

BILAN D'ACTIVITÉ **LA LUTTE CONTRE** **LA FRAUDE** **CGSS - DRSM GUYANE**



2024



cgss-guyane.fr



I. MISSION ET ORGANISATION

Le pôle Lutte Contre la Fraude (LCF) de la CGSS Guyane et l'Unité de Lutte contre les Abus et la Fraude (ULAF) de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) Guyane ont pour mission de détecter, prévenir, et sanctionner les comportements abusifs, dangereux ou frauduleux dans le système de santé (prestations sociales de l'Assurance Maladie) et de l'Assurance Retraite. Leurs actions ciblent les assurés, professionnels de santé, les prestataires de dispositifs médicaux (LPP) et les retraités.

4 NIVEAUX D'INTERVENTION



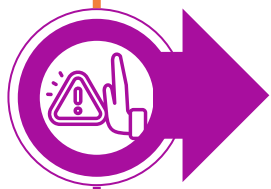
NIVEAU 1 : ÉVALUER

Connaître précisément nos risques pour mieux les maîtriser.



NIVEAU 2 : PRÉVENIR

Être moins vulnérable en sécurisant davantage nos activités.



NIVEAU 3 : DÉTECTER & CONTRÔLER

Moderniser nos outils de ciblage et de contrôle pour gagner en efficacité.



NIVEAU 4 : SANCTIONNER

Réprimer de façon mieux adaptée et plus rapide.

II. LES FAITS MARQUANTS

- Un résultat record pour la lutte contre les fraudes à la CGSS Guyane en 2024 avec plus de 13 M € de fraudes détectées et stoppées grâce à une collaboration fructueuse avec les enquêteurs judiciaires, ainsi qu'une synergie médico-administrative.

Gendinfo
Toute l'actualité de la gendarmerie nationale

Actualités Sur le terrain Paroles de gendarmes **Enquêtes** Culture Sport Histoire Dossiers

Accueil > Enquêtes > 2023 > Greffes de rein : l'Antenne OCLAESP de Guyane met fin aux agissements douteux d'un néphrologue et de ses complices

Greffes de rein : l'Antenne OCLAESP de Guyane met fin aux agissements douteux d'un néphrologue et de ses complices

• Par la rédaction du site Gendinfo
• Publié le 24 novembre 2023



© OCLAESP

Mardi 14 novembre 2023, une vaste opération judiciaire a été menée par l'OCLAESP (Office Central de Lutte contre les Atteintes à l'Environnement et à la Santé Publique) et les gendarmes de Guyane afin de mettre un terme aux agissements frauduleux de l'Association pour le traitement de l'insuffisance rénale en Guyane, dont le néphrologue n'inscrivait pas ses patients sur la liste d'attente de greffe. Plus de 80 victimes sont recensées.

Mi-juillet 2023, les enquêteurs du détachement de l'Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique (OCLAESP) de Cayenne recueillent un renseignement relatif à des pratiques douteuses dans un centre de néphrologie. Certains patients seraient exclus du parcours de greffe de rein, alors même que leur espérance de vie est diminuée. Les premières vérifications permettent de confirmer le renseignement.

37 enquêteurs mobilisés

Début août, le procureur de la République de Cayenne confie la direction de l'enquête au détachement local de l'OCLAESP. Au total, 37 enquêteurs de l'OCLAESP, du Groupe interministériel de recherches (GIR) et du Commandement de la gendarmerie (COMGEND) de Guyane vont procéder aux investigations. Celles-ci permettent de déterminer que le néphrologue du centre n'accompagne pas les patients vers le parcours de greffe et ne les inscrit pas sur les listes d'attente, contrairement à ce qu'il leur fait croire. L'exploitation de la liste de patients dialysés au sein de l'association mise en cause, comparée à celle de l'agence Biomédecine, permet en effet de mettre en lumière le décalage important entre le nombre de patients inscrits sur la liste d'accès à une greffe et le nombre de patients dialysés (75 au total), persuadés d'y être.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Fort-de-France, le 26/09/2024

Le 19 septembre 2024, une vaste opération judiciaire a été menée, tant en Guyane que dans l'hexagone, par l'OCLAESP (l'office central compétent en matière d'environnement et de santé publique), le GIR (groupe interministériel de recherches) et les gendarmes de Guyane suite aux agissements de la société AZ DOM, spécialisée dans la mise à disposition de matériel médical à domicile. La société, avec la complicité de médecins urgentistes du CHOG de Saint Laurent du Maroni aurait bénéficié de prescriptions abusives permettant d'obtenir des remboursements de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS).

Le responsable de la société AZ DOM, José MARIEMA, son épouse, des salariés et des médecins prescripteurs ont été interpellés. Le préjudice pour l'assurance maladie serait de 4 039 514€.

L'enquête avait été ouverte en 2022 par le parquet de Cayenne et la juridiction interrégionale spécialisée (IIRS) de Fort de France avait été saisie ensuite compte tenu de l'importance et de la gravité de l'affaire, un juge d'instruction étant alors désigné.

Il apparaissait que bon nombre de patients n'avaient pas bénéficié de traitement à domicile. Cette pratique était généralisée à l'ensemble de la Guyane. L'enquête mettait en évidence, notamment pour des enfants, des prescriptions incohérentes présentant un risque avéré, voire léthal.

Réalisées sous le contrôle du magistrat instructeur, des perquisitions ont permis de découvrir un stock important de médicaments, contrevenant à la réglementation en vigueur et matérialisant les faits d'exercice illégal de la profession de pharmacien mais également des objets de valeur et six véhicules. Des sommes d'argent ont également été saisies pour plusieurs centaines de milliers d'euros.

Le 23 septembre 2024, José MARIEMA, son épouse ont été présentés devant le juge d'instruction de la IIRS de Fort de France. Ils ont été mis en examen notamment pour exercice illégal de la profession de pharmacien, proposition d'avantages à personnels de santé, abus de bien sociaux, escroquerie en bande organisée et blanchiment. Le médecin prescripteur se voit quant à lui notamment reprocher une mise en danger de la vie d'autrui et la complicité d'escroqueries en bande organisée. Les mis en cause ont été placés sous contrôle judiciaire avec notamment le versement de cautionnements et des interdictions professionnelles.




- Une mission trimestrielle du médecin-conseil coordonnateur inter-drom LCF.
- 6 réunions du comité de qualification pour statuer sur les suites contentieuses de 64 dossiers (faute & fraude).
- Installée en 2022, la commission de pénalités financières (section des assurés) a validé jusqu'à 8 500 € de pénalités financières en 2024 pour 12 dossiers.
- La poursuite du traitement des requêtes nationales relevant de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) visant principalement le domaine de risque « ressources ».

III. LES CHIFFRES CLES



MALADIE



13 406 447 €
impact financier



73
dossiers contrôlés



RETRAITE



583 533 €
impact financier

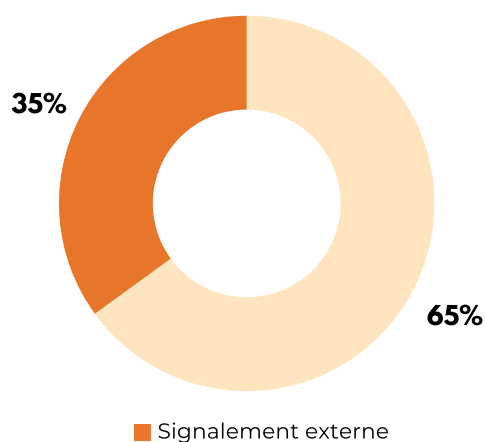


12
dossiers contrôlés

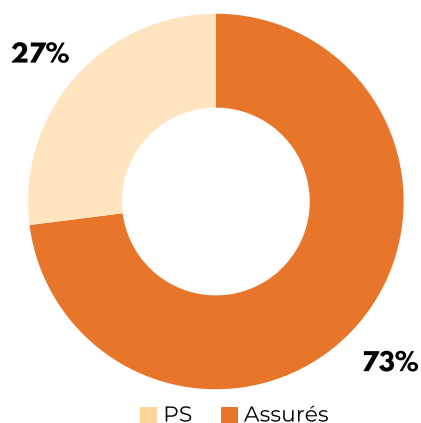
V. ACTIVITÉS

Actions loco régionales maladie : la majorité des signalements reçus proviennent des services internes et concernent les assurés.

- **RÉPARTITION DES SIGNALEMENTS**

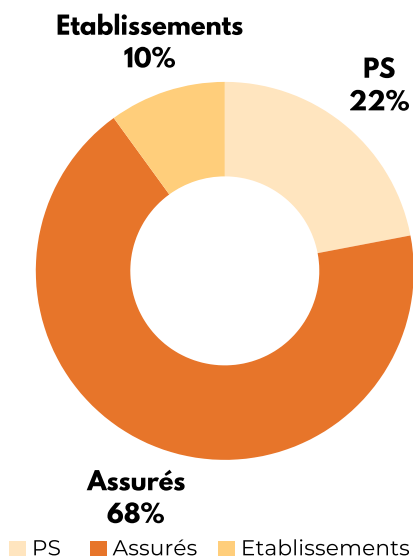


- **SIGNALEMENT PAR CATÉGORIE D'ACTEURS**

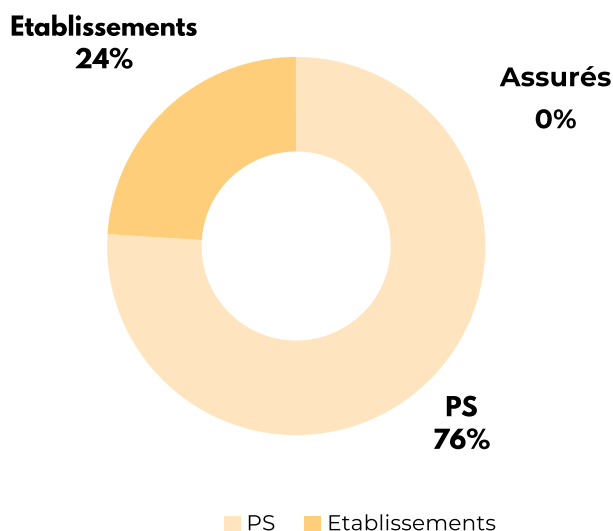


Répartition des fraudes détectées en 2024 par type d'acteurs.

- **NOMBRE**

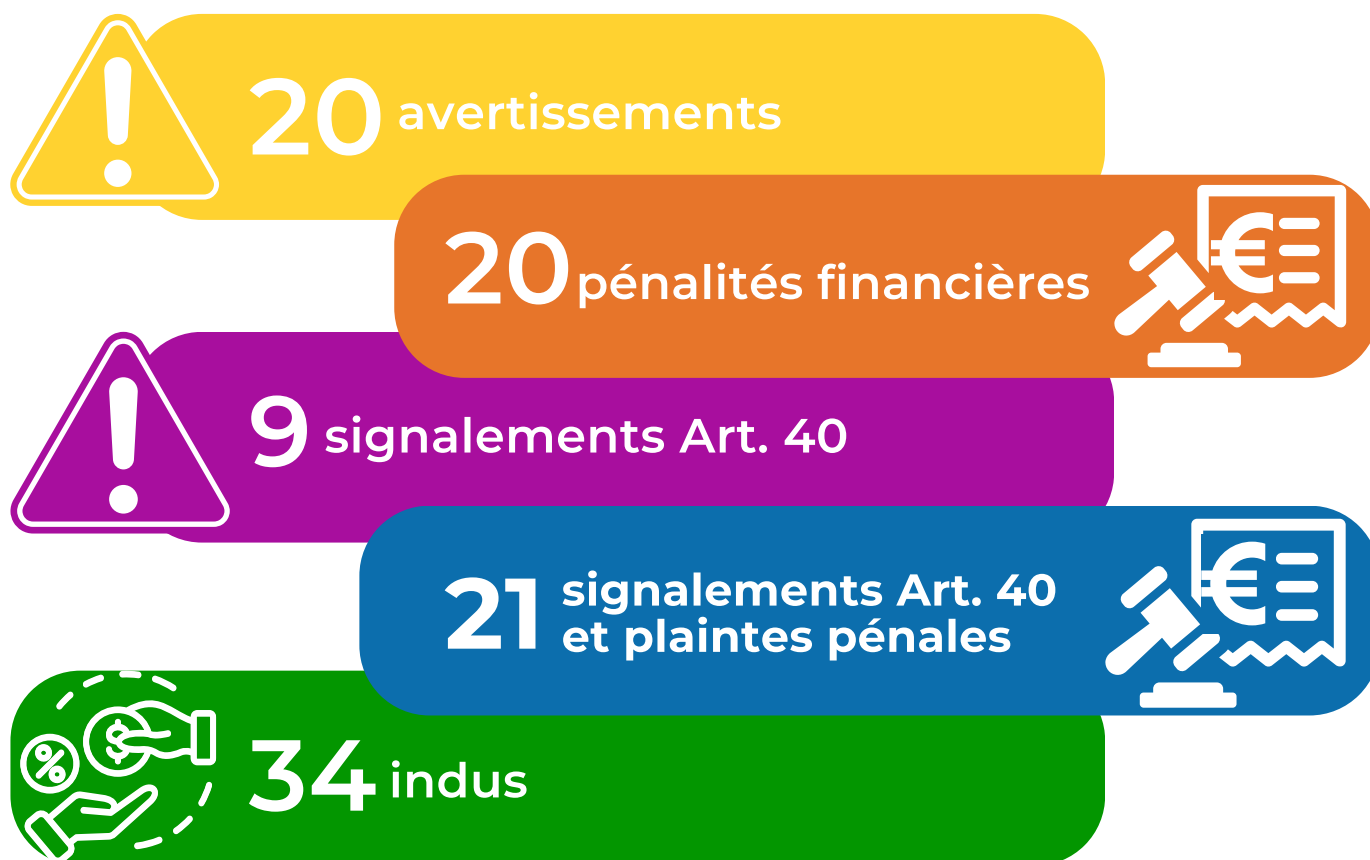


- **MONTANTS**



Même si plus de la moitié des fraudes détectées relève des assurés, le préjudice financier est plus important et plus coûteux chez les professionnels de santé.

- **NATURE & NOMBRE DE SUITES CONTENTIEUSES RÉALISÉES (MALADIE ET RETRAITE)**



*Les dossiers sont à fort enjeu financier et la nature des griefs nécessitent de réaliser des plaintes pénales prioritairement.

• 5 EXEMPLES DE FRAUDE :

• Fraude C2S :

Pour bénéficier de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), un assuré a déclaré des revenus perçus en dessous du plafond de la C2S sans participation financière (10 817 €) et inférieur au plafond de la C2S avec participation financière (14 603 €) pour un foyer composé d'une personne. Détecté par l'Assurance Maladie et après avoir fait usage du droit de communication auprès des différents partenaires, il a été établi que les ressources du foyer s'élevaient à 200 000 €. Cette fraude a donné lieu à une notification d'indu de 500 €, à une suppression immédiate de la C2S et à une pénalité financière (amende) de 20 000 €.

• Fraude aux indemnités journalières :

Un assuré a bénéficié du paiement d'indemnités journalières à hauteur de 5 800 € suite à un arrêt de travail de 3 mois. L'Assurance Maladie a mis en évidence l'utilisation d'un faux avis d'arrêt de travail, qui a donné lieu à un signalement auprès du Procureur de la République, une pénalité financière (amende) de 17 000 € et un indu de 6 400 €.

• Retraite :

Pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) soumise à une condition de résidence, un retraité n'a fait mention de son changement de résidence sur le questionnaire qui lui avait été envoyé. L'Assurance Maladie a mis en évidence qu'il avait quitté le territoire français depuis plusieurs années et qu'il n'avait pas déclaré l'ensemble de ses ressources, dont la rente versée suite à un accident du travail.

Cette fraude a donné lieu au paiement d'une pénalité financière (amende) de 1 100 € et un indu de 30 000 €.

- **Professionnel de santé :**

Un responsable d'entreprise de transports sanitaires utilisait différents moyens pour augmenter le montant de ses factures.

Facturations :

- de transports non réalisés,
- et réalisation de transport mentionnant sur la facture le nom d'une personne qui n'a pas réalisé le transport,
- et réalisation d'un transport par du personnel ayant fait l'objet d'un retrait de permis.

Après l'avoir détecté dans le cadre d'un programme national, l'Assurance Maladie l'a poursuivi au pénal, réclamé un indu de 25 000 € et une pénalité financière (amende) de 22 000 €.

- **Fraude aux rentes versées au conjoint survivant :**

Pour continuer à bénéficier de la rente au conjoint survivant versée suite au décès de sa concubine, un assuré n'a pas déclaré son changement de situation. En effet, depuis le décès, il a indiqué sur les attestations sur l'honneur « ne pas être remarié ni avoir conclu de pacte civil de solidarité, ni vivre en concubinage ».

Cette fraude a donné lieu à une récupération à hauteur de 50 000 €, une suppression du paiement de la rente, et une pénalité financière pour fraude (amende) de 90 000 €.