de pathologie organique. Ils ont souvent des exigences précises et variées en ce qui concerne leur santé et sont demandeurs de prescriptions médicales en général. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Les Comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) réunissent, sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'État (police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail) et les organismes locaux de protection sociale (Pôle emploi, URSSAF, caisses d'allocations

familiales, d'assurance maladie et de retraite, le régime social des indépendants (RSI), la MSA) afin d'apporter une réponse globale et concertée aux phénomènes de fraude, qu'ils concernent les prélèvements obligatoires ou les prestations sociales. En 2010, les CODAF ont permis dans les départements de contribuer à la détection d'environ un quart des fraudes sociales (travail dissimulé et prestations), aux côtés des actions autonomes des services de police et de gendarmerie et des services d'enquête des administrations et des organismes de protection sociale.

- [2] La Délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF) a été créée en avril 2008. Elle est placée par délégation du Premier Ministre auprès du ministre du budget des comptes publics et de la réforme de l'État. Elle assure le secrétariat du Comité national de lutte contre la fraude (CNLF).
- [3] Site Internet – Paris Ménilmontant
- [4] Les trois principaux produits de substitution n'ont pas tous les mêmes règles de prescription. La Méthadone est prescrite par un centre, pour un délai limité à une semaine. Les médecins de ville peuvent poursuivre les prescriptions. Le Subutex est disponible en pharmacie, mais le médecin doit remplir une ordonnance sécurisée. Le patient peut prendre quatre semaines de traitement. Quant au sulfate de morphine, le prescripteur est en théorie censé demander l'avis du médecin conseil avant tout traitement.
- [5] Professeur Dematteis, Clinique de médecine légale et d'addictologie – CHU de Grenoble – Laboratoire HP 2 – Inserm U 1042 – UJF EA 3745.
- [6] Audition de Bernard Leroy, avocat général près la Cour d'appel de Versailles, le mercredi 8 juin 2011, devant la Mission d'information sur les toxicomanies.
- [7] Professeur Dematteis, Addictions aux médicaments – CHU de Grenoble – Laboratoire HP 2 – Inserm U 1042 – EC/UE d'addictologie 2010-2011.
- [8] Rapport d'information n° 3526, déposé le 19 décembre 2006 en application de l'article 145 du Règlement de l'Assemblée Nationale par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur les moyens de contrôle de l'Unédic et des Assédic, présenté par Dominique Tian, député.