

**THESE**  
  
**pour le**  
  
**DIPLÔME D'ETAT**  
  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
  
**par**  
  
**Katia LAROUR-MÉNIER**

---

*Présentée et soutenue publiquement le 22 mars 2007*

**CREATION D'UN OUTIL DE DETECTION  
DE LA FRAUDE PAR FALSIFICATION  
D'ORDONNANCES  
A PARTIR DES BASES DE DONNEES REGIONALES  
DE L'ASSURANCE MALADIE**

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie, Nantes  
Membres du jury : Mme Pascale JOLLIET, Professeur de Pharmacologie, Nantes  
Mme Caroline VICTORRI-VIGNEAU, Pharmacien, Nantes  
M. Dominique SIMON, Médecin-conseil, Nantes  
M. Bernard SAUVETRE, Pharmacien, Nantes

# Sommaire

<i>Liste des figures</i> .....	2
<i>Liste des tableaux</i> .....	3
<i>Liste des abréviations</i> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>PARTIE I : Matériel et méthodes</b> .....	9
<b>I. Définitions</b> .....	9
I.1. Population source.....	9
I.2. Population sélectionnée.....	9
I.3. Variables relatives à cette population.....	9
I.4. Forme des données communiquées, un exemple .....	13
<b>II. Critères de détermination de la fraude</b> .....	14
II.1. Critère 1 : répétition du comportement de multiprésentation d'ordonnances au cours de l'année. 15	15
II.2. Critère 2 : nombre moyen de délivrances par ordonnance.....	15
II.3. Critère 3 : nombre de pharmacies différentes vues au cours de l'année .....	16
II.4. Critère 4 : nombre total de répétitions d'ordonnance complète .....	16
II.5. Critère 5 : potentiel de détournement des médicaments délivrés.....	18
II.6. Réalisation d'un profil de fraude à partir de ces cinq critères .....	19
II.7. Réalisation d'un profil de non fraude à partir d'un groupe témoin, et comparaison au profil de fraude.....	20
<b>III. Classement des individus du fichier : définition des catégories</b> .....	20
<b>IV. Principe de l'analyse des patients suspects au cas par cas, et diagnostics</b> .....	21
IV.1. Analyse et diagnostic du CEIP .....	21
IV.2. Analyse et diagnostic du Service Médical .....	24
<b>V. Qualités métrologiques de l'outil</b> .....	24
V.1. Evaluation de la concordance des résultats : comparaison des conclusions du CEIP avec celles du Service Médical.....	24
V.2. Définitions et formules de calcul des qualités métrologiques de l'outil.....	25
<b>PARTIE II : Résultats</b> .....	27
<b>I. Répartition de la population sélectionnée en trois groupes : les chiffres</b> .....	27
<b>II. Etude des trois groupes par le CEIP</b> .....	28
II.1. Groupe I : 20 patients.....	28
II.2. Groupe II : 41 patients .....	34
II.3. Groupe III : 1969 patients .....	37
II.4. Comparaison des profils de fraude moyens des groupes I et II.....	42
<b>III. Comparaison des conclusions du CEIP avec celles du Service Médical</b> .....	43
III.1. Groupe I.....	43
III.2. Groupe II .....	44
III.3. Groupe III.....	45
<b>IV. Calcul des qualités métrologiques de l'outil</b> .....	46
IV.1. Dans le cas de l'étude des groupes I et II .....	46
IV.2. Dans le cas de l'étude du groupe I uniquement .....	47
<b>V. Objectif d'automatisation</b> .....	48
V.1. Critères d'automatisation des conclusions du CEIP .....	48
V.2. Comparaison des conclusions après automatisation.....	48
V.3. Calcul des qualités métrologiques de l'outil après automatisation.....	51
<b>PARTIE III : Discussion</b> .....	55
<b>I. Forces et faiblesses de l'outil</b> .....	55

<b>II. Hypothèses : les raisons d'un comportement de multiprésentation .....</b>	<b>58</b>
<b>II.1. Le complément d'ordonnance .....</b>	<b>58</b>
<b>II.2. L'obtention de plus d'un mois de traitement en une fois .....</b>	<b>59</b>
<b>II.3. L'obtention répétée de médicaments .....</b>	<b>59</b>
<b>III. Conclusion.....</b>	<b>63</b>
<i>Bibliographie .....</i>	<i>65</i>
<i>Liste des annexes.....</i>	<i>71</i>

## Liste des figures

Figure 1 : répartition des ordonnances recueillies en fonction des critères de suspicion <sup>(1)</sup> . .....	6
Figure 2 : un exemple de profil de fraude représentant les cinq critères. ....	19
Figure 3 : le même exemple de profil de fraude, intégrant le profil de non fraude. En vert est représentée l'activité tolérée, qui n'est pas considérée comme de la fraude ; en rouge est figurée la fraude avérée, dépassant les seuils de tolérances. ....	20
Figure 4 : calendrier des prescriptions et délivrances du patient 528. ....	22
Figure 5 : répartition des patients du groupe I en fonction de leur âge. ....	28
Figure 6 : profil de fraude moyen du groupe I. ....	31
Figure 7 : répartition des médicaments du groupe I en fonction de leur classe thérapeutique (uniquement la molécule la plus délivrée, pour chaque patient). ....	32
Figure 8 : répartition des patients du groupe II en fonction de leur âge. ....	34
Figure 9 : profil de fraude moyen du groupe II. ....	36
Figure 10 : profil de non fraude. ....	42
Figure 11 : profil de fraude moyen du groupe I, incluant le profil de non fraude. ....	42
Figure 12 : profil de fraude moyen du groupe II, incluant le profil de non fraude. ....	42
Figure 13 : profil de non fraude à la même échelle. ....	43
Figure 14 : arbre décisionnel récapitulatif de l'utilisation de l'outil en fonction du temps et des moyens disponibles. ....	54
Figure 15 : des exemples de galéniques de comprimés d'ecstasy ; on note l'importance du logo, de la forme et de la couleur dans l'attractivité du comprimé <sup>(37)</sup> . ....	62
Figure 16 : des exemples de galéniques de comprimés de différents médicaments, détournés et présentés comme de l'ecstasy ; sous le nom commercial et la DCI de chaque médicament est indiqué le nom de rue du comprimé <sup>(39)</sup> . ....	62

## Liste des tableaux

Tableau I : les données de délivrances du patient 1546. ....	13
Tableau II : les délivrances réalisées à partir de l'ordonnance n°1 du patient 463.....	17
Tableau III : les délivrances réalisées à partir de l'ordonnance n°4 du patient 463. ....	17
Tableau IV : liste des DCI les plus fréquemment citées dans le recueil de données OSIAP en 2004 <sup>(1)</sup> , soit 517 OSIAP (les DCI citées 1 seule fois ne sont pas prises en compte), et auxquelles est attribué le score 1.....	18
Tableau V : liste des DCI pour lesquelles une enquête officielle a conclu à un potentiel de détournement avéré, ou faisant l'objet d'une enquête en cours (forte suspicion), et auxquelles est attribué le score 2 <sup>(2, 15, 25, 26, 38, 46, 57)</sup> . .....	19
Tableau VI : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut.....	25
Tableau VII : hiérarchisation des patients du groupe I en fonction des critères primaire, secondaire et tertiaire de classement. ....	29
Tableau VIII : molécules principalement délivrées pour chacun des patients du groupe I. ....	32
Tableau IX : hiérarchisation des patients du groupe II en fonction des critères primaire, secondaire et tertiaire de classement. ....	35
Tableau X : hiérarchisation des 245 patients suspects du groupe III en fonction des critères secondaire et tertiaire de classement. ....	40
Tableau XI : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe I. ....	43
Tableau XII : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe II. ....	44
Tableau XIII : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas des groupes I et II (A1). ....	46
Tableau XIV : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas des groupes I et II (A2). ....	46
Tableau XV : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas du groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (B1).....	47
Tableau XVI : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas du groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (B2).....	47
Tableau XVII : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe I, après automatisation. ....	49
Tableau XVIII : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe II, après automatisation. ....	50
Tableau XIX : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour les groupes I et II, et confirmation des diagnostics du groupe II par analyse des dossiers (C1). ....	52
Tableau XX : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour les groupes I et II, et confirmation des diagnostics du groupe II par analyse des dossiers (C2). ....	52
Tableau XXI : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour le groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (D1). ....	53
Tableau XXII : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour le groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (D2). ....	53

## Liste des abréviations

AFSSAPS = Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS = Anti-inflammatoire non stéroïdien

AIS = Anti-inflammatoire stéroïdien

ALD = Affection Longue Durée

ATB = Antibiotique

ATC = Anatomique, Thérapeutique et Chimique

ATD = Antidépresseur

ATCD = Antécédents

AT/MP = Accident de travail / Maladie professionnelle

BZD = Benzodiazépine

CEIP = Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CIP = Club Inter Pharmaceutique

CNAMTS = Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM = Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CRPV = Centre Régional de Pharmacovigilance

CSP = Code de la Santé Publique

DCI = Dénomination Commune Internationale

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IRM = Imagerie par Résonance Magnétique

NotS = Notifications Spontanées

ORL = Oto-Rhino-Laryngologie

OSIAP = Ordonnances Suspectes Indicatrices d'Abus Possibles

RCP = Résumé des Caractéristiques du Produit

SM = Service Médical

UI = Unité Internationale

# **INTRODUCTION**

En France, l'évaluation de l'abus et de la pharmacodépendance fait partie des missions de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Pour ce faire, cette agence coordonne un dispositif de 10 Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), situés dans les principaux CHU, et qui préparent les travaux de la Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes. Celle-ci rend des avis au Directeur général de l'AFSSAPS ou au Ministre chargé de la santé sur les mesures à prendre pour préserver la santé publique dans le domaine de la pharmacodépendance et de l'abus. La structure de ce système national d'évaluation de la pharmacodépendance est décrite dans le Code de la Santé Publique (CSP) à l'article R.5132-99 <sup>(5)</sup>.

L'existence et les missions des CEIP ont été officialisées par le décret n° 99-249 du 31 mars 1999, dont les dispositions ont été insérées dans le CSP aux articles R.5132-112 à R.5132-116 <sup>(16, 6)</sup>. Les CEIP ont trois missions principales : recueillir les données nécessaires à l'évaluation de la pharmacodépendance, informer et former les professionnels de santé, et effectuer des travaux de recherche. Ils ont notamment un rôle très important dans la lutte contre les usages abusifs ou détournés et les dépendances, constatés avec les substances psycho-actives, médicamenteuses ou non ; ils participent également à la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie <sup>(8)</sup>.

Le CEIP de Nantes a une spécificité reconnue au niveau national : le travail en partenariat avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) <sup>(11, 14, 20, 22, 43, 49, 50, 54, 58)</sup>. Cette collaboration originale et innovante a permis de bénéficier d'informations provenant des bases de données informatiques, construites grâce à la télétransmission des demandes de remboursement. Ces données permettent de nombreuses analyses dont les conclusions constituent un argument supplémentaire dans l'évaluation du potentiel de dépendance des médicaments. Des travaux de recherche sont en cours afin de développer des outils d'identification et d'évaluation de la pharmacodépendance grâce à ces bases de données <sup>(59)</sup>, dont le présent travail, réalisé avec le concours des médecins-conseils de la direction régionale des Pays de la Loire du service du contrôle médical de la CNAMTS.

La pharmacodépendance est définie de façon officielle par 7 items, décrits dans le DSM-IV (19), manuel de référence de diagnostic des troubles psychiatriques ; un patient est diagnostiqué pharmacodépendant s'il présente trois ou plus de ces items.

Deux de ces items évaluent l'incapacité du patient à arrêter sa consommation et le temps passé à se procurer ses médicaments. Ils permettent d'identifier le caractère compulsif du comportement du patient au cœur même du syndrome de dépendance. Cette compulsion peut entraîner à terme des comportements délictueux ou de délinquance nécessaires pour se procurer le médicament ou la substance responsable de la dépendance. Dans le cadre du médicament, ce comportement délictueux peut prendre la forme de l'utilisation frauduleuse d'ordonnances.

L'intérêt de la surveillance du comportement de fraude dans l'évaluation de la pharmacodépendance, de plus en plus souligné, s'est donc tout d'abord traduit par la création, par les CEIP, d'un outil national de surveillance de la fraude par falsification d'ordonnances : l'enquête OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicatrices d'Abus Possibles) (7, 31, 36). Cette enquête, réalisée deux fois par an, les mois de mai et de novembre, consiste à recueillir pendant ces périodes les ordonnances falsifiées détectées par les pharmaciens d'officine, dont ces derniers font parvenir la photocopie au CEIP de leur région. La détection de ces ordonnances falsifiées - au sens large du terme - peut se faire selon plusieurs critères : modification de posologie ou de durée de prescription, rajout de médicament, écriture différente de celle du médecin, prescription non conforme, posologie inadéquate, chevauchement, fausse ordonnance (créée de toutes pièces) ou ordonnance photocopiée, incohérence, vol, faute d'orthographe. La figure 1 représente la répartition des ordonnances recueillies en fonction des critères de suspicion, et l'évolution de cette répartition dans le temps au cours des années 2002 à 2005.

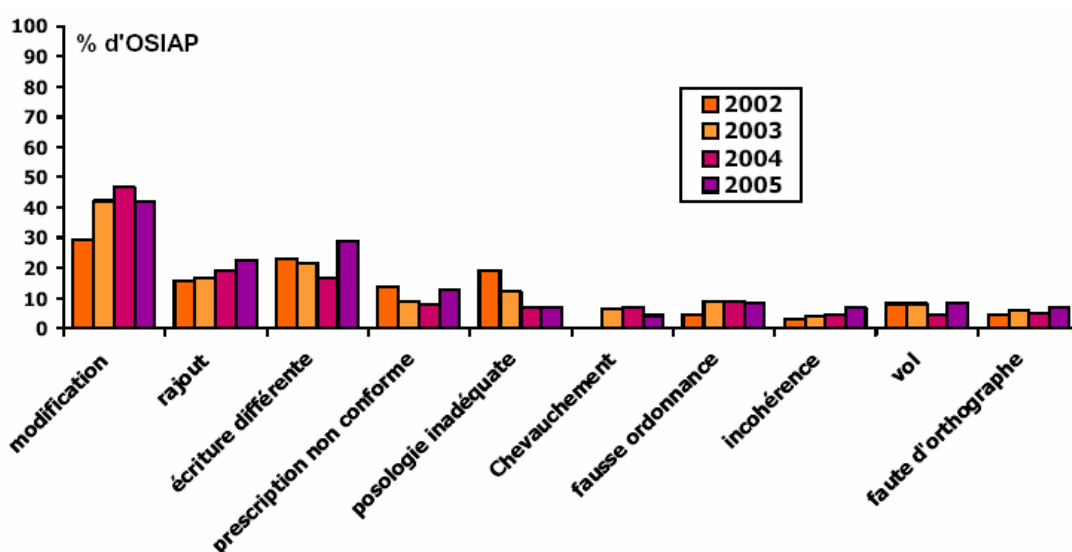


Figure 1 : répartition des ordonnances recueillies en fonction des critères de suspicion (1).

Cependant, l'outil OSIAP souffre d'une sous déclaration, du fait peut-être de la méconnaissance du réseau de recueil par les pharmaciens, d'un manque de temps ou de motivation, mais aussi de la difficulté certaine à détecter les ordonnances falsifiées, pour plusieurs raisons : la généralisation de l'usage de l'informatique pour prescrire, qui rend facile la création de fausses ordonnances, l'utilisation assez restreinte d'ordonnances sécurisées, qui devaient permettre de limiter la fraude, les vols de plus en plus nombreux de blocs d'ordonnances dans les cabinets médicaux...

**L'idée de la création d'un outil complémentaire de détection de la fraude par falsification d'ordonnances est donc née de l'observation des limites de ce premier système de recueil.**

Notre outil, construit à partir des bases de données régionales de remboursement de l'Assurance Maladie, a pour objectif de déceler, parmi une certaine population source, les assurés fraudant par **multiprésentation injustifiée d'ordonnances** (rendue possible par divers moyens de falsification) et se faisant rembourser les médicaments obtenus ; on pourrait les appeler les « OSIAPeurs ». L'intérêt de cette détection est multiple :

- **Intérêt économique** pour l'Assurance Maladie : la détection de ce comportement anormal de multiprésentation est suivie d'une convocation du patient, dans le but de confirmer et de comprendre ce comportement, et au besoin de prendre des mesures adaptées pour faire cesser cette fraude, et réaliser des économies. L'automatisation de ce dépistage, rendant possible une réitération périodique rapide, efficace et reproductible de la détection des fraudeurs, en fait un outil intéressant dans la lutte contre les fraudes. Sa création s'inscrit d'ailleurs parfaitement dans le programme national d'action lancé par l'Assurance Maladie, avec la mise en place d'une direction de la répression des fraudes en janvier 2006, et d'un Comité national de lutte contre les fraudes en octobre 2006 (21, 41).

- **Intérêt dans l'évaluation de la pharmacodépendance** pour le CEIP : l'originalité de ce nouvel outil réside dans son mode de détection, rétrospectif, de la fraude ; en effet, au contraire de l'enquête OSIAP, qui recense les ordonnances falsifiées détectées par les pharmaciens, notre outil permet un dépistage de la fraude *a posteriori*, une fois que la délivrance a eu lieu, en analysant des délivrances pour lesquelles la fraude - si elle existe - n'a pas été détectée. On se dégage donc des préjugés que le pharmacien peut avoir face à des médicaments connus pour être détournés, ce qui pourrait permettre de découvrir des médicaments inattendus dans un contexte de fraude et de détournement, voire de pharmacodépendance.

De plus, outre la complémentarité qu'il apporte à l'enquête OSIAP, cet outil permet, après confirmation de la fraude par le Service Médical du Régime Général de l'Assurance Maladie, de constituer pour chaque patient fraudeur un dossier de notification de cas d'abus ou de pharmacodépendance, notifications dont le recueil et l'enregistrement sont l'une des missions du CEIP.

- Enfin il est envisageable, en coopération avec le Service Médical et après une formation spécifique des médecins-conseils en pharmacodépendance, de mettre au point un suivi de ces patients « sensibles », voire si besoin une orientation vers une structure de soins permettant une prise en charge adaptée. La finalité économique de l'outil se doublerait alors d'un **intérêt médical et de santé publique**.

# **PARTIE I : Matériel et méthodes**

## **I. Définitions**

### **I.1. Population source**

La population source à partir de laquelle est réalisée cette étude correspond aux bénéficiaires du Régime Général de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire.

### **I.2. Population sélectionnée**

Parmi la population source, les assurés qui ont présenté au moins une fois au cours de l'année 2005 **une même ordonnance, le même jour, dans au moins deux pharmacies différentes**, chaque présentation ayant donné lieu à une délivrance, ont été sélectionnés.

Les données de délivrances sur les 7 jours suivant chaque multiprésentation ont été demandées, ce qui permet d'inclure des délivrances isolées se rattachant à ces ordonnances.

### **I.3. Variables relatives à cette population**

Cette requête du CEIP, effectuée auprès des médecins-conseils de la direction régionale des Pays de la Loire du service du contrôle médical de la CNAMTS, a été suivie d'un travail de programmation réalisé par une technicienne de l'équipe, aboutissant à un fichier Excel listant les assurés concernés par le critère de fraude retenu. Les variables obtenues, communiquées sous forme de tableau, sont exposées ci-après.

### **I.3.1. Fichier original**

**A – Caisse** = numéro de la caisse à laquelle est rattaché l'assuré.

**B – N°\_ano\_bénéficiaire** = numéro anonyme du patient bénéficiaire de l'ordonnance, par ordre croissant (de 1 à 2030).

**C – Age du bénéficiaire.**

**D – N° bénéficiaire** = 1, 2... 1 : un seul individu est rattaché au numéro anonyme. 2 : il s'agit d'un second bénéficiaire qui a le même numéro, mais l'ordonnance est pour cette 2<sup>ème</sup> personne (conjoint, enfant...).

**E – N°\_ano\_prescripteur** = numéro anonyme du médecin.

**F – Date prescription** = date à laquelle l'ordonnance est rédigée.

**G – Spécialité prescripteur** = code de la spécialité du prescripteur.

1 = généraliste	13 = pneumologue	33 = psychiatre
2 = anesthésiste	14 = rhumatologue	41 = chirurgien orthopédique
3 = cardiologue	15 = ophtalmologiste	42 = endocrinologue
5 = dermatologue	16 = urologue	48 = chirurgien vasculaire
6 = IRM	18 = stomatologue	70 = gynécologue
8 = gastroentérologue	19 = dentiste	74 = oncologue
11 = ORL	32 = neurologue	

**H – N°\_ano\_exécutant** = numéro anonyme de la pharmacie qui a réalisé la délivrance.

**I – Date exécution** = date de la délivrance.

**J – Spécialité exécutant** = code spécialité « pharmacien » : 50.

**K – Code CIP** = code identifiant le médicament.

**L – Quantité délivrée** = nombre de boîtes délivrées du médicament concerné.

**M – Prix unitaire.**

**N – Motif exonération** = exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire dispense d'avance des frais, pour une des raisons suivantes :

- LIS : correspond à une ALD (Affection Longue Durée).
- A115 : signifie article 115 (anciens militaires).

**O – Soins en rapport** = les médicaments sont en rapport (O) ou non (N) avec le motif d'exonération.

**P – Taux de remboursement** = 35%, 65% ou 100% du prix du médicament est remboursé par l'Assurance Maladie.

**Q – N° ligne** = ce numéro, interne au fonctionnement de l'organisme d'Assurance Maladie, concerne le remboursement.

**R – Nom du médicament.**

**S – Classe ATC** = code correspondant à la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique des médicaments, selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

**T – Libellé ATC** = DCI du médicament (Dénomination Commune Internationale).

**U – Nombre ordonnances** = nombre d'ordonnances, présentées chacune au moins deux fois par le patient, le même jour, dans au moins deux pharmacies différentes, sur toute l'année 2005.

**V – Nombre délivrances** = nombre de délivrances permises par la présentation des U ordonnances, sur une période de 7 jours suivant la première délivrance.

**W – Nombre prescripteurs** = nombre de médecins différents à l'origine de ces U ordonnances.

**X – Quantité totale** = nombre total de boîtes délivrées au patient en 2005 sur présentation de ces U ordonnances.

**Y – Quantité maximale délivrée** = nombre de boîtes du médicament le plus délivré en une fois, sur toute l'année.

**Z – Nombre pharmacies** = nombre total de pharmacies différentes qui ont délivré ces U ordonnances au cours de l'année.

**AA – Nombre pharmacies différentes** = nombre maximal de pharmacies vues le même jour pour une même ordonnance.

### **I.3.2. Fichier de travail**

La suppression de quelques données jugées inutiles à l'analyse a eu pour conséquence un changement de nom pour certaines colonnes. Les paramètres cités au cours de ce travail correspondent à cette nouvelle codification.

**A – N°\_ano\_bénéficiaire** = numéro anonyme du patient bénéficiaire de l'ordonnance, par ordre croissant (de 1 à 2030).

**B – Age du bénéficiaire.**

**C – N° bénéficiaire** = 1, 2... 1 : un seul individu est rattaché au numéro anonyme. 2 : il s'agit d'un second bénéficiaire qui a le même numéro, mais l'ordonnance est pour cette 2<sup>ème</sup> personne (conjoint, enfant...).

**D – N°\_ano\_prescripteur** = numéro anonyme du médecin.

**E – Date prescription** = date à laquelle l'ordonnance est rédigée.

**F – Spécialité prescripteur** = code de la spécialité du prescripteur.

1 = généraliste	13 = pneumologue	33 = psychiatre
2 = anesthésiste	14 = rhumatologue	41 = chirurgien orthopédique
3 = cardiologue	15 = ophtalmologiste	42 = endocrinologue
5 = dermatologue	16 = urologue	48 = chirurgien vasculaire
6 = IRM	18 = stomatologue	70 = gynécologue
8 = gastroentérologue	19 = dentiste	74 = oncologue
11 = ORL	32 = neurologue	

**G – N°\_ano\_exécutant** = numéro anonyme de la pharmacie qui a réalisé la délivrance.

**H – Date exécution** = date de la délivrance.

**I – Quantité délivrée** = nombre de boîtes délivrées du médicament concerné.

**J – Motif exonération** = exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire dispense d'avance des frais, pour une des raisons suivantes :

- LIS : correspond à une ALD (Affection Longue Durée).
- A115 : signifie article 115 (anciens militaires).

**K – Soins en rapport** = les médicaments sont en rapport (O) ou non (N) avec le motif d'exonération.

**L – N° ligne** = ce numéro, interne au fonctionnement de l'organisme d'Assurance Maladie, concerne le remboursement, et s'est avéré inutile à l'analyse a posteriori.

**M – Nom du médicament.**

**N – Libellé ATC** = DCI du médicament (Dénomination Commune Internationale).

**O – Nombre ordonnances** = nombre d'ordonnances, présentées chacune au moins deux fois par le patient, le même jour, dans au moins deux pharmacies différentes, sur toute l'année 2005.

**P – Nombre délivrances** = nombre de délivrances permises par la présentation des O ordonnances, sur une période de 7 jours suivant la première délivrance.

**Q – Nombre prescripteurs** = nombre de médecins différents à l'origine de ces O ordonnances.

**R – Quantité totale** = nombre total de boîtes délivrées au patient en 2005 sur présentation de ces O ordonnances.

**S – Quantité maximale délivrée** = nombre de boîtes du médicament le plus délivré en une fois, sur toute l'année.

**T – Nombre pharmacies** = nombre total de pharmacies différentes qui ont délivré ces O ordonnances au cours de l'année.

**U – Nombre pharmacies différentes** = nombre maximal de pharmacies vues le même jour pour une même ordonnance.

Les données relatives au sexe des assurés ont été communiquées ultérieurement.

#### I.4. Forme des données communiquées, un exemple

Afin de mieux appréhender la nature du travail effectué à partir des données fournies par le Service Médical, il peut être intéressant de voir sous quelle forme ont été communiquées ces informations. Le tableau I, extrait du fichier Excel fourni, présente les données du patient 1546.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	1546	35	1	436	24/02/05	1	470	24/02/05	4	~	~	1	ALPRAZOLAM MERCK 0,5	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
2	1546	35	1	436	24/02/05	1	552	24/02/05	1	~	~	1	ALPRAZOLAM GNR 0,50M	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
3	1546	35	1	532	12/08/05	1	500	12/08/05	3	~	~	1	MOGADON 5MG CPR 20	NITRAZEPAM	4	8	2	106	12	5	2
4	1546	35	1	532	12/08/05	1	500	12/08/05	6	~	~	2	ALPRAZOLAM GNR 0,50M	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
5	1546	35	1	532	12/08/05	1	500	12/08/05	2	~	~	2	TERCIAN 25MG CPR 30	CYAMEMAZINE	4	8	2	106	12	5	2
6	1546	35	1	532	12/08/05	1	506	12/08/05	3	~	~	1	MOGADON 5MG CPR 20	NITRAZEPAM	4	8	2	106	12	5	2
7	1546	35	1	532	12/08/05	1	506	12/08/05	6	~	~	2	XANAX 0,50MG CPR 30	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
8	1546	35	1	532	12/08/05	1	506	12/08/05	2	~	~	2	TERCIAN 25MG CPR 30	CYAMEMAZINE	4	8	2	106	12	5	2
9	1546	35	1	532	12/09/05	1	500	12/09/05	3	~	~	2	EFFEXOR LP 37,5MG GEL	VENLAFAXINE	4	8	2	106	12	5	2
10	1546	35	1	532	12/09/05	1	500	12/09/05	3	~	~	1	MOGADON 5MG CPR 20	NITRAZEPAM	4	8	2	106	12	5	2
11	1546	35	1	532	12/09/05	1	500	12/09/05	9	~	~	2	ALPRAZOLAM GNR 0,50M	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
12	1546	35	1	532	12/09/05	1	500	12/09/05	3	~	~	2	TERCIAN 100MG CPR 25	CYAMEMAZINE	4	8	2	106	12	5	2
13	1546	35	1	532	12/09/05	1	506	12/09/05	3	~	~	2	EFFEXOR LP 37,5MG GEL	VENLAFAXINE	4	8	2	106	12	5	2
14	1546	35	1	532	12/09/05	1	506	12/09/05	3	~	~	1	MOGADON 5MG CPR 20	NITRAZEPAM	4	8	2	106	12	5	2
15	1546	35	1	532	12/09/05	1	506	12/09/05	9	~	~	2	ALPRAZOLAM GNR 0,50M	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
16	1546	35	1	532	12/09/05	1	506	12/09/05	3	~	~	2	TERCIAN 100MG CPR 25	CYAMEMAZINE	4	8	2	106	12	5	2
17	1546	35	1	532	14/10/05	1	500	14/10/05	3	~	~	1	MOGADON 5MG CPR 20	NITRAZEPAM	4	8	2	106	12	5	2
18	1546	35	1	532	14/10/05	1	500	14/10/05	12	~	~	2	ALPRAZOLAM GNR 0,50M	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
19	1546	35	1	532	14/10/05	1	500	14/10/05	3	~	~	2	TERCIAN 100MG CPR 25	CYAMEMAZINE	4	8	2	106	12	5	2
20	1546	35	1	532	14/10/05	1	500	14/10/05	4	~	~	2	DOLIPRANE 1G CPR 8	PARACETAMO	4	8	2	106	12	5	2
21	1546	35	1	532	14/10/05	1	500	14/10/05	1	~	~	2	LOCOID 0,1% CREME 1/30	HYDROCORTIS	4	8	2	106	12	5	2
22	1546	35	1	532	14/10/05	1	504	14/10/05	3	~	~	1	MOGADON 5MG CPR 20	NITRAZEPAM	4	8	2	106	12	5	2
23	1546	35	1	532	14/10/05	1	504	14/10/05	9	~	~	2	XANAX 0,50MG CPR 30	ALPRAZOLAM	4	8	2	106	12	5	2
24	1546	35	1	532	14/10/05	1	504	14/10/05	3	~	~	2	TERCIAN 100MG CPR 25	CYAMEMAZINE	4	8	2	106	12	5	2
25	1546	35	1	532	14/10/05	1	504	14/10/05	4	~	~	2	PARACETAMOL EG 1G CP	PARACETAMO	4	8	2	106	12	5	2
26	1546	35	1	532	14/10/05	1	504	14/10/05	1	~	~	2	LOCOID 0,1% CREME 1/30	HYDROCORTIS	4	8	2	106	12	5	2

Tableau I : les données de délivrances du patient 1546.

Dans l'exemple ci-dessus, il s'agit du patient 1546 (A), âgé de 35 ans (B). Il s'est fait délivrer un total de 106 boîtes de différents médicaments (R), grâce à la présentation de 4 ordonnances (O), rédigées par 2 médecins différents (Q) et délivrées 8 fois au total (P), dans 5 pharmacies différentes (T), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues en un jour (U). Le médicament le plus délivré en une fois, l'alprazolam, a été obtenu à raison de 12 boîtes au maximum (S).

Les 2 médecins supposés avoir rédigé ces ordonnances portent les numéros anonymes 436 et 532 (D), et les 5 pharmacies fréquentées, les numéros anonymes 470, 552, 500, 506, et 504 (G).

Pour une meilleure lisibilité, les différentes ordonnances sont ici séparées par un trait épais continu. Une ordonnance se définit dans ce fichier par un numéro de prescripteur (D) et une date de prescription (E), qui seront donc identiques sur toutes les lignes entre deux traits épais continus.

Pour chaque ordonnance, les différentes délivrances sont séparées par un trait épais plus court, une délivrance étant définie dans ce fichier par un même numéro de pharmacie (G) et une même date de délivrance (H). Entre deux de ces traits, on retrouve la liste des médicaments qui ont été délivrés grâce à cette ordonnance (M et N), et leurs quantités (I).

## **II. Critères de détermination de la fraude**

Le but de l'analyse du fichier est de déterminer si le comportement de multiprésentation des assurés détectés par la requête s'apparente bien à de la fraude, et de mettre au point un classement permettant d'isoler les plus gros fraudeurs, dans un but de convocation par le Service Médical du Régime Général de l'Assurance Maladie.

Pour conclure ou non à la fraude, plusieurs aspects sont à étudier.

Tout d'abord, le **comportement du patient** peut être révélateur de fraude, par sa tendance à répéter les multiprésentations d'ordonnances au cours de l'année ; par ailleurs, ces multiprésentations, pour ne pas alerter le pharmacien et pouvoir être suivies de délivrances, nécessitent d'être effectuées dans de nombreuses pharmacies différentes, ce qu'on appelle le nomadisme pharmaceutique.

Ensuite, c'est aux **ordonnances** elles-mêmes que l'on va s'intéresser : combien de fois ont-t-elles été délivrées chacune, et ont-t-elles été délivrées dans leur intégralité à chaque fois ?

Enfin, l'étude des **médicaments délivrés** va pouvoir nous orienter plus précisément : par les effets qu'ils peuvent procurer, certains sont, plus que d'autres, sujets au détournement et donc plus susceptibles de faire l'objet d'une fraude. On va par conséquent utiliser les outils disponibles au CEIP pour évaluer le potentiel de détournement des médicaments délivrés ; ce dernier se traduit par des déclarations de cas d'abus ou de pharmacodépendance\* de la part des professionnels de santé, dont l'ensemble constitue la base de données NOTS (NOTifications Spontanées), ou par des détections d'OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicatrices d'Abus Possibles) par les pharmaciens d'officine.

Ces trois aspects - patient, ordonnance, médicament - vont être analysés à travers **cinq critères de détermination de la fraude**.

### **II.1. Critère 1 : répétition du comportement de multiprésentation d'ordonnances au cours de l'année**

Il s'agit du nombre de fois, au cours de l'année, où le patient a eu ce comportement de présentations répétées d'une même ordonnance. Ce critère recense donc le nombre d'ordonnances multiprésentées par le patient.

C'est la variable « O », soit le « nombre d'ordonnances ».

### **II.2. Critère 2 : nombre moyen de délivrances par ordonnance**

Chacune des ordonnances détectées dans le fichier a donné lieu, du fait de ses multiples présentations, à autant de délivrances. Ce critère prend en compte la totalité des délivrances permises par l'ensemble de ces ordonnances, en calculant le nombre de délivrances moyen par ordonnance. S'il est élevé, il sous-entend donc une fraude par photocopie ou par création d'ordonnances de toutes pièces, techniques qui permettent la multiplication des présentations.

C'est la variable « P/O », soit le « nombre de délivrances divisé par le nombre d'ordonnances ».

---

\* Cf. le formulaire joint en annexe 3 : « Déclaration obligatoire d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou tout autre produit ayant un effet psycho-actif ».

### **II.3. Critère 3 : nombre de pharmacies différentes vues au cours de l'année**

Ce critère mesure le nomadisme pharmaceutique du patient : c'est le nombre total de pharmacies différentes vues au cours de l'année 2005, et qui sont concernées par les délivrances des ordonnances détectées par la requête.

C'est la variable « T », soit le « nombre total de pharmacies différentes qui ont délivré ces ordonnances au cours de l'année ».

### **II.4. Critère 4 : nombre total de répétitions d'ordonnance complète**

Une répétition d'ordonnance complète est une délivrance *intégrale* de l'ordonnance, qui survient *en plus de la délivrance « normale »*. L'addition des répétitions donne un score.

Ce critère permet d'*exclure le phénomène de complément d'ordonnance*, c'est-à-dire l'obtention de médicaments qui manquaient dans une première pharmacie lors de la première délivrance, et qui ont été délivrés dans une autre pharmacie, sur présentation de la même ordonnance. Cette pratique, bien sûr autorisée, correspond cependant à notre critère de détection si le complément s'est fait le même jour dans deux pharmacies différentes et s'il existe au moins un médicament en commun aux deux délivrances. Ce phénomène constitue donc une interférence à écarter.

Les répétitions sont définies de la manière suivante :

a) On ne tient compte que des *délivrances complètes* : si une ordonnance est délivrée en partie, même plusieurs fois, on n'en tient pas compte, bien que cela constitue un biais ; cela rendrait l'automatisation ultérieure du critère trop complexe. Remarque : puisque l'on travaille sur des données informatiques de remboursement, et non à partir des ordonnances originales, on ne peut pas connaître exactement le contenu de l'ordonnance, mais seulement les médicaments qui ont été délivrés. On entend donc par « délivrance complète de l'ordonnance », une délivrance où le nombre de médicaments délivrés est maximal.

b) On prend en compte les DCI (et non les noms commerciaux) pour ne pas écarter les répétitions d'ordonnances où ont été délivrés des génériques.

c) On ne prend pas en compte les quantités délivrées, pour permettre de petites variations, et ne pas rejeter à tort de véritables répétitions (ex : un traitement de 6 médicaments, dont du paracétamol, délivré exactement en double, mais 14 boîtes de paracétamol dans une pharmacie, et 15 dans l'autre).

d) Exception : si l'ordonnance ne comporte qu'un seul médicament, on tient compte des quantités délivrées, et on compte une répétition quand il y a dépassement de la posologie maximale recommandée dans le RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit).

Les tableaux II et III ci-dessous représentent des exemples de décompte du nombre de répétitions d'ordonnance complète.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	463	42	1	1025	10/01/05	1	943	10/01/05	2	~	~	7	NEO CODION AD SIRO	CODEINE	17	68	3	319	3	34	5
2	463	42	1	1025	10/01/05	1	943	10/01/05	1	~	~	7	SURBRONC 30MG CPR	AMBROXOL	17	68	3	319	3	34	5
3	463	42	1	1025	10/01/05	1	943	10/01/05	3	~	~	4	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
4	463	42	1	1025	10/01/05	1	943	10/01/05	1	~	~	4	CELESTENE 2MG CPR	BETAMETHASONE	17	68	3	319	3	34	5
5	463	42	1	1025	10/01/05	1	967	10/01/05	2	~	~	7	NEO CODION AD SIRO	CODEINE	17	68	3	319	3	34	5
6	463	42	1	1025	10/01/05	1	967	10/01/05	1	~	~	7	AMBROXOL GNR 30MG	AMBROXOL	17	68	3	319	3	34	5
7	463	42	1	1025	10/01/05	1	967	10/01/05	3	~	~	4	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
8	463	42	1	1025	10/01/05	1	967	10/01/05	1	~	~	4	CELESTENE 2MG CPR	BETAMETHASONE	17	68	3	319	3	34	5
9	463	42	1	1025	10/01/05	1	1003	10/01/05	3	~	~	1	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
10	463	42	1	1025	10/01/05	1	1003	10/01/05	1	~	~	1	LUDIOMIL 75MG CPR 2	MAPROTILINE	17	68	3	319	3	34	5
11	463	42	1	1025	10/01/05	1	1022	10/01/05	2	~	~	4	NEO CODION AD SIRO	CODEINE	17	68	3	319	3	34	5
12	463	42	1	1025	10/01/05	1	1022	10/01/05	1	~	~	4	MUXOL 30MG CPR GE	AMBROXOL	17	68	3	319	3	34	5
13	463	42	1	1025	10/01/05	1	1022	10/01/05	3	~	~	7	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
14	463	42	1	1025	10/01/05	1	1022	10/01/05	1	~	~	7	LUDIOMIL 75MG CPR 2	MAPROTILINE	17	68	3	319	3	34	5
15	463	42	1	1025	10/01/05	1	1053	10/01/05	1	~	~	7	NEO CODION AD SIRO	CODEINE	17	68	3	319	3	34	5
16	463	42	1	1025	10/01/05	1	1053	10/01/05	3	~	~	4	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
17	463	42	1	1103	11/01/05	1	1051	11/01/05	2	~	~	7	VAGOSTARVIL CPR 40	BAS DE CODE ATC	17	68	3	319	3	34	5

Tableau II : les délivrances réalisées à partir de l'ordonnance n°1 du patient 463.

Dans ce premier exemple, on compte une répétition ; les autres délivrances ne donnent pas lieu à l'obtention des mêmes médicaments exactement, ou sont incomplètes.

35	463	42	1	1103	03/02/05	1	1010	05/02/05	3	~	~	3	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
36	463	42	1	1103	03/02/05	1	1086	05/02/05	3	~	~	4	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
37	463	42	1	1103	03/02/05	1	946	02/03/05	3	~	~	4	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5
38	463	42	1	1103	03/02/05	1	1051	02/03/05	3	~	~	4	STABLON 12.5MG CPR	TIANEPTINE	17	68	3	319	3	34	5

Tableau III : les délivrances réalisées à partir de l'ordonnance n°4 du patient 463.

Dans ce deuxième exemple, on compte trois répétitions. Un seul médicament a été obtenu mais la dose totale délivrée est supérieure à la dose maximale recommandée ; les délivrances supplémentaires sont donc des répétitions.

## II.5. Critère 5 : potentiel de détournement des médicaments délivrés

L'imputabilité extrinsèque\* de chaque médicament délivré est évaluée grâce aux outils officiels du CEIP. Chaque médicament obtient un score, et l'addition des scores permet d'apprécier la polyconsommation du patient.

- Score = 0 : quand le potentiel de détournement du médicament est nul ou encore inconnu.

- Score = 1 : quand le médicament est retrouvé dans la base de données OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicatrices d'Abus Possibles), au niveau national.

**NIVEAU 1 = ALERTE**

- Score = 2 : quand le médicament a donné, ou donne lieu, à une surveillance officielle par le réseau des CEIP, du fait de son potentiel de détournement connu ou suspecté.

**NIVEAU 2 = SURVEILLANCE**

Les tableaux ci-dessous répertorient les DCI selon le score qui leur a été attribué.

Score 1	
Acide valproïque	Macrogol
Benfluorex	Méprobamate
Bétaméthasone	Méprobamate + Acéprométazine
Citalopram	Oxazépam
Clomipramine	Paracétamol + caféine + opium
Clonazépam	Paracétamol + dextropropoxyphène
Cyprotérone	Paroxétine
Diazépam	Prazépam
Diclofénac	Salbutamol
Fluoxétine	Sertraline
Furosémide	Sibutramine
Lévothyroxine	Tadalafil
Lorazépam	Trihexyphénidyle
Lormétazépam	

**Tableau IV : liste des DCI les plus fréquemment citées dans le recueil de données OSIAP en 2004 <sup>(1)</sup>, soit 517 OSIAP (les DCI citées 1 seule fois ne sont pas prises en compte), et auxquelles est attribué le score 1.**

\* Appréciation du niveau de notoriété d'un effet indésirable attribuable à un médicament (ici son potentiel de détournement, ou de pharmacodépendance). Cette appréciation est qualifiée d'extrinsèque car elle ne repose pas sur l'analyse du cas (on parlerait alors d'imputabilité intrinsèque), mais sur celle de données extérieures, telles que la publication de cas similaires dans la littérature médicale ou des notifications faites à une structure de pharmacovigilance ou de pharmacodépendance <sup>(17)</sup>.

Score 2		
Alprazolam	Flunitrazépam (45)	Remifentanyl
Anti-histaminiques H1 sédatifs <sup>1</sup>	Méthadone	Tianeptine (24, 33, 44, 56)
Barbituriques	Méthylphénidate	Tramadol
Bromazépam	Milnacipran	Triazolam
Buprénorphine	Misoprostol	Trimébutine injectable
Bupropion	Modafinil	Venlafaxine
Clorazépate (seul ou associée à Acépromazine et Acéprométazine)	Morphine	Zolpidem (10, 28, 29, 32, 34, 35, 42, 47, 55)
Codéine	Néfopam	Zopiclone (3, 27, 30, 32, 40, 48, 51, 52, 53)
Fentanyl <sup>2</sup>	Oxycodone <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> Hydroxyzine, Doxylamine, Diphenhydramine, Alimémazine, Oxoméazine...

<sup>2</sup> Actiq® et Durogésic®

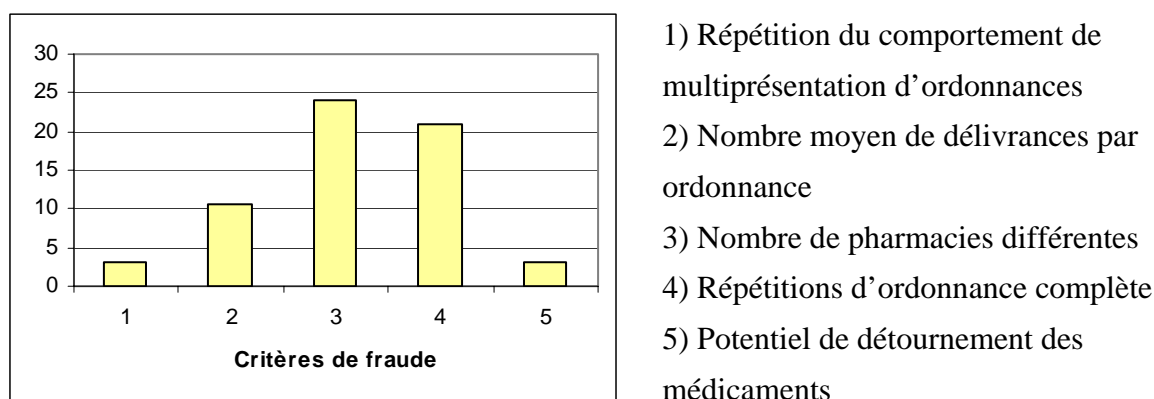
<sup>3</sup> LP (libération prolongée) = Oxycontin®, LI (libération immédiate) = Oxynorm®

**Tableau V : liste des DCI pour lesquelles une enquête officielle a conclu à un potentiel de détournement avéré, ou faisant l'objet d'une enquête en cours (forte suspicion), et auxquelles est attribué le score 2** (2, 15, 25, 26, 38, 46, 57)

## II.6. Réalisation d'un profil de fraude à partir de ces cinq critères

Les cinq critères exposés précédemment peuvent être présentés sous forme d'un histogramme, chaque barre représentant un critère ; on peut ainsi établir un *profil de fraude* pour chaque individu suspect.

La figure 2 ci-dessous constitue un exemple de profil de fraude construit à partir de ces cinq critères.



**Figure 2 : un exemple de profil de fraude représentant les cinq critères.**

Tous les critères étant construits de façon à pouvoir être évalués informatiquement, une automatisation de l'élaboration de ce profil est donc possible.

## II.7. Réalisation d'un profil de non fraude à partir d'un groupe témoin, et comparaison au profil de fraude

Afin de mieux évaluer l'importance de la fraude dans un profil de fraudeur, il est nécessaire de pouvoir le comparer à un profil de non fraudeur ; ce *profil de non fraude* est établi à partir d'un échantillon d'un groupe témoin composé de patients qui n'ont pas été diagnostiqués comme fraudeurs, obtenu par randomisation à l'aide du logiciel en ligne GraphPad (23).

Egalement présenté sous forme d'histogramme, ce profil de non fraude représente pour chaque critère l'activité que l'on peut tolérer sans la considérer comme étant de la fraude. Combiné à un profil de fraude, il permet donc, au-delà des seuils ainsi fixés, de mieux visualiser la part réelle de la fraude pour chaque patient suspect.

La figure 3 ci-dessous reprend le même exemple de profil de fraude que la figure 2, mais en intégrant cette fois le profil de non fraude.

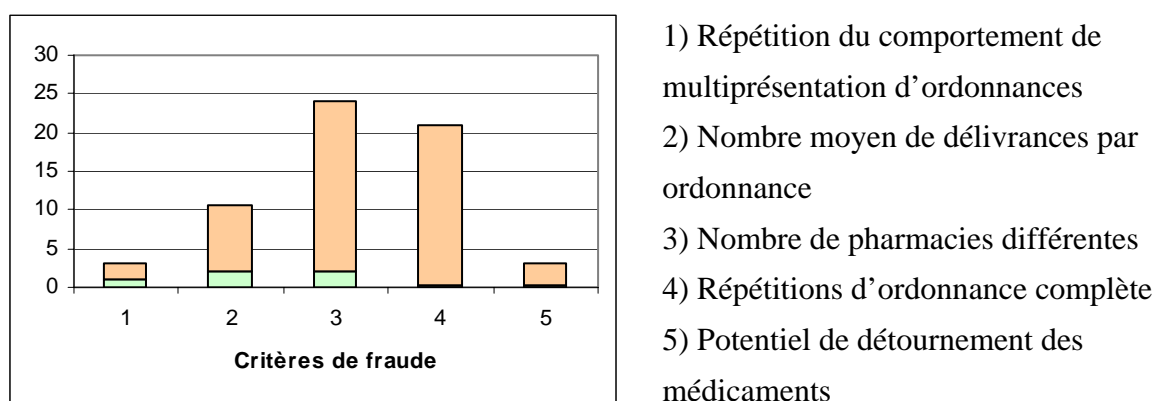


Figure 3 : le même exemple de profil de fraude, intégrant le profil de non fraude. En vert est représentée l'activité tolérée, qui n'est pas considérée comme de la fraude ; en rouge est figurée la fraude avérée, dépassant les seuils de tolérances.

## III. Classement des individus du fichier : définition des catégories

Les 3 premiers critères exposés ci-dessus ont permis d'effectuer un classement des assurés de ce fichier :

- critère primaire : O, le nombre d'ordonnances multiprésentées dans l'année,
- critère secondaire : P/O, le nombre moyen de délivrances par ordonnance,
- critère tertiaire : T, le nombre total annuel des pharmacies concernées par ces délivrances.

Le critère secondaire permet de hiérarchiser les assurés ayant une même valeur pour le critère primaire, et le critère tertiaire permet de hiérarchiser les assurés ayant les mêmes valeurs pour les critères primaire et secondaire.

Ce classement a abouti à l'**individualisation de 3 groupes** :

- **groupe I : critère primaire = 3 et plus**. Pour les patients de ce groupe, le comportement de multiprésentation a été repéré plusieurs fois au cours de l'année 2005 : en effet, ces assurés ont tous présenté au moins trois ordonnances, chacune plusieurs fois le même jour dans des pharmacies différentes.
- **groupe II : critère primaire = 2**. Pour ces assurés, ce sont deux ordonnances qui ont été multiprésentées au cours de l'année 2005.
- **groupe III : critère primaire = 1**. Ces assurés n'ont multiprésenté qu'une seule ordonnance, le même jour, dans au moins 2 pharmacies, au cours de l'année 2005.

Toujours à partir des cinq critères de détermination de la fraude, il sera possible d'établir un profil de fraude moyen pour chacun de ces groupes.

#### **IV. Principe de l'analyse des patients suspects au cas par cas, et diagnostics**

Tous les patients suspects ont subi un double contrôle, et ont fait l'objet d'un double diagnostic, celui du CEIP et celui du Service Médical.

##### **IV.1. Analyse et diagnostic du CEIP**

L'analyse au cas par cas des patients suspects, par le CEIP, est la première étape obligatoire et incontournable de l'étude du fichier pour conclure ou non à la fraude pour ces patients. Le profil de fraude, récapitulant les cinq critères vus précédemment, est un condensé qui doit en effet être complété, pour la validation de l'outil, par une étude plus approfondie et plus fine des données de ces patients. Cette étape, assez lourde à réaliser, ne sera pas à réitérer à chaque utilisation de l'outil : l'objectif à terme est l'automatisation, c'est-à-dire la détection informatisée des fraudeurs.

Le but de cette analyse au cas par cas est donc de déterminer s'il y a fraude probable ou non, en se basant sur l'étude des trois aspects cités précédemment - patient, ordonnance, médicaments.

#### IV.1.1. Analyse de la fréquence des prescriptions et des délivrances

Il s'agit d'étudier les prescriptions et les délivrances : leurs dates, leur proximité ou non, voire leur nombre dans une seule journée.

Pour les patients présentant une intense activité frauduleuse, l'élaboration d'un *calendrier des prescriptions et délivrances* permet de mieux visualiser cette fraude. Ce calendrier est construit sur le principe suivant : chaque mois est divisé en deux colonnes ; celle de gauche représente les dates des prescriptions, dans des tons allant du rouge au jaune, chaque couleur symbolisant un prescripteur différent ; celle de droite représente les dates des délivrances, en vert, et précise le nombre de pharmacies vues dans la journée.

Pour illustration, la figure ci-dessous représente l'ensemble des prescriptions et des délivrances du patient 528.

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1									1	1		
2									2			
3									2			
4										1		
5												
6										1		
7					1					1		
8			3									
9			1		1						1	
10					2						2	
11					1							
12					1						1	
13												
14					1							
15				3	1							
16						2					1	
17						2						
18	2			1		3						
19	2			1								
20						1						2
21												1
22												
23												1
24												
25										1		
26				1								4
27				1	1		1			1		
28				1	3		2		2	2		
29			3	2					3	1		
30			1		1			2				
31			1						3			

Figure 4 : calendrier des prescriptions et délivrances du patient 528.

## **IV.1.2 Analyse des médicaments délivrés**

### **IV.1.2.1. Nature des médicaments délivrés**

D'une part, le *potentiel de détournement* des médicaments délivrés est un indicateur de fraude extrinsèque qui va permettre d'orienter nos conclusions.

D'autre part, on peut classer les médicaments délivrés en fonction de l'*importance qu'ils semblent avoir* pour le patient, en deux catégories :

- la ou les substances majeures : une substance qui ressortirait plus particulièrement de l'étude des données, en étant obtenue à chaque délivrance ou en revenant souvent par exemple, peut être suspectée de faire l'objet d'une consommation abusive. Cela peut concerner des substances psychotropes, qui sont donc assez attendues dans un contexte de détournement, mais également non psychotropes, dont la délivrance massive est plus étonnante.

- d'autres molécules, moins délivrées : là aussi, si certaines peuvent être des psychotropes, d'autres seront moins attendues, car habituellement non détournées ; cependant, les quantités dans lesquelles elles sont obtenues seront un indicateur, faisant douter de la nature de la consommation.

### **IV.1.2.2. Quantité des médicaments délivrés**

Les quantités délivrées sont étudiées en vue d'un calcul de posologie estimant au plus proche la consommation du patient, pour chaque médicament. Ce calcul reste cependant une approximation : on ne sait pas si tout ce qui est délivré est consommé, ni sur combien de temps, et par ailleurs, toutes les délivrances de ces médicaments ne sont peut-être pas détectées.

Cette posologie calculée est ensuite comparée à la posologie maximale recommandée du RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit), afin de déterminer si le patient est en surconsommation, ce qui éliminerait l'hypothèse du complément d'ordonnance pour pencher en faveur de celle de la fraude (18, 60). A noter que certaines formes galéniques, comme les crèmes

par exemple, ne permettent pas de calculer de dépassement de posologie, donc empêchent de conclure avec certitude.

En résumé, le diagnostic du CEIP repose sur l'étude du *profil de fraude* des patients suspects, qui comprend les notions de fréquence des délivrances et de médicaments délivrés ; et il est affiné par *l'analyse plus poussée des données* de ces patients : calendrier des prescriptions et délivrances, nature et quantités des médicaments délivrés.

## **IV.2. Analyse et diagnostic du Service Médical**

Les médecins-conseils, pour leur part, basent leur diagnostic sur l'étude du dossier du patient suspect, construit à partir des données de remboursements télétransmises à la caisse et archivées, voire sur sa convocation, qui vise à comprendre le comportement du patient.

## **V. Qualités métrologiques de l'outil**

### **V.1. Evaluation de la concordance des résultats : comparaison des conclusions du CEIP avec celles du Service Médical**

Cette comparaison est nécessaire pour valider notre outil : les conclusions qu'il fournit correspondent-elles à celles auxquelles le Service Médical aboutit après étude du dossier du patient, voire après convocation le cas échéant ?

Les conclusions du CEIP sont basées, dans un premier temps, sur une *analyse manuelle* au cas par cas des données, complétant l'étude du profil de fraude obtenu, et aboutissant à un diagnostic de fraude probable, ou à l'absence probable de fraude. Ces conclusions ne sont en aucun cas des certitudes, car elles sont établies d'après des données informatiques et non sur les ordonnances elles-mêmes, ce qui permettraient éventuellement de vérifier leur authenticité, pour autant que l'on arrive à détecter les ordonnances falsifiées ; d'autre part, ces données ne sont que partielles car elles correspondent à un critère de fraude restrictif pouvant éliminer à tort une partie de l'activité frauduleuse du patient.

Dans un deuxième temps, l'analyse au cas par cas n'étant pas compatible avec l'automatisation de l'outil, nécessaire pour une utilisation en routine, il a fallu trouver des critères en commun aux patients jugés fraudeurs, permettant de *conclure automatiquement*, pour un patient présentant ces critères, à un comportement de fraude probable. Inversement, ont été mis en évidence des critères communs aux non fraudeurs, utilisables pour exclure automatiquement le diagnostic de fraude pour ces patients.

Les conclusions du CEIP ont donc été confrontées à celles du Service Médical en deux temps, et les qualités métrologiques de l'outil calculées dans chacune des deux situations.

## V.2. Définitions et formules de calcul des qualités métrologiques de l'outil

La comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical a permis de catégoriser les assurés du fichier en fonction de leur double statut :

Conclusions du SM = réalité Conclusions du CEIP = hypothèses	Fraudeurs	Non fraudeurs	Total
Fraudeurs	Vrais positifs : a	Faux positifs : b	
Non fraudeurs	Faux négatifs : c	Vrais négatifs : d	
Total	a + c = totalité des fraudeurs	b + d = totalité des non fraudeurs	TOTAL

**Tableau VI : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut.**

- les **vrais positifs** sont les assurés que le CEIP a diagnostiqué fraudeurs, ce qui a été confirmé par le Service Médical.
- les **faux positifs** sont ceux que le CEIP a considéré comme fraudeurs, mais à tort, le Service Médical concluant pour sa part à l'absence de fraude.
- les **faux négatifs** sont ceux que le CEIP a diagnostiqué non fraudeurs, alors que le Service Médical les a considéré comme fraudeurs.
- les **vrais négatifs** sont ceux pour qui le CEIP et le Service Médical s'accordent à dire que le comportement détecté n'est pas attribuable à de la fraude.

Ces données servent à calculer les qualités métrologiques, dont les définitions et les formules sont exposées ci-après.

### **V.2.1. La sensibilité**

La sensibilité d'un outil est sa capacité à donner un résultat positif lorsque la condition est présente ; ici, c'est donc l'aptitude à détecter la fraude quand elle existe (9).

C'est la **proportion de vrais positifs**.

$$\text{Sensibilité} = a / (a+c)$$

- a = vrais positifs (sujets diagnostiqués fraudeurs, et qui le sont effectivement).
- a + c = totalité des fraudeurs, soit vrais positifs + faux négatifs (sujets fraudeurs exclus à tort).

### **V.2.2. La spécificité**

La spécificité d'un outil est sa capacité à donner un résultat négatif lorsque la condition n'est pas présente ; ici, c'est donc l'aptitude à ne détecter que la fraude, et pas d'autres phénomènes (9).

C'est la **proportion de vrais négatifs**.

$$\text{Spécificité} = d / (b+d)$$

- d = vrais négatifs (sujets diagnostiqués non fraudeurs, et qui ne fraudent effectivement pas).
- b + d = totalité des non fraudeurs, soit vrais négatifs + faux positifs (sujets non fraudeurs diagnostiqués comme fraudeurs).

### **V.2.3. La reproductibilité**

La reproductibilité est la stabilité des résultats dans le temps.

## PARTIE II : Résultats

### I. Répartition de la population sélectionnée en trois groupes : les chiffres

Parmi la population source étudiée, d'environ 2 800 000 assurés, **2030 individus** ont été sélectionnés selon le critère de fraude retenu, en présentant au moins une fois, au cours de l'année 2005, une même ordonnance le même jour dans au moins deux pharmacies différentes (voire d'autres fois encore dans la semaine suivant cette multiprésentation), chaque présentation ayant abouti à une délivrance.

Les assurés portant un numéro anonyme allant de 1 à 839 inclus sont de sexe masculin, et ceux dont le numéro anonyme va de 840 à 2023 inclus, de sexe féminin ; de 2024 à 2030, on retrouve les assurés qui portent des numéros provisoires de sécurité sociale (étudiants, étrangers de passage en France...), et pour qui il n'est pas possible de savoir si ce sont des hommes ou des femmes.

Le fichier Excel obtenu se compose de **7258 lignes**, chaque ligne représentant un médicament correspondant à une ordonnance donnée, délivrée dans une pharmacie déterminée à une date précise.

Selon le classement présenté précédemment, la répartition est la suivante :

- groupe I (multiprésentation de 3 ordonnances ou plus au cours de l'année 2005) :  
**20 patients** (soit 1% des assurés du fichier), **1244 lignes** (soit 17% du fichier).
  
- groupe II (multiprésentation de 2 ordonnances au cours de l'année 2005) :  
**41 patients** (soit 2% des assurés du fichier), **361 lignes** (soit 5% du fichier).
  
- groupe III (multiprésentation d'une ordonnance au cours de l'année 2005) :  
**1969 patients** (soit 97% des assurés du fichier), **5653 lignes** (soit 78% du fichier).

Le nombre très important d'assurés détectés par cette requête soulève les questions suivantes :

- Pourquoi ? Dans quel but un patient peut-il fréquenter deux pharmacies le même jour, pour se faire délivrer des médicaments à partir de la même ordonnance ? Sont-ils tous fraudeurs, ou y a-t-il d'autres explications à ce comportement *a priori* anormal ?

- Comment ? Une délivrance à l'officine est suivie de l'inscription, sur l'ordonnance, de la nature et des quantités des médicaments délivrés. Comment dans ce cas une ordonnance peut-elle être délivrée plusieurs fois dans son intégralité ?

**L'analyse au cas par cas des patients suspects, reprenant pour chacun toutes les délivrances réalisées, va permettre d'apporter des réponses. Pour ne pas surcharger la présentation des résultats, elle a été jointe en annexe.**

## II. Etude des trois groupes par le CEIP

### II.1. Groupe I : 20 patients

#### II.1.1. Caractéristiques du groupe I : pyramide des âges et sexe ratio

Moyenne d'âge du groupe :

$42,2 \pm 17,6$  ans.

- 13 femmes :

Moyenne d'âge :  $46,4 \pm 19,2$  ans.

- 7 hommes :

Moyenne d'âge :  $34,4 \pm 11,3$  ans.

Sexe-ratio H/F : 0,54.

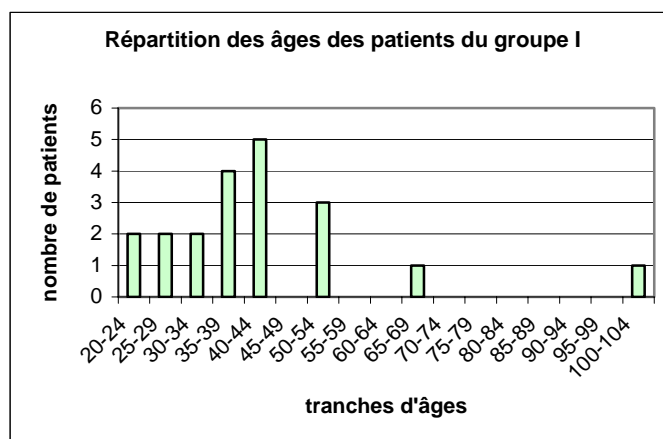


Figure 5 : répartition des patients du groupe I en fonction de leur âge.

## II.1.2. Classement des patients du groupe I

La hiérarchisation des assurés de ce groupe, selon les critères vus précédemment, aboutit au tableau présenté ci-dessous. On attribue à chaque patient un nouveau numéro, « x », qui correspond à son classement ; le numéro « y » représente le numéro anonyme attribué au patient à l'origine.

Groupe I : O = 3 et plus (classement par O décroissant, puis P/O décroissant, puis T décroissant)								
Patient n°x	Patient n°y	O	P	Q	R	T	U	V = P/O
1	463	17	81	3	381	36	5	4,8
2	528	15	84	3	407	25	4	5,6
3	1437	13	47	3	287	32	3	3,6
4	582	7	15	5	28	11	2	2,1
5	1665	5+1	38	3	97	34	16+5	6,3
6	1320	4	68	1	417	19	4	17
7	1618	4	13	4	43	13	2	3,2
8	1546	4	8	2	106	5	2	2
9	1169	4	8	2	29	3	2	2
10	807	3	63	1	126	18	2	21
11	1866	3	32	3	150	24	3	10,7
12	382	3	20	2	83	12	2	6,7
13	728	3	7	3	12	7	2	2,3
14	247	3	7	1	11	5	3	2,3
15	2020	3	7	2	8	5	2	2,3
16	417	3	7	1	87	3	2	2,3
17	822	3	6	3	23	6	2	2
18	1355	3	6	2	22	6	2	2
19	1154	3	6	2	24	4	2	2
20	72	3	6	1	151	2	2	2

**Tableau VII : hiérarchisation des patients du groupe I en fonction des critères primaire, secondaire et tertiaire de classement.**

**O – Nombre ordonnances** = nombre d'ordonnances, présentées chacune au moins deux fois par le patient, le même jour, dans au moins deux pharmacies différentes, sur toute l'année 2005.

**P – Nombre délivrances** = nombre de délivrances permises par la présentation des O ordonnances, sur une période de 7 jours suivant la première délivrance.

**Q – Nombre prescripteurs** = nombre de médecins différents à l'origine de ces O ordonnances.

**R – Quantité totale** = nombre total de boîtes délivrées au patient en 2005 sur présentation de ces O ordonnances.

**T – Nombre pharmacies** = nombre total de pharmacies différentes qui ont délivré ces O ordonnances au cours de l'année.

**U – Nombre pharmacies différentes** = nombre maximal de pharmacies vues le même jour pour une même ordonnance.

Parmi ces 20 patients, 5 d'entre eux ont multiprésenté au moins 6 ordonnances au cours de l'année 2005, les trois premiers s'étant fait multidélivrer respectivement 17, 15 et 13 ordonnances.

Ils sont 10 à manifester un nomadisme pharmaceutique important (plus de 10 pharmacies sur l'année), 5 d'entre eux ayant même fréquenté plus de 20 pharmacies différentes, avec un maximum de 36 pour le patient 1 (463).

Le patient 5 (1665) présente le nomadisme pharmaceutique le plus important en une journée, avec 21 pharmacies différentes vues en un seul jour, soit 16 pour une ordonnance et 5 pour une autre. Ces deux ordonnances, ayant même prescripteur et même date de prescription, ont été considérées comme une seule et même ordonnance lors du traitement informatique des données ; en réalité, ce patient a donc multiprésenté 6 ordonnances différentes au cours de l'année, et non 5 comme cela a été calculé dans le fichier.

En nombre moyen de délivrances par ordonnance, le patient 6 (1320) arrive en première place, en s'étant fait délivrer en moyenne 17 fois chacune de ses 4 ordonnances. Il est suivi par le patient 11 (1866), avec une moyenne de 10,7 délivrances par ordonnance, pour 3 ordonnances.

Les autres paramètres ont peu d'intérêt car ne constituent pas un reflet fiable de la fraude :

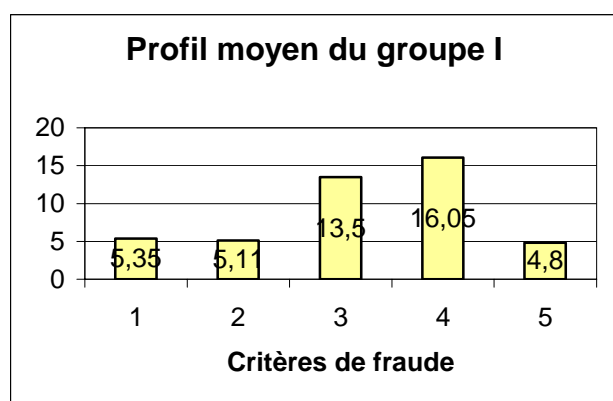
- le nombre de prescripteurs (Q) : pour ces ordonnances, les prescripteurs peuvent être réels comme fictifs (dans le cas d'une création d'ordonnance) ; un falsificateur peut utiliser toujours la même en-tête et donc n'avoir qu'un petit nombre de prescripteurs, comme en changer fréquemment. Par opposition, un nombre d'ordonnances, de délivrances ou de pharmacies fréquentées est un paramètre impossible à falsifier, donc plus fiable.

- la quantité totale délivrée (R) : ce chiffre peut être important chez des patients polymédiqués, sans pour autant qu'il y ait fraude.

- la quantité maximale délivrée (S) : ce paramètre fait également partie des données fournies, mais n'a pas été jugé suffisamment intéressant pour être présenté dans ce tableau ; en effet, un fraudeur tenterait de ne pas se faire repérer par des quantités à délivrer trop importantes, ce qui alerterait le pharmacien et entraînerait un refus de délivrer ; et dans ce cas, le patient n'apparaîtrait pas dans le fichier.

### **II.1.3. Profil de fraude moyen du groupe I**

La figure ci-dessous représente le profil de fraude moyen établi pour les patients du groupe I ; pour chaque critère, une moyenne des valeurs trouvées pour les 20 patients de ce groupe a été calculée.



- 1) Répétition du comportement de multiprésentation d'ordonnances
- 2) Nombre moyen de délivrances par ordonnance
- 3) Nombre de pharmacies différentes
- 4) Répétitions d'ordonnance complète
- 5) Potentiel de détournement des médicaments

**Figure 6 : profil de fraude moyen du groupe I.**

### **II.1.4. Répartition des médicaments principalement consommés par les patients du groupe I**

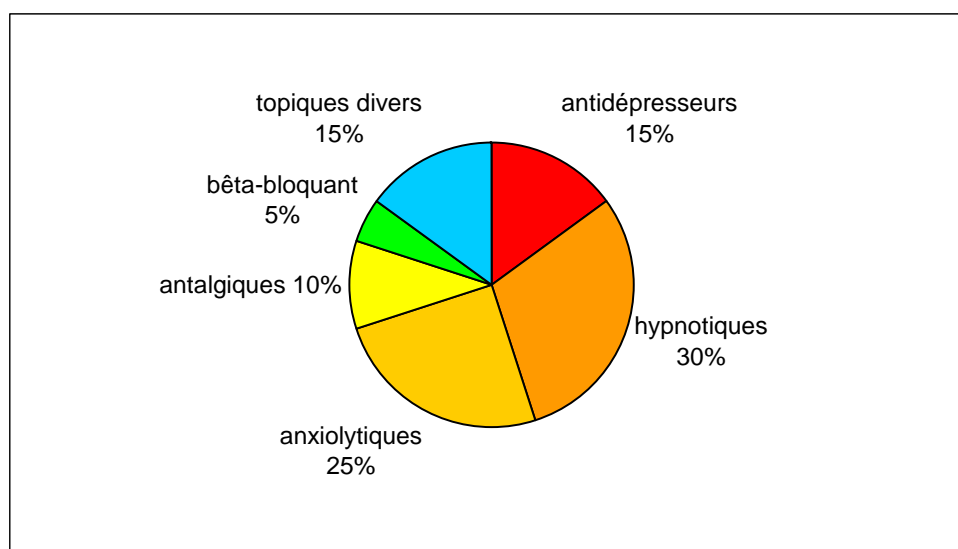
Chacun des patients de ce groupe s'est fait délivrer plus particulièrement certaines molécules : délivrées plus souvent que les autres, elles sont au final obtenues en grandes quantités.

Le tableau présenté ci-après recense ces « molécules phares » pour chacun des patients du groupe I et précise la classe thérapeutique à laquelle elles appartiennent.

Patient n°x	Patient n°y	Molécule(s) principalement délivrée(s) et quantités obtenues en 2005	Classe(s) thérapeutique(s)
1	463	tianeptine - 243 boîtes	antidépresseur
2	528	zopiclone - 235 boîtes	hypnotique
3	1437	tianeptine - 141 boîtes	antidépresseur
4	582	flunitrazépam - 28 boîtes	hypnotique
5	1665	oxazépam - 42 boîtes alprazolam - 42 boîtes	anxiolytique anxiolytique
6	1320	bromazépam - 115 boîtes alprazolam - 68 boîtes tramadol - 62 boîtes	anxiolytique anxiolytique antalgique
7	1618	bromazépam - 28 boîtes	anxiolytique
8	1546	alprazolam - 56 boîtes	anxiolytique
9	1169	zolpidem - 16 boîtes	hypnotique
10	807	nadolol - 126 boîtes	bêta-bloquant
11	1866	zolpidem - 122 boîtes	hypnotique
12	382	alprazolam - 60 boîtes	anxiolytique
13	728	sulfadiazine - 6 tubes	antiseptique et antibiotique local
14	247	bétaméthasone - 9 tubes	dermocorticoïde
15	2020	prilocaine et lidocaïne - 4 boîtes	anesthésiques locaux
16	417	sertraline - 24 boîtes	antidépresseur
17	822	tramadol et paracétamol - 7 boîtes alprazolam - 6 boîtes	antalgique anxiolytique
18	1355	zolpidem - 16 boîtes	hypnotique
19	1154	flunitrazépam - 12 boîtes	hypnotique
20	72	paracétamol - 69 boîtes fluoxétine - 22 boîtes	antalgique antidépresseur

**Tableau VIII : molécules principalement délivrées pour chacun des patients du groupe I.**

En considérant, pour chaque patient, uniquement la plus délivrée des molécules, voici la répartition des médicaments du groupe I en fonction de leur classe thérapeutique.



**Figure 7 : répartition des médicaments du groupe I en fonction de leur classe thérapeutique (uniquement la molécule la plus délivrée, pour chaque patient).**

Le tableau et la figure précédents nous indiquent que, dans ce groupe, les molécules principalement délivrées sont dans 17 cas sur 20 des psychotropes (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques), connus pour être surconsommés.

On compte par ailleurs 3 patients qui se sont fait délivrer des formes galéniques à usage local : crèmes, pommades, aérosols, patchs... Ces formes galéniques ne permettent pas d'affirmer s'il y a ou non surconsommation : les quantités délivrées dépendent en effet d'une posologie qui peut être très variable, ou d'une zone à traiter plus ou moins étendue ; il est donc impossible de savoir s'il y a dépassement de la posologie maximale recommandée, et donc de conclure avec certitude. Il s'agit des patients 13 (728), 14 (247) et 15 (2020). Le diagnostic de ces patients nécessite en conséquence une étude plus approfondie de leurs données.

Les 17 patients présentant un comportement suspect et une probable surconsommation de psychotropes ont fait l'objet d'une présentation lors du Congrès annuel de la Société Française de Toxicologie à Paris, les 23 et 24 octobre 2006 ; les posologies calculées, correspondant à la consommation supposée de ces patients, sont en effet parfois largement supérieures aux doses habituellement tolérées, et relèvent donc de la toxicologie.

Le poster issu de cette étude est présenté en annexe 4 (« Intoxication médicamenteuse chronique : pharmacodépendance ou troubles du comportement ? »).

### **II.1.5. Analyse au cas par cas des patients du groupe I**

Pour ne pas alourdir la présentation de ce travail, **l'analyse détaillée de tous les patients du groupe I est présentée en annexe 1** ; elle comprend, pour chaque patient, l'étude de la fréquence des prescriptions et des délivrances, celle de la nature et des quantités des médicaments délivrés, le profil de fraude du patient, et la conclusion du CEIP quant à la nature de son comportement, mais aussi un compte-rendu succinct du Service Médical, complété par une fiche de données complémentaires précisant le diagnostic des médecins-conseils.

### **II.1.6. Conclusions sur la nature du comportement des patients du groupe I**

L'étude au cas par cas des patients du groupe I nous permet de conclure, avec une certitude plus ou moins grande selon les patients, que la fraude est avérée dans la plupart des cas.

De nombreux éléments confortent en effet cette hypothèse : le nombre important d'ordonnances multiprésentées, les dates de prescriptions et/ou de délivrances rapprochées, les médicaments obtenus (connus pour faire l'objet de consommations abusives), les quantités importantes délivrées... Le profil de fraude aide par ailleurs à visualiser l'importance de la fraude, et donc à conclure.

Ainsi, pour le groupe I, le diagnostic de fraude a été adopté par le CEIP pour la majorité des assurés : on y compte **17 fraudeurs**.

Il reste par contre 3 patients pour qui la fraude ne semble pas être l'hypothèse à retenir. Les quantités délivrées pouvant correspondre à une posologie normale, les molécules étant pour la plupart dénuées de potentiel de détournement, et le comportement de multiprésentation ne se répétant que peu et sur une durée pouvant correspondre à une période de soins, on a conclu à l'absence de fraude pour ces patients : il pourrait s'agir de compléments d'ordonnances.

## II.2. Groupe II : 41 patients

### II.2.1. Caractéristiques du groupe II : pyramide des âges et sexe ratio

Moyenne d'âge du groupe :

40,3 ± 17,5 ans.

- 22 femmes :

Moyenne d'âge : 42,0 ± 18,5 ans.

- 18 hommes :

Moyenne d'âge : 38,8 ± 17,0 ans.

- 1 assuré de sexe inconnu, âgé de 30 ans  
(numéro de sécurité sociale provisoire).

Sexe-ratio H/F : 0,82.

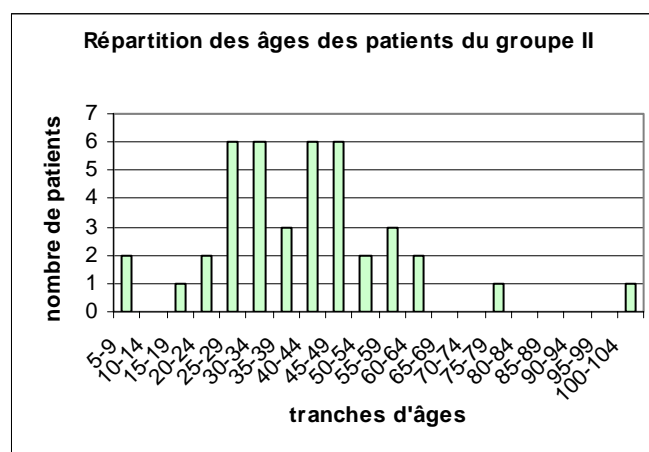


Figure 8 : répartition des patients du groupe II en fonction de leur âge.

## II.2.2. Classement des patients du groupe II

Groupe II : O = 2								
(classement par O décroissant, puis P/O décroissant, puis T décroissant)								
Patient n°x	Patient n°y	O	P	Q	R	T	U	V = P/O
21	425	2	11	2	64	10	2	5,5
22	1090	2	7	1	10	6	3	3,5
23	802	2	7	1	16	4	2	3,5
24	1254	2	5+2	2	15	4	2	3,5
25	1389	2	6	1	35	5	2	3
26	1656	2	6	2	10	5	2	3
27	779	2	6	2	25	3	2	3
28	1438	2	5	1	16	5	2	2,5
29	999	2	5	1	178	4	2	2,5
30	1231	2	5	1	9	4	3	2,5
31	1266	2	5	1	105	4	2	2,5
32	274	2	5	1	30	3	2	2,5
33	360	2	5	1	5	3	3	2,5
34	158	2	4	2	5	4	2	2
35	370	2	4	2	11	4	2	2
36	500	2	4	1	14	4	2	2
37	724	2	4	2	23	4	2	2
38	820	2	4	2	8	4	2	2
39	1632	2	4	1	16	4	2	2
40	1696	2	4	2	8	4	2	2
41	1722	2	4	2	6	4	2	2
42	1801	2	4	2	4	4	2	2
43	326	2	4	1	17	3	2	2
44	712	2	4	1	4	3	2	2
45	1330	2	4	1	4	3	2	2
46	1507	2	4	1	4	3	2	2
47	1617	2	4	2	8	3	2	2
48	33	2	4	1	4	2	2	2
49	179	2	4	1	8	2	2	2
50	255	2	4	1	5	2	2	2
51	464	2	4	1	22	2	2	2
52	603	2	4	1	8	2	2	2
53	732	2	2+2	2	14	2	2	2
54	839	2	4	2	6	2	2	2
55	1107	2	4	1	49	2	2	2
56	1163	2	4	1	16	2	2	2
57	1337	2	4	1	10	2	2	2
58	1488	2	4	1	6	2	2	2
59	1771	2	4	1	6	2	2	2
60	1836	2	4	1	6	2	2	2
61	2028	2	4	1	6	2	2	2

**Tableau IX : hiérarchisation des patients du groupe II en fonction des critères primaire, secondaire et tertiaire de classement.**

**O – Nombre ordonnances** = nombre d’ordonnances, présentées chacune au moins deux fois par le patient, le même jour, dans au moins deux pharmacies différentes, sur toute l’année 2005.

**P – Nombre délivrances** = nombre de délivrances permises par la présentation des O ordonnances, sur une période de 7 jours suivant la première délivrance.

**Q – Nombre prescripteurs** = nombre de médecins différents à l’origine de ces O ordonnances.

**R – Quantité totale** = nombre total de boîtes délivrées au patient en 2005 sur présentation de ces O ordonnances.

**T – Nombre pharmacies** = nombre total de pharmacies différentes qui ont délivré ces O ordonnances au cours de l’année.

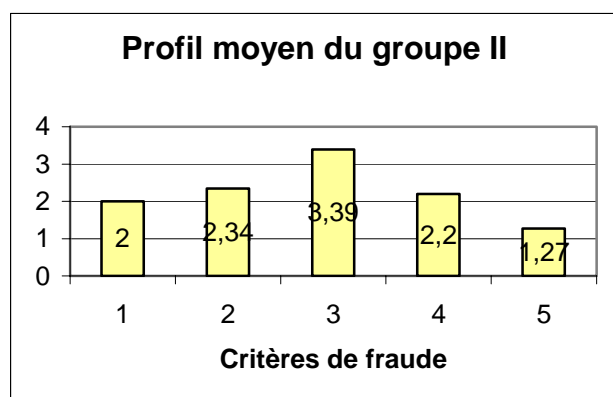
**U – Nombre pharmacies différentes** = nombre maximal de pharmacies vues le même jour pour une même ordonnance.

Ces 41 patients ont tous multiprésenté 2 ordonnances au cours de l’année 2005 ; à partir de ces 2 ordonnances, 13 d’entre eux ont obtenu au moins 5 délivrances, les 4 premiers atteignant le chiffre de 7 délivrances et plus ; le maximum est atteint avec le patient 21 (425), qui a multiprésenté ses ordonnances 11 fois au total.

Ils sont 5 à avoir fréquenté 5 pharmacies différentes et plus au cours de l’année, avec un maximum de 10 pharmacies différentes pour le patient 21 (425).

### **II.2.3. Profil de fraude moyen du groupe II**

La figure ci-dessous représente le profil de fraude moyen établi pour les patients du groupe II ; pour chaque critère, une moyenne des valeurs trouvées pour les 41 patients de ce groupe a été calculée.



- 1) Répétition du comportement de multiprésentation d’ordonnances
- 2) Nombre moyen de délivrances par ordonnance
- 3) Nombre de pharmacies différentes
- 4) Répétitions d’ordonnance complète
- 5) Potentiel de détournement des médicaments

**Figure 9 : profil de fraude moyen du groupe II.**

#### **II.2.4. Analyse au cas par cas des patients du groupe II**

Pour ne pas alourdir la présentation de ce travail, **l'analyse détaillée de tous les patients du groupe II est présentée en annexe 2** ; comme pour le groupe I, elle comprend, pour chaque patient, l'étude de la fréquence des prescriptions et des délivrances, celle de la nature et des quantités des médicaments délivrées, le profil de fraude du patient, et la conclusion du CEIP quant à la nature de son comportement, mais aussi un compte-rendu succinct du Service Médical, complété par une fiche de données complémentaires précisant le diagnostic des médecins-conseils.

#### **II.2.5. Conclusions sur la nature du comportement des patients du groupe II**

Pour les patients du groupe II, on a assez peu d'éléments pour définir s'il y a fraude ou pas ; le fait de multiprésenter 2 ordonnances au cours de l'année constitue en soi un comportement suspect, mais les médicaments délivrés ne permettent pas toujours de confirmer l'hypothèse de la fraude : en effet, pour des médicaments à potentiel de détournement connu, on aura tendance à suspecter une fraude, mais parfois à tort ; par contre, pour des médicaments à potentiel de détournement nul ou inconnu, on éliminera a priori cette théorie, peut-être à tort également.

Avec **plus ou moins de certitude**, on a donc conclu à la fraude pour 18 patients du groupe II, et à l'absence de fraude pour les 23 autres.

### **II.3. Groupe III : 1969 patients**

#### **II.3.1. Classement des patients du groupe III**

Ces 1969 patients, représentant la grosse majorité du fichier, ont tous en commun de n'avoir multiprésenté qu'une seule ordonnance au cours de l'année 2005 ; la plupart, n'ayant d'ailleurs présenté cette ordonnance que 2 fois, ne se distinguent plus entre eux par aucun critère,

tous les paramètres étant égaux pour ces patients. Un classement de ces assurés à l'intérieur de ce groupe est donc impossible.

Il reste cependant une faible proportion de patients qui se démarquent des autres par le nombre de présentations de leur ordonnance au cours de l'année : en effet, **245 patients de ce groupe** (soit 12% des assurés du fichier), représentant 1515 lignes (soit 21% du fichier), **se sont fait délivrer cette ordonnance 3 fois ou plus**, et constituent donc une population suspecte. Le tableau ci-dessous recense ces patients, en les présentant par ordre décroissant de nombre moyen de délivrances par ordonnance.

patient	sexe	O	P	T	P/O
684	1	1	19	3	19
1 012	2	1	17	3	17
185	1	1	8	4	8
354	1	1	7	3	7
1 222	2	1	7	3	7
134	1	1	7	2	7
1 511	2	1	6	6	6
1 956	2	1	6	6	6
190	1	1	6	5	6
1 225	2	1	6	5	6
1 469	2	1	6	5	6
893	2	1	6	3	6
96	1	1	6	2	6
148	1	1	6	2	6
564	1	1	6	2	6
1 871	2	1	6	2	6
145	1	1	5	5	5
1 793	2	1	5	5	5
86	2	1	5	4	5
258	1	1	5	4	5
946	2	1	5	4	5
1 032	2	1	5	4	5
91	2	1	5	3	5
276	2	1	5	3	5
1 267	2	1	5	3	5
1 427	2	1	5	3	5
1 590	2	1	5	3	5
497	1	1	5	2	5
659	1	1	5	2	5
1 058	2	1	5	2	5
1 173	2	1	5	2	5
1 183	2	1	5	2	5
1 391	2	1	5	2	5
529	2	1	4	4	4
531	1	1	4	4	4

patient	sexe	O	P	T	P/O
573	1	1	4	4	4
996	2	1	4	4	4
1 049	2	1	4	4	4
1 070	2	1	4	4	4
1 159	2	1	4	4	4
1 164	2	1	4	4	4
1 217	2	1	4	4	4
1 609	2	1	4	4	4
1 621	2	1	4	4	4
1 745	2	1	4	4	4
1 872	2	1	4	4	4
100	1	1	4	3	4
129	1	1	4	3	4
451	1	1	4	3	4
788	1	1	4	3	4
913	2	1	4	3	4
926	2	1	4	3	4
965	2	1	4	3	4
1 039	2	1	4	3	4
1 130	2	1	4	3	4
1 324	2	1	4	3	4
1 487	2	1	4	3	4
1 612	2	1	4	3	4
11	1	1	4	2	4
62	1	1	4	2	4
117	1	1	4	2	4
125	1	1	4	2	4
159	1	1	4	2	4
206	1	1	4	2	4
212	1	1	4	2	4
234	1	1	4	2	4
308	1	1	4	2	4
846	2	1	4	2	4
854	2	1	4	2	4
872	2	1	4	2	4

patient	sexe	O	P	T	P/O
981	2	1	4	2	4
1 025	2	1	4	2	4
1 053	2	1	4	2	4
1 068	2	1	4	2	4
1 128	2	1	4	2	4
1 137	2	1	4	2	4
1 162	2	1	4	2	4
1 176	2	1	4	2	4
1 180	2	1	4	2	4
1 309	2	1	4	2	4
1 814	2	1	4	2	4
32	1	1	3	3	3
80	2	1	3	3	3
114	1	1	3	3	3
115	1	1	3	3	3
195	1	1	3	3	3
226	1	1	3	3	3
280	1	1	3	3	3
285	1	1	3	3	3
296	2	1	3	3	3
303	1	1	3	3	3
334	1	1	3	3	3
374	1	1	3	3	3
405	2	1	3	3	3
446	2	1	3	3	3
475	1	1	3	3	3
476	1	1	3	3	3
477	1	1	3	3	3
496	2	1	3	3	3
512	2	1	3	3	3
556	1	1	3	3	3
597	1	1	3	3	3
611	1	1	3	3	3
625	1	1	3	3	3
635	1	1	3	3	3
648	1	1	3	3	3
649	1	1	3	3	3
714	1	1	3	3	3
758	1	1	3	3	3
765	1	1	3	3	3
823	1	1	3	3	3
863	2	1	3	3	3
891	2	1	3	3	3
904	2	1	3	3	3
1 000	2	1	3	3	3
1 008	2	1	3	3	3
1 009	2	1	3	3	3
1 076	2	1	3	3	3
1 093	2	1	3	3	3

patient	sexe	O	P	T	P/O
1 146	2	1	3	3	3
1 165	2	1	3	3	3
1 179	2	1	3	3	3
1 187	2	1	3	3	3
1 238	2	1	3	3	3
1 278	2	1	3	3	3
1 316	2	1	3	3	3
1 323	1	1	3	3	3
1 341	2	1	3	3	3
1 371	2	1	3	3	3
1 380	1	1	3	3	3
1 404	2	1	3	3	3
1 412	2	1	3	3	3
1 423	2	1	3	3	3
1 459	1	1	3	3	3
1 464	2	1	3	3	3
1 542	2	1	3	3	3
1 565	1	1	3	3	3
1 601	2	1	3	3	3
1 614	2	1	3	3	3
1 667	2	1	3	3	3
1 673	2	1	3	3	3
1 833	2	1	3	3	3
1 847	2	1	3	3	3
1 890	2	1	3	3	3
1 912	2	1	3	3	3
1 957	2	1	3	3	3
1 981	2	1	3	3	3
1 987	2	1	3	3	3
1 989	2	1	3	3	3
6	1	1	3	2	3
7	1	1	3	2	3
10	1	1	3	2	3
23	1	1	3	2	3
34	1	1	3	2	3
70	1	1	3	2	3
88	1	1	3	2	3
90	1	1	3	2	3
92	1	1	3	2	3
107	1	1	3	2	3
119	1	1	3	2	3
124	1	1	3	2	3
143	2	1	3	2	3
160	1	1	3	2	3
163	1	1	3	2	3
166	1	1	3	2	3
191	1	1	3	2	3
198	1	1	3	2	3
202	1	1	3	2	3

patient	sexe	O	P	T	P/O
209	1	1	3	2	3
260	1	1	3	2	3
261	1	1	3	2	3
268	2	1	3	2	3
299	1	1	3	2	3
309	1	1	3	2	3
344	1	1	3	2	3
346	1	1	3	2	3
358	1	1	3	2	3
375	1	1	3	2	3
376	2	1	3	2	3
404	1	1	3	2	3
444	1	1	3	2	3
519	1	1	3	2	3
550	1	1	3	2	3
560	1	1	3	2	3
615	1	1	3	2	3
620	1	1	3	2	3
637	1	1	3	2	3
677	1	1	3	2	3
686	2	1	3	2	3
772	1	1	3	2	3
776	1	1	3	2	3
804	1	1	3	2	3
833	1	1	3	2	3
844	2	1	3	2	3
848	2	1	3	2	3
862	2	1	3	2	3
876	2	1	3	2	3
899	2	1	3	2	3
900	2	1	3	2	3
910	2	1	3	2	3
921	2	1	3	2	3
933	2	1	3	2	3
980	2	1	3	2	3
1 007	2	1	3	2	3
1 016	2	1	3	2	3
1 036	2	1	3	2	3
1 059	2	1	3	2	3

patient	sexe	O	P	T	P/O
1 069	2	1	3	2	3
1 071	2	1	3	2	3
1 072	2	1	3	2	3
1 118	2	1	3	2	3
1 124	2	1	3	2	3
1 178	2	1	3	2	3
1 212	2	1	3	2	3
1 216	1	1	3	2	3
1 227	2	1	3	2	3
1 261	2	1	3	2	3
1 290	2	1	3	2	3
1 339	1	1	3	2	3
1 374	2	1	3	2	3
1 384	2	1	3	2	3
1 395	1	1	3	2	3
1 416	2	1	3	2	3
1 421	2	1	3	2	3
1 434	2	1	3	2	3
1 456	2	1	3	2	3
1 457	2	1	3	2	3
1 490	2	1	3	2	3
1 506	1	1	3	2	3
1 585	2	1	3	2	3
1 595	2	1	3	2	3
1 619	2	1	3	2	3
1 628	2	1	3	2	3
1 652	2	1	3	2	3
1 657	2	1	3	2	3
1 666	2	1	3	2	3
1 668	2	1	3	2	3
1 800	2	1	3	2	3
1 823	2	1	3	2	3
1 865	2	1	3	2	3
1 891	2	1	3	2	3
1 958	1	1	3	2	3
1 965	2	1	3	2	3
2 024	2	1	3	2	3
2 025	2	1	3	2	3

**Tableau X : hiérarchisation des 245 patients suspects du groupe III en fonction des critères secondaire et tertiaire de classement.**

**O – Nombre ordonnances** = nombre d’ordonnances, présentées chacune au moins deux fois par le patient, le même jour, dans au moins deux pharmacies différentes, sur toute l’année 2005.

**P – Nombre délivrances** = nombre de délivrances permises par la présentation des O ordonnances, sur une période de 7 jours suivant la première délivrance.

**T – Nombre pharmacies** = nombre total de pharmacies différentes qui ont délivré ces O ordonnances au cours de l'année.

### **II.3.2. Conclusions sur la nature du comportement des patients du groupe III, et établissement d'un profil de non fraude**

Malgré leur multiprésentation d'une ordonnance au cours de l'année 2005, la conclusion adoptée par le CEIP pour tous les patients de ce groupe est l'**absence de fraude** (avec une réserve cependant pour 245 patients présentés ci-dessus).

En effet, si ce comportement paraît suspect au premier abord, il peut être dû simplement à un complément d'ordonnance, ce qui semble être le cas lorsque l'on étudie rapidement les données de patients pris au hasard ; de plus, ce travail ayant pour objectif une détection rapide des gros fraudeurs, nous n'avons pas estimé nécessaire de nous intéresser à ces patients, qui demanderaient une analyse de données complémentaires fastidieuse et qui apporterait probablement peu de résultats. Le travail d'analyse approfondie s'est donc limité à l'étude des groupes I et II ; le groupe III n'a ainsi pas fait l'objet d'une annexe détaillée comme les deux autres groupes, et le profil moyen n'a pas non plus été réalisé pour la partie qui semble se détacher du reste du groupe.

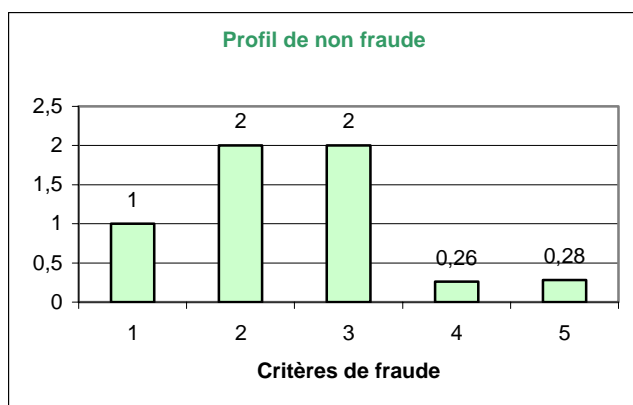
A partir des données de ces patients jugés non fraudeurs, on a pu établir un *profil de non fraude*, correspondant, pour chaque critère, à un seuil acceptable, à une activité tolérée, tout dépassement pouvant faire suspecter une fraude.

Pour le critère 1 (répétition du comportement de multiprésentation d'ordonnances), le minimum pour être intégré au fichier est de 1 : tout patient détecté a multiprésenté au moins une ordonnance au cours de l'année 2005. Tout dépassement de cette valeur peut donc être considéré comme suspect.

Les critères 2 (nombre moyen de délivrances par ordonnance) et 3 (nombre de pharmacies différentes), sont eux aussi liés au critère de sélection : une ordonnance multiprésentée a au minimum été délivrée deux fois, soit dans deux pharmacies différentes. On estime donc comme étant non fraudeur un patient qui présente une valeur égale à 2 pour ces deux critères.

Enfin, pour les critères 4 (répétitions d'ordonnance complète) et 5 (potentiel de détournement des médicaments) ont été calculées les moyennes des valeurs de 100 patients du groupe III choisis aléatoirement grâce au logiciel en ligne GraphPad, après exclusion des 245 patients suspects. Les valeurs ainsi obtenues sont de 0,26 pour le critère 4, et de 0,28 pour le critère 5.

L'histogramme ci-dessous représente le profil de non fraude en récapitulant les valeurs que nous venons d'exposer.



- 1) Répétition du comportement de multiprésentation d'ordonnances
- 2) Nombre moyen de délivrances par ordonnance
- 3) Nombre de pharmacies différentes
- 4) Répétitions d'ordonnance complète
- 5) Potentiel de détournement des médicaments

Figure 10 : profil de non fraude.

#### II.4. Comparaison des profils de fraude moyens des groupes I et II

Afin de mieux visualiser l'importance de la fraude pour les groupes I et II l'un par rapport à l'autre, voici une comparaison de leurs profils de fraude moyens, à même échelle, et incluant cette fois le profil de non fraude.

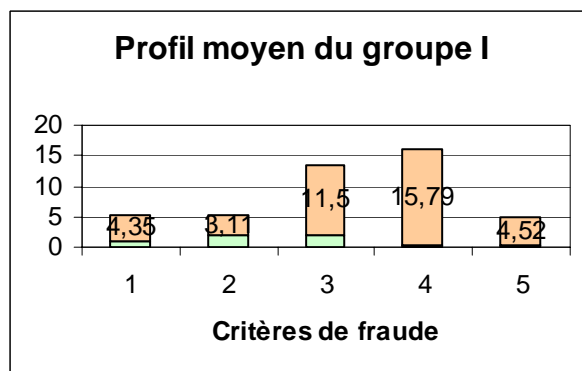


Figure 11 : profil de fraude moyen du groupe I, incluant le profil de non fraude.

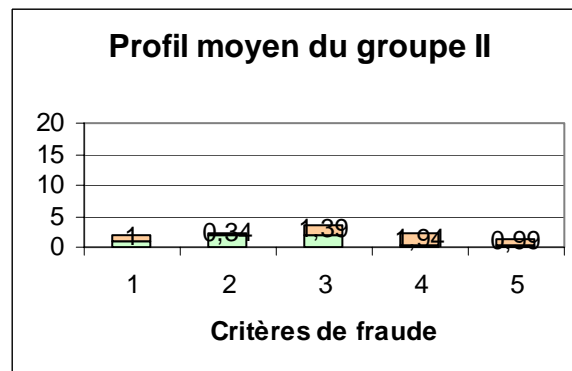


Figure 12 : profil de fraude moyen du groupe II, incluant le profil de non fraude.

Le profil de non fraude est ici rappelé, mais présenté cette fois à la même échelle que les deux profils précédents.

- 1) Répétition du comportement de multiprésentation d'ordonnances
- 2) Nombre moyen de délivrances par ordonnance
- 3) Nombre de pharmacies différentes
- 4) Répétitions d'ordonnance complète
- 5) Potentiel de détournement des médicaments

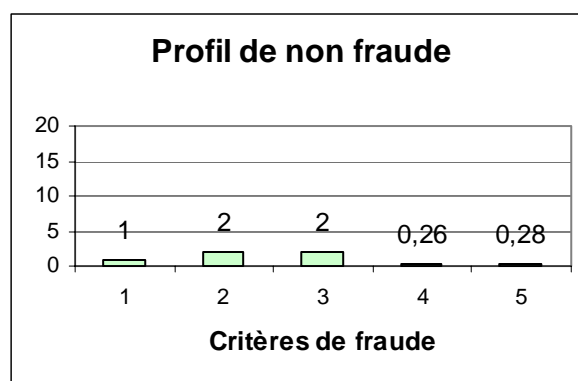


Figure 13 : profil de non fraude à la même échelle.

### III. Comparaison des conclusions du CEIP avec celles du Service Médical

Les conclusions des médecins-conseils du Service Médical sont basées sur l'étude des dossiers des patients suspects voire sur leur convocation ; ces éléments se traduisent par un premier compte-rendu succinct, puis par une fiche de données complémentaires précisant le diagnostic posé (cf. « Compte-rendu du Service Médical » et « Résultats de la demande de données complémentaires par patient », pour chaque patient, en annexe).

Ces conclusions sont ici confrontées à celles du CEIP.

#### III.1. Groupe I

Les conclusions du CEIP et du Service Médical pour le groupe I sont comparées dans le tableau ci-dessous.

Patient	Concl. CEIP	Concl. SM	Patient	Concl. CEIP	Concl. SM
463	fraude	fraude	1866	fraude	fraude
528	fraude	fraude	382	fraude	fraude
1437	fraude	fraude	728	non fraude	non fraude
582	fraude	fraude	247	non fraude	non fraude
1665	fraude	fraude	2020	non fraude	non fraude
1320	fraude	fraude	417	fraude	fraude
1618	fraude	fraude	822	fraude	fraude
1546	fraude	fraude	1355	fraude	fraude
1169	fraude	fraude	1154	fraude	fraude
807	fraude	fraude	72	fraude	fraude

Tableau XI : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe I.

Pour les patients de ce groupe, les conclusions du CEIP et du Service Médical concordent.

Il faut cependant noter que le patient 1169 a en premier lieu été jugé non fraudeur par le Service Médical : souffrant d'un trouble grave de la personnalité avec alcoolisme, il a été considéré comme proche d'une incapacité à avoir une vie sociale (médicaments perdus, jetés à la poubelle, oubliés dans un bar, rangés dans la lessive...). Mais, ne présentant pas de détournement d'usage ni de recherche d'autres bénéfiques, en tout cas non volontaire, le médecin-conseil a conclu à une absence de fraude. Ce patient a toutefois obtenu une double délivrance intégrale pour 4 ordonnances ; ce comportement, même s'il n'y a pas intention délibérée de frauder, correspond à une situation anormale de délivrance qui reste intéressante à détecter ; dans ce sens, le diagnostic du Service Médical a donc été revu.

### III.2. Groupe II

Les conclusions du CEIP et du Service Médical pour le groupe II sont comparées dans le tableau ci-dessous.

Patient	Concl. CEIP	Concl. SM	Patient	Concl. CEIP	Concl. SM
425	fraude	fraude	1801	fraude	fraude
1090	fraude	non fraude	326	fraude	non fraude
802	non fraude	non fraude	712	non fraude	non fraude
1254	non fraude	non fraude	1330	non fraude	non fraude
1389	non fraude	fraude	1507	non fraude	non fraude
1656	fraude	fraude	1617	non fraude	non fraude
779	fraude	fraude	33	non fraude	non fraude
1438	fraude	non fraude	179	non fraude	non fraude
999	fraude	fraude	255	non fraude	non fraude
1231	fraude	non fraude	464	fraude	non fraude
1266	fraude	non fraude	603	non fraude	non fraude
274	non fraude	non fraude	732	fraude	non fraude
360	fraude	fraude	839	non fraude	non fraude
158	non fraude	non fraude	1107	fraude	fraude
370	fraude	fraude	1163	non fraude	non fraude
500	fraude	non fraude	1337	non fraude	non fraude
724	fraude	non fraude	1488	non fraude	non fraude
820	fraude	non fraude	1771	non fraude	non fraude
1632	non fraude	non fraude	1836	non fraude	non fraude
1696	non fraude	non fraude	2028	non fraude	non fraude
1722	non fraude	non fraude			

**Tableau XII : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe II.**

Pour le groupe II, les conclusions concordent moins bien ; certains patients fraudeurs pour le CEIP ne le sont pas pour le Service Médical (patients 1090, 1438, 1231, 1266, 500, 724, 820, 326, 464, 732), et inversement (patient 1389).

Ces divergences proviennent en partie d'un manque de données pour le CEIP : il nous est difficile de nous prononcer sur seulement deux ordonnances multidélivrées, et le complément d'ordonnance devient une hypothèse qu'il est plus difficile d'écarter. Nos conclusions se basent alors sur le dépassement ou non des posologies maximales recommandées du RCP, et sur le potentiel de détournement des médicaments. Mais le diagnostic est plus incertain que pour le groupe I, et demande d'être conforté par une analyse de dossier.

### **III.3. Groupe III**

Le CEIP, on l'a vu précédemment, considère le groupe III non fraudeur de façon globale, avec une réserve cependant pour 245 patients suspects.

Parmi les 1969 patients du groupe III, certains ont fait l'objet d'une étude par le Service Médical, voire parfois d'une convocation, à la suite de laquelle ils ont été diagnostiqués fraudeurs ou non ; 10 d'entre eux ont ainsi été considérés comme fraudeurs : les patients 240, 428, 492, 528, 566, 594, 690, 792, 1357, et 1621 font apparaître un comportement d'abus ou de détournement pour addiction non prise en charge.

L'impossibilité matérielle pour le Service Médical, comme pour le CEIP, de réaliser une étude approfondie exhaustive de ce groupe implique que ce chiffre soit probablement sous-estimé. Or il est nécessaire de pouvoir attribuer à chaque individu du fichier un diagnostic dans le but de pouvoir calculer les qualités métrologiques de l'outil.

On va donc admettre que le Service Médical considère comme non fraudeurs les autres patients de ce groupe.

#### IV. Calcul des qualités métrologiques de l'outil

Deux possibilités sont envisageables en fonction du temps et des moyens disponibles pour l'étude des patients du fichier.

##### IV.1. Dans le cas de l'étude des groupes I et II

Dans le cas où l'on dispose du temps et des moyens nécessaires à l'étude et à la convocation des deux groupes I et II, voici comment se répartissent les patients du fichier :

	Conclusion CEIP	Conclusion SM	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
a	fraude	fraude	17	8	0	25 vrais positifs
b	fraude	non fraude	0	10	0	10 faux positifs
c	non fraude	fraude	0	1	10	11 faux négatifs
d	non fraude	non fraude	3	22	1959	1984 vrais négatifs

Tableau XIII : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas des groupes I et II (A1).

Conclusion CEIP \ Conclusion SM	Fraudeurs	Non fraudeurs	Total
Fraudeurs	a = 25	b = 10	35
Non fraudeurs	c = 11	d = 1984	1995
Total	a + c = 36	b + d = 1994	2030

Tableau XIV : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas des groupes I et II (A2).

Les valeurs des qualités métrologiques de notre outil sont alors les suivantes :

- Sensibilité =  $a / (a + c) = 25 / (25 + 11) = 0,694$  soit 69,4 %.

- Spécificité =  $d / (b + d) = 1984 / (10 + 1984) = 0,995$  soit 99,5 %.

## IV.2. Dans le cas de l'étude du groupe I uniquement

Dans le cas contraire, si l'on n'a pas la possibilité d'étudier le groupe II, et que l'on considère que le diagnostic du CEIP est non fraudeur pour les groupes II et III, les chiffres deviendraient les suivants :

	Conclusion CEIP	Conclusion SM	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
a	fraude	fraude	17	0	0	17 vrais positifs
b	fraude	non fraude	0	0	0	0 faux positifs
c	non fraude	fraude	0	9	10	19 faux négatifs
d	non fraude	non fraude	3	32	1959	1994 vrais négatifs

**Tableau XV : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas du groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (B1).**

Conclusion CEIP \ Conclusion SM	Conclusion SM		Total
	Fraudeurs	Non fraudeurs	
Fraudeurs	a = 17	b = 0	17
Non fraudeurs	c = 19	d = 1994	2013
Total	a + c = 36	b + d = 1994	<b>2030</b>

**Tableau XVI : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après étude au cas par cas du groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (B2).**

Les valeurs des qualités métrologiques de notre outil sont dans ce cas les suivantes :

- Sensibilité =  $a / (a + c) = 17 / (17 + 19) = 0,472$  soit 47,2 %.
- Spécificité =  $d / (b + d) = 1994 / (0 + 1994) = 1$  soit 100 %.

La sensibilité est nettement moins bonne, puisque l'on ne détecte plus autant de fraudeurs, mais la spécificité devient excellente : on n'a détecté que des fraudeurs.

Ce sont donc non seulement le temps et les moyens disponibles qui vont orienter le niveau de l'étude, mais aussi la qualité des résultats souhaités : une détection plus exhaustive des fraudeurs nécessitera l'étude des groupes I et II mais requerra une analyse de dossiers préalable, pour ne pas convoquer à tort ; tandis qu'une détection moins complète basée sur la seule étude du groupe I permettra des résultats plus rapides et plus fiables, la quasi totalité des patients de ce groupe étant fraudeurs.

## **V. Objectif d'automatisation**

Une application plus étendue de l'outil n'est pas envisageable si son utilisation nécessite une analyse de dossiers au cas par cas ; un procédé d'**automatisation** est donc indispensable à mettre en place, pour permettre une **détection uniquement informatique des patients fraudeurs**, selon des critères bien définis.

### **V.1. Critères d'automatisation des conclusions du CEIP**

Dans cet objectif d'automatisation, on a mis en évidence des caractéristiques communes aux patients non fraudeurs des groupes I et II, pour leur éviter un diagnostic de fraude bien qu'étant apparu dans ces groupes a priori constitués de fraudeurs. Il s'agit donc d'*exclure les patients auxquels ont été délivrées uniquement des formes autres qu'orales* (soit usage cutané, voie injectable, aérosols, collyres...), formes galéniques pour lesquelles le dépassement de posologie, donc la surconsommation, est difficile à mettre en évidence : les quantités délivrées dépendent en effet d'une posologie qui peut être très variable, ou d'une zone à traiter plus ou moins étendue.

Pour automatiser ce paramètre de manière effective, il suffira d'attribuer un code à chaque spécialité, selon qu'elle soit d'usage local ou parentéral, ou bien qu'elle se prenne par voie orale.

Par conséquent, seront considérés comme fraudeurs les patients appartenant au groupe I ou au groupe II, *et* ayant reçu des médicaments à administration orale.

### **V.2. Comparaison des conclusions après automatisation**

#### **V.2.1. Groupe I**

Pour le groupe I, les nouvelles conclusions automatisées du CEIP et celles du Service Médical sont comparées dans le tableau ci-après.

Patient	Concl. CEIP	Concl. SM	Patient	Concl. CEIP	Concl. SM
463	fraude	fraude	1866	fraude	fraude
528	fraude	fraude	382	fraude	fraude
1437	fraude	fraude	728	non fraude	non fraude
582	fraude	fraude	247	non fraude	non fraude
1665	fraude	fraude	2020	non fraude	non fraude
1320	fraude	fraude	417	fraude	fraude
1618	fraude	fraude	822	fraude	fraude
1546	fraude	fraude	1355	fraude	fraude
1169	fraude	fraude	1154	fraude	fraude
807	fraude	fraude	72	fraude	fraude

**Tableau XVII : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe I, après automatisation.**

Pour le groupe I, les diagnostics sont les mêmes avant et après cette simulation d'automatisation. Cette dernière permet donc, pour ce groupe, des résultats aussi bons que l'analyse au cas par cas.

Les patients diagnostiqués non fraudeurs ont obtenu les médicaments suivants, expliquant leur exclusion :

- patient 728 : chlorure de sodium (voie **parentérale** ou **cutanée**), nadroparine calcique (Fraxiparine<sup>®</sup> 2850 UI, héparine de bas poids moléculaire, voie injectable en **sous-cutané**), et sulfadiazine (Flammazine<sup>®</sup> 1% crème, usage **cutané**).
- patient 247 : bétaméthasone (Betneval<sup>®</sup> 0,1% pommade, dermocorticoïde de niveau 2, usage **cutané**), et salbutamol (Ventoline<sup>®</sup>, broncho-dilatateur bêta-stimulant en **aérosol**).
- patient 2020 : Emlapatch<sup>®</sup> 5% (association d'anesthésiques locaux, la prilocaïne et la lidocaïne, en pansements adhésifs, usage **cutané**), et miconazole (Daktarin<sup>®</sup> 2% gel buccal, antifongique voie **locale**).

Ces patients n'ayant pas obtenu de médicaments à prendre par voie orale (le Daktarin<sup>®</sup> n'a pas pour but de passer dans la circulation générale, mais d'avoir une action locale dans la cavité buccale), le diagnostic de fraude est écarté.

D'abord sélectionnés dans le groupe I pour avoir multiprésenté plus de 2 ordonnances dans l'année, ces trois patients non fraudeurs ne seront donc plus retenus avec cette proposition d'éliminer de ce groupe les patients n'ayant reçu que des formes galéniques locales ou parentérales. Cette automatisation permet en conséquence de sélectionner 100% de fraudeurs. **De ce fait, la convocation de ces patients ne nécessite pas l'analyse préalable de leur dossier pour confirmer le diagnostic.**

## V.2.2. Groupe II

Pour le groupe II, les nouvelles conclusions automatisées du CEIP et celles du Service Médical sont comparées dans le tableau ci-dessous.

Patient	Concl. CEIP	Concl. SM	Patient	Concl. CEIP	Concl. SM
425	fraude	fraude	1801	fraude	fraude
1090	fraude	non fraude	326	fraude	non fraude
802	non fraude	non fraude	712	non fraude	non fraude
1254	fraude	non fraude	1330	fraude	non fraude
1389	fraude	fraude	1507	non fraude	non fraude
1656	fraude	fraude	1617	fraude	non fraude
779	fraude	fraude	33	fraude	non fraude
1438	fraude	non fraude	179	fraude	non fraude
999	fraude	fraude	255	fraude	non fraude
1231	fraude	non fraude	464	fraude	non fraude
1266	fraude	non fraude	603	non fraude	non fraude
274	fraude	non fraude	732	non fraude	non fraude
360	fraude	fraude	839	fraude	non fraude
158	fraude	non fraude	1107	fraude	fraude
370	fraude	fraude	1163	fraude	non fraude
500	fraude	non fraude	1337	fraude	non fraude
724	fraude	non fraude	1488	fraude	non fraude
820	fraude	non fraude	1771	fraude	non fraude
1632	fraude	non fraude	1836	fraude	non fraude
1696	fraude	non fraude	2028	non fraude	non fraude
1722	fraude	non fraude			

**Tableau XVIII : comparaison des conclusions du CEIP et du Service Médical pour les patients du groupe II, après automatisation.**

Pour le groupe II par contre, les résultats ont changé pour 19 patients après la simulation d'automatisation :

- 17 d'entre eux sont passés du statut de vrais négatifs à celui de faux positifs (les patients 1254, 274, 158, 1632, 1696, 1722, 1330, 1617, 33, 179, 255, 839, 1163, 1337, 1488, 1771 et 1836) ; l'automatisation est donc, de façon logique, moins spécifique que l'analyse au cas par cas.
- l'un était faux négatif et est devenu vrai positif (le patient 1389),
- et enfin un dernier, ancien faux positif, est désormais diagnostiqué vrai négatif (le patient 732).

Les patients diagnostiqués non fraudeurs ont obtenu les médicaments suivants, expliquant leur exclusion :

- patient 802 : insuline (Actrapid Novolet<sup>®</sup>, insuline d'action rapide et brève, et Insulatard NPH Flexpen<sup>®</sup>, insuline retard ; voie injectable en **sous-cutané**).
- patient 712 : pipotiazine (Piportil<sup>®</sup> L4 retard, neuroleptique à libération prolongée, administration **intramusculaire**).
- patient 1507 : gonadotrophine chorionique (inducteur de l'ovulation, administration **intramusculaire**).
- patient 603 : gluconate de lithium (Lithioderm<sup>®</sup> gel à 8%, traitement local de la dermatite séborrhéique du visage chez l'adulte, usage **cutané**).
- patient 732 : **collyres** anti-inflammatoires, à base d'indométacine (Indocollyre<sup>®</sup> 0,1%) et de rimexolone (Vexol<sup>®</sup> 1%), et kétoconazole (Kétoderm<sup>®</sup> 2% gel, antifongique azolé, usage **cutané**).
- patient 2028 : insuline (Lantus Optiset<sup>®</sup>, insuline retard, et Insuman rapid Optiset<sup>®</sup>, insuline d'action rapide et brève ; voie injectable en **sous-cutané**) et trétinoïne (Effederm<sup>®</sup> 0,05%, antiacnéïque, acide rétinoïque, usage **cutané**).

Comme pour le groupe I, ces patients n'ayant pas obtenu de médicaments à prendre par voie orale, le diagnostic de fraude est écarté. Ces 6 patients non fraudeurs, d'abord sélectionnés dans le groupe II pour avoir multiprésenté 2 ordonnances dans l'année, ne seront donc plus retenus grâce à ce critère d'exclusion des patients n'ayant reçu que des formes galéniques locales ou parentérales. **Cependant, pour ce groupe, une analyse des dossiers sera incontournable pour clarifier la situation des patients restants, avant de les convoquer.**

### **V.2.3. Groupe III**

Ce groupe n'est pas concerné par l'automatisation ; le diagnostic du CEIP reste le même, à savoir non fraudeurs, pour tous les patients de ce groupe.

### **V.3. Calcul des qualités métrologiques de l'outil après automatisation**

Comme précédemment, deux possibilités sont envisageables en fonction du temps et des moyens disponibles pour l'étude des patients du fichier.

### V.3.1. Dans le cas de l'étude des groupes I et II

Si l'on dispose du temps et des moyens nécessaires à l'analyse des dossiers des patients du groupe II (le groupe I ne requérant pas cette vérification), voici comment se répartissent les patients du fichier, après automatisation des conclusions du CEIP pour les groupes I et II :

	Conclusion CEIP	Conclusion SM	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
a	fraude	fraude	17	9	0	26 vrais positifs
b	fraude	non fraude	0	26	0	26 faux positifs
c	non fraude	fraude	0	0	10	10 faux négatifs
d	non fraude	non fraude	3	6	1959	1968 vrais négatifs

**Tableau XIX : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour les groupes I et II, et confirmation des diagnostics du groupe II par analyse des dossiers (C1).**

Conclusion CEIP \ Conclusion SM	Conclusion SM		Total
	Fraudeurs	Non fraudeurs	
Fraudeurs	a = 26	b = 26	52
Non fraudeurs	c = 10	d = 1968	1978
Total	a + c = 36	b + d = 1994	2030

**Tableau XX : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour les groupes I et II, et confirmation des diagnostics du groupe II par analyse des dossiers (C2).**

Les valeurs des qualités métrologiques de notre outil sont dans ce cas les suivantes :

- Sensibilité =  $a / (a + c) = 26 / (26 + 10) = 0,722$  soit 72,2 %.
- Spécificité =  $d / (b + d) = 1968 / (26 + 1968) = 0,987$  soit 98,7 %.

L'automatisation provoque une diminution de la spécificité, de 99,5 % à 98,7 % : des patients sont diagnostiqués fraudeurs alors qu'ils ne le sont pas ; le nombre de faux positifs est ainsi passé de 10 à 26 après automatisation de la détection.

L'augmentation de la sensibilité, de 69,4 % à 72,2 %, est à nuancer : elle n'est due qu'à la détection d'un vrai positif supplémentaire, mais cette incrémentation pèse lourd dans la formule.

En conclusion, si l'automatisation permet de préparer le travail, l'étude par les médecins-conseils des dossiers des patients diagnostiqués fraudeurs après l'automatisation de la détection reste le meilleur moyen d'affiner le diagnostic pour éviter de convoquer à tort, notamment pour le groupe II.

### V.3.2. Dans le cas de l'étude du groupe I uniquement

Dans le cas contraire, si l'on n'a pas la possibilité d'étudier le groupe II, et que l'on considère que le diagnostic du CEIP est non fraudeur pour les groupes II et III, les chiffres deviendraient les suivants, après automatisation des conclusions du CEIP pour le groupe I :

	Conclusion CEIP	Conclusion SM	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
a	fraude	fraude	17	0	0	17 vrais positifs
b	fraude	non fraude	0	0	0	0 faux positifs
c	non fraude	fraude	0	9	10	19 faux négatifs
d	non fraude	non fraude	3	32	1959	1994 vrais négatifs

**Tableau XXI : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour le groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (D1).**

Conclusion CEIP \ Conclusion SM	Fraudeurs	Non fraudeurs	Total
Fraudeurs	a = 17	b = 0	17
Non fraudeurs	c = 19	d = 1994	2013
Total	a + c = 36	b + d = 1994	<b>2030</b>

**Tableau XXII : répartition des patients du fichier en fonction de leur double statut, après automatisation des conclusions du CEIP pour le groupe I uniquement, les patients du groupe II étant considérés comme non fraudeurs par le CEIP (D2).**

Les valeurs des qualités métrologiques de notre outil sont dans ce cas les suivantes :

- Sensibilité =  $a / (a + c) = 17 / (17 + 19) = 0,472$  soit 47,2 %.
- Spécificité =  $d / (b + d) = 1994 / (0 + 1994) = 1$  soit 100 %.

Ces chiffres sont les mêmes que dans le cas de l'étude du groupe I seul avant automatisation car les diagnostics sont identiques avant et après cette dernière, pour le groupe I.

Comme exposé précédemment, ce sont donc non seulement le temps et les moyens disponibles qui vont orienter le niveau de l'étude, mais également la qualité des résultats souhaités : la prise en compte des groupes I et II permettra une détection plus complète des fraudeurs, mais nécessitera une analyse de dossiers préalable des patients du groupe II, pour ne

pas convoquer à tort ; alors que l'étude du groupe I seul permettra une détection moins fine des fraudeurs (on perd en sensibilité car on se prive de la détection des patients fraudeurs du groupe II), mais non soumise à la vérification des dossiers, du fait de l'absence de faux positifs ( $b = 0$ ) et donc d'une spécificité de 100 %. **Ce dernier cas de figure permet d'envisager une application nationale de l'outil, complètement automatisée et sans travail d'analyse préliminaire.**

L'arbre décisionnel présenté ci-dessous récapitule les différentes options possibles d'utilisation de l'outil en fonction du temps et des moyens disponibles.

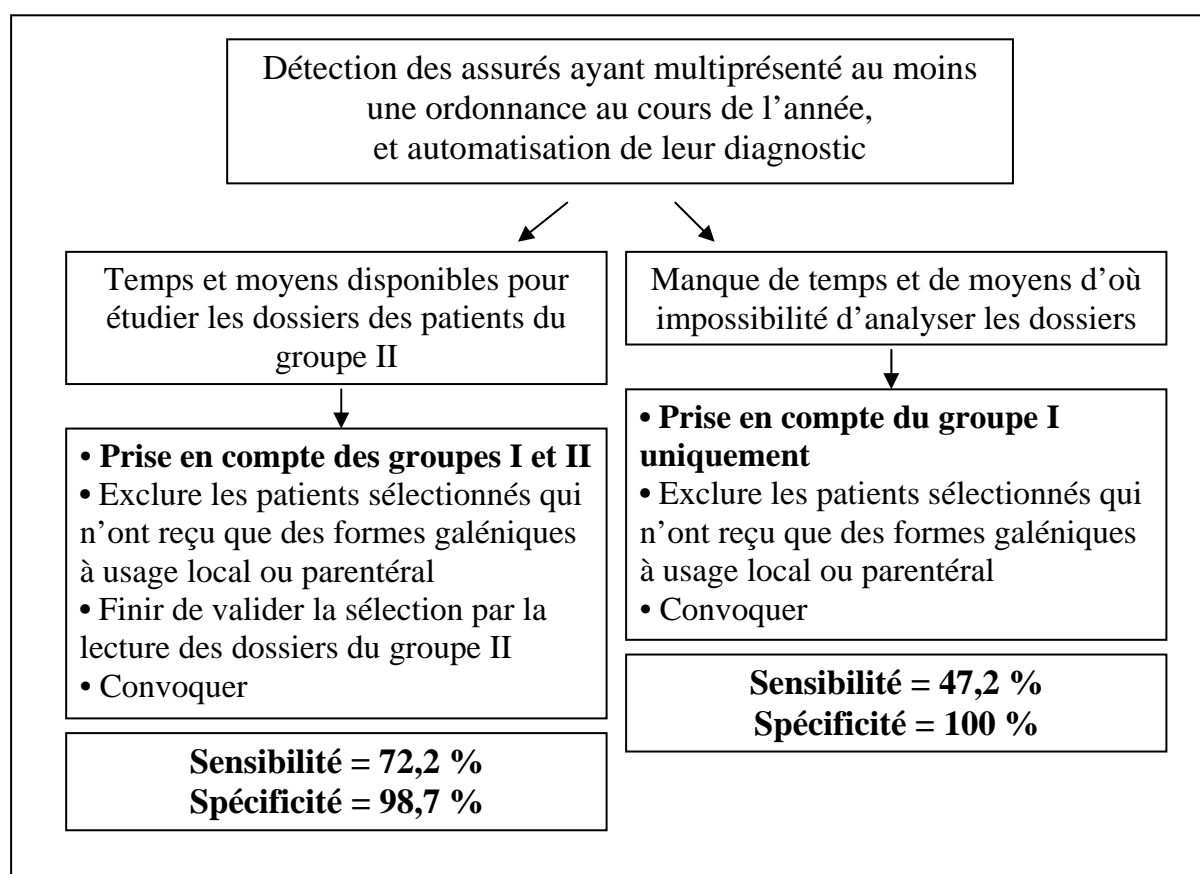


Figure 14 : arbre décisionnel récapitulatif de l'utilisation de l'outil en fonction du temps et des moyens disponibles.

## **PARTIE III : Discussion**

La création de cet outil de détection de la fraude par falsification d'ordonnances, à partir des bases de données régionales de l'Assurance Maladie, a abouti à une détection effective de fraudeurs, grâce à des critères de sélection performants malgré quelques limites.

Mais la population ainsi sélectionnée n'étant pas composée que de fraudeurs, il reste à expliquer les raisons d'un tel comportement de multiprésentation injustifiées d'ordonnances.

### **I. Forces et faiblesses de l'outil**

La force de notre outil réside essentiellement dans le choix du critère de sélection : **la présentation multiple d'une même ordonnance le même jour dans plusieurs pharmacies différentes** s'est avérée être un bon témoin de fraude, et d'autant plus que ce comportement était répété de nombreuses fois au cours de l'année. En second lieu, **l'extension de la période d'observation des ordonnances incriminées, à 7 jours suivant la première délivrance**, a permis de compléter les données de délivrances pour les patients ainsi détectés, et d'avoir un meilleur aperçu de leur activité frauduleuse le cas échéant ; tout en rendant possible la détection d'un plus grand nombre de délivrances injustifiées, cette période reste un délai raisonnable permettant d'exclure les renouvellements, qui, comme on peut le voir dans la pratique, ne se font pas toujours réellement au bout d'un mois mais sont parfois prématurés.

La constitution des groupes I et II, obtenus par classement des patients selon le nombre d'ordonnances multiprésentées lors de l'année, a permis d'individualiser les plus gros fraudeurs de ce fichier ; la spécificité a été d'autre part améliorée par **la proposition de diagnostic automatique de non fraude pour les patients de ces deux groupes ayant reçu uniquement des formes galéniques à usage local ou parentéral**, permettant d'éliminer automatiquement des non fraudeurs de ces groupes : la totalité pour le groupe I, et une partie pour le groupe II.

Notre outil présente cependant des limites :

#### **- Concernant les critères de sélection des patients :**

Pour l'étude présentée ici, la population source se limite aux assurés du Régime Général de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire, et sur l'année 2005, soit 2 800 000 assurés environ.

Notre outil ne permet de détecter que les fraudeurs se faisant *rembourser leurs médicaments* : en effet, la population source étudiée est issue des bases de données de l'Assurance Maladie construites à partir des demandes de remboursement télétransmises par les pharmacies, qui dispensent les patients d'avancer les frais pour les médicaments prescrits. Par contre, si un patient se fait délivrer des médicaments et avance les frais à la pharmacie, sans chercher à se faire rembourser ultérieurement, il n'apparaîtra pas dans ces fichiers, et ne sera pas détectable grâce à ce type d'étude (tout au plus, il peut être repéré par un pharmacien pour des délivrances fréquentes, ou un nomadisme médical ou pharmaceutique suspecté). Ce cas de figure ne rentre pas dans le cadre du programme de lutte contre les fraudes de l'Assurance Maladie, qui vise à éviter que les ressources confiées ne soient pas détournées par une minorité ; l'absence de demande de remboursement pour ces patients ne rend plus leur détection prioritaire. Cependant, ce type de comportement, de détournement et de surconsommation, reste un problème de santé publique, et d'autant plus qu'il est difficilement quantifiable : aucun moyen technique ne permet d'établir de base de données pour les patients fraudant mais ne se faisant pas rembourser.

D'autre part, la première partie du critère de sélection, à savoir la présentation multiple d'une même ordonnance le même jour dans plusieurs pharmacies différentes, limite probablement le nombre d'assurés détectés ; ceux qui ne multiprésentent jamais leurs ordonnances le même jour n'apparaissent pas dans le fichier.

Cette analyse ne concerne pas non plus les assurés qui consultent plusieurs médecins pour obtenir « légalement » plusieurs ordonnances, et qui se font délivrer chaque ordonnance une seule fois dans des pharmacies différentes. Cette multiplication du circuit habituel « un médecin - une pharmacie » constitue un autre type de fraude, qui peut également faire l'objet d'une étude (basée sur la recherche de nomadisme médical et pharmaceutique), mais ce n'est pas le sujet ici.

#### - Concernant les diagnostics posés, parfois à l'origine de biais :

Le diagnostic systématique de non fraude, que le CEIP a posé pour tous les patients du groupe III, est à l'origine d'une diminution de la sensibilité : tous les fraudeurs n'étant pas détectés, cela diminue le nombre de vrais positifs ; mais une détection exhaustive ne serait possible qu'au prix d'une analyse fastidieuse des données de ces patients, ce qui n'est pas compatible avec l'utilisation en routine et à grande échelle de l'outil. De même, la détection - partielle et relativement aléatoire - des fraudeurs du groupe III par le Service Médical, fausse également les calculs, en entraînant cette fois une augmentation de la spécificité : l'omission de

fraudeurs par le Service Médical revient en effet à augmenter artificiellement le nombre de vrais négatifs ; si les médecins-conseils détectaient tous les fraudeurs du groupe III, notre spécificité serait moins bonne.

De façon plus générale, nous avons systématiquement supposé exact le diagnostic du Service Médical, qui dispose de plus d'éléments que le CEIP pour pouvoir conclure sur la nature du comportement des patients détectés (dossier du patient, convocation éventuelle) ; mais il peut arriver que le médecin-conseil en charge de l'étude d'un dossier rencontre des difficultés à conclure avec certitude : l'analyse du dossier reste subjective, et les patients convoqués peuvent fournir une justification mensongère de leur comportement (complément d'ordonnance du fait de stocks insuffisants dans les pharmacies...), ce qui peut fausser la conclusion du Service Médical, et constituer donc un biais dans notre étude.

De plus, une formation spécifique des médecins-conseils en pharmacodépendance permettrait de mieux nous accorder sur la définition des termes de fraude, d'abus et de dépendance. L'exemple du patient 1169 montre en effet nos divergences de points de vue sur un même comportement : souffrant d'un trouble grave de la personnalité avec alcoolisme, ce patient a été considéré par le Service Médical comme proche d'une incapacité à avoir une vie sociale ; et n'ayant pas présenté de détournement d'usage ni de recherche d'autres bénéfices, en tout cas non volontaire, il a donc en premier lieu été jugé non fraudeur. Ce patient a toutefois obtenu une double délivrance intégrale pour 4 ordonnances ; ce comportement, même s'il n'y a pas intention délibérée de frauder, correspond à une situation anormale de délivrance qui reste intéressante à détecter. L'orientation des patients suite à leur détection peut donc se faire non seulement vers un service d'addictologie en cas de surconsommation, mais aussi vers un service gérant les troubles du comportement comme pour cet exemple.

Dernier biais, provoqué par la mise en place de l'automatisation, le critère d'exclusion des patients n'ayant reçu que des formes à usage local ou parentéral, écarte certains médicaments qui peuvent malgré tout être détournés : certaines spécialités à usage cutané (les dermo-corticoïdes, utilisés pour dépigmenter la peau en association avec l'hydroquinone), certains aérosols (les broncho-dilatateurs, utilisés dans le cadre du dopage)... Ce critère permet cependant une diminution des faux positifs lors de la détection automatisée des fraudeurs. Par contre, il ne permet pas l'exclusion de tous les non fraudeurs du groupe II ; une analyse des dossiers reste donc nécessaire pour les patients restants de ce groupe, avant de les convoquer.

- Concernant l'utilisation restreinte de l'outil, limitée dans cette étude à la région des Pays de la Loire :

Bien que la population source soit assez importante, les calculs de sensibilité et de spécificité ont été réalisés sur un nombre relativement petit de fraudeurs détectés ; à grande échelle, l'excellente spécificité de l'outil, lorsqu'il est utilisé après automatisation des conclusions du CEIP et sur le groupe I uniquement, pourrait donc être diminuée.

## **II. Hypothèses : les raisons d'un comportement de multiprésentation**

Reste à tenter d'expliquer les raisons d'un tel comportement. Si tous ne sont pas fraudeurs, il n'en reste pas moins que 2030 patients, sur la seule région des Pays de la Loire, et sur l'année 2005, ont répondu au critère de sélection, en présentant au moins une fois, au cours de l'année 2005, une ordonnance le même jour dans plusieurs pharmacies différentes.

### **II.1. Le complément d'ordonnance**

La première raison envisageable est le **complément d'ordonnance** : une première pharmacie, ne disposant pas de stocks suffisants pour honorer la totalité de l'ordonnance, ne délivre qu'une partie des médicaments, laissant une autre pharmacie délivrer les manquants. Le patient ne figurera dans le fichier qu'à la condition cependant qu'il y ait au moins un médicament en commun délivré par les deux pharmacies. Ce comportement reste malgré tout assez étrange, car, en pratique, la première pharmacie commande souvent les boîtes manquantes, que le patient vient chercher dans la journée ou les jours qui suivent. Ce n'est pourtant pas le cas des patients de ce fichier, qui sont allés, le jour même, dans une autre pharmacie chercher le complément... Un client pressé ? Un traitement urgent ? Une commission par une tierce personne, disponible seulement ce jour-là ?

Quel que soit le cas de figure, on n'est pas ici en présence d'un comportement de fraude.

## **II.2. L'obtention de plus d'un mois de traitement en une fois**

Il pourrait également s'agir, dans le cadre d'un départ en vacances à l'étranger par exemple, d'une stratégie pour contourner de la loi afin d'**obtenir plusieurs mois de traitement** sans avoir à suivre la procédure en vigueur. L'article R. 5123-2 du Code de la Santé Publique interdit en effet au pharmacien de délivrer en une fois plus d'un mois de traitement : « Pour en permettre la prise en charge, le pharmacien ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à trente jours selon le conditionnement (...) » (4). Les personnes devant quitter le territoire français pour une période supérieure à 30 jours peuvent bénéficier d'une autorisation de délivrance particulière ; pour cela, elles doivent contacter leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie et justifier leur demande (par exemple : incertitudes sur le nombre d'officines, sur la disponibilité des médicaments dans le pays où ils se rendent...). Après examen du dossier, le médecin-conseil peut donner son accord, à titre dérogatoire, pour la prise en charge d'une délivrance supérieure à plus d'un mois de traitement. Le pharmacien peut alors délivrer des médicaments pour plusieurs mois, conformément à la prescription qui lui est présentée (12).

Dans ce cadre, même s'il n'y a pas surconsommation, on se trouve en situation de fraude.

## **II.3. L'obtention répétée de médicaments**

Enfin, troisième hypothèse, c'est l'**obtention répétée de médicaments**, par présentation d'ordonnances falsifiées, photocopiées ou créées de toutes pièces, dans plusieurs pharmacies différentes le même jour, dans le but d'une **surconsommation personnelle**, ou d'un **trafic** par revente dans les milieux festifs ou à l'étranger.

### **II.3.1. Surconsommation personnelle**

Plusieurs hypothèses expliquant cette consommation sont envisageables selon les médicaments délivrés :

- **effets propres dérivés de l'action thérapeutique** du médicament (effet psychoactif pour les psychotropes, effet amaigrissant pour les diurétiques et les dérivés thyroïdiens...).

- **effets propres autres que thérapeutiques**, mais encore inconnus à l'heure actuelle : cet outil peut permettre de découvrir un potentiel de détournement à des médicaments qui n'étaient jusque là pas connus pour en avoir un (cf. le patient 10 (807), annexe 1, page 22 : surconsommation de nadolol, Corgard<sup>®</sup>).

- propriétés thérapeutiques utilisées pour **contrebalancer les effets secondaires** de la consommation de la substance principale ; une consommation massive d'un produit étant susceptible d'entraîner des effets indésirables doses-dépendants, le patient peut être amené à consommer d'autres substances pour atténuer ces effets (cf. le patient 1 (463), annexe 1, page 2, qui semble surconsommer du Vagostabyl<sup>®</sup>, spécialité de phytothérapie indiquée dans le traitement symptomatique des états neurotoniques, en association avec de fortes quantités de Stablon<sup>®</sup>, antidépresseur pouvant entraîner insomnies, cauchemars, tachycardie et tremblements).

- dans le cas des ordonnances créées de toutes pièces, **rôle de « masque »** sur l'ordonnance : la présence de plusieurs « médicaments-alibis » associés à la substance principale permettraient de rendre un traitement plus crédible et de justifier la prescription de cette substance.

- dans le cas des ordonnances authentiques, délivrance répétée uniquement due à la **présence de ces médicaments sur l'ordonnance de la substance d'intérêt** : faisant partie de la prescription originale, ils sont délivrés en même temps que la substance principale, mais ne font cependant pas forcément l'objet d'une consommation abusive.

Dans le cadre d'une surconsommation personnelle, ce début de comportement de fraude que constitue l'utilisation illégale du système de remboursement des médicaments, peut être une première étape avant de passer à l'obtention de ces médicaments dans la rue par deal – une fois que le comportement est repéré, que des sanctions sont prises, et que ce système d'approvisionnement n'est plus possible. Ces patients sont donc peut-être dans une situation où l'on pourrait encore intervenir efficacement pour les aider ; une convocation pourrait donc, en plus de son objectif de répression, permettre d'informer le patient que son comportement a été repéré et l'orienter vers une structure adaptée pour prendre en charge son problème de consommation. Dans ce but, un projet de formation des médecins-conseils en

pharmacodépendance est en cours d'élaboration. Il est en effet nécessaire pour ces praticiens d'évaluer le comportement du patient, qui peut être attribuable à du non usage (dans le cas de la revente), à de l'usage, à de l'usage à risque, à de l'abus, voire à de la pharmacodépendance. Une connaissance des critères cliniques officiels d'identification de chaque stade et des critères de gravité de la pharmacodépendance est donc indispensable, et peut être apportée par le CEIP, dans le cadre de sa mission de formation des professionnels de santé.

### **II.3.2. Revente dans les milieux festifs ou trafic vers l'étranger**

Les comprimés ayant une galénique attractive, susceptibles d'être **présentés comme des comprimés d'ecstasy dans les milieux festifs**, peuvent faire l'objet de détournement.

Même si cette situation est anecdotique, il reste intéressant d'en mentionner l'existence. Dans son bulletin d'information de février 2005, le CRPV d'Alsace a par exemple fait remarquer que certaines présentations d'ecstasy peuvent avoir une forme et un aspect rappelant ceux des comprimés de buflomédil <sup>(13)</sup>.

De façon générale, les comprimés colorés ou présentant des logos attractifs peuvent être détournés, la pratique présentant les avantages, pour les trafiquants, d'être extrêmement rentable, et de n'être sanctionnée que comme un exercice illégal de la médecine et non plus comme du trafic de stupéfiants.

Il est cependant parfois difficile de comprendre les risques que prennent ces assurés à se faire rembourser des boîtes de médicaments souvent peu onéreux, et qui se revendent bien plus cher sur le marché noir. Ainsi, pour le Rohypnol<sup>®</sup> par exemple, la boîte de 7 comprimés coûte 1,10 € alors que le comprimé se revend environ 1,50 €

Les figures ci-après illustrent ce type de détournement : la première présente des galéniques de comprimés d'ecstasy, et la deuxième, des exemples de médicaments dont les comprimés sont détournés et présentés comme étant de l'ecstasy, notamment pour l'attractivité de leur logo.



Figure 15 : des exemples de galéniques de comprimés d'ecstasy ; on note l'importance du logo, de la forme et de la couleur dans l'attractivité du comprimé (37).



Figure 16 : des exemples de galéniques de comprimés de différents médicaments, détournés et présentés comme de l'ecstasy ; sous le nom commercial et la DCI de chaque médicament est indiqué le nom de rue du comprimé (39).

Un autre type de trafic, **vers l'étranger** cette fois, peut également naître de l'utilisation illégale du système de remboursement des médicaments.

Ce trafic peut se baser sur des ordonnances de complaisance, rédigée par des médecins complices prescrivant des médicaments ne correspondant à aucune pathologie du patient, mais aussi sur des ordonnances falsifiées, volées, créées ou photocopiées par le patient lui-même. Les médicaments ainsi obtenus sont expédiés à l'étranger, où ils sont revendus.

On peut penser à cette hypothèse par exemple pour les patients qui se font délivrer **l'intégralité de l'ordonnance à chaque délivrance** (cf. le patient 20 (72), annexe 1, page 37).

### **III. Conclusion**

La création de cet outil de détection de la fraude par falsification d'ordonnances, construit à partir des bases de données régionales de l'Assurance Maladie, constitue un **travail innovant en matière de lutte contre la fraude**, mais également **dans le domaine de l'évaluation de la pharmacodépendance**, en complétant l'outil OSIAP déjà existant. La collaboration originale entre le Service Médical du Régime Général de l'Assurance Maladie et le CEIP de Nantes a permis un échange de données, de compétences et de résultats aboutissant à une **étude inédite, potentiellement applicable à l'ensemble des assurés du pays**. Cette analyse s'inscrit ainsi dans l'actualité agitée de l'Assurance Maladie, en plein programme de lutte contre les fraudes.

**En sélectionnant et en classant, parmi la population des Pays de la Loire inscrite au Régime Général, les assurés ayant multiprésenté de manière injustifiée des ordonnances au cours de l'année 2005 et s'étant fait rembourser les médicaments obtenus, cet outil a répondu à notre attente, en détectant, avec une spécificité excellente, de véritables fraudeurs. Son utilisation pourrait d'ailleurs être réitérée sur les données de 2006.**

**Notre étude a également permis de découvrir un cas de consommation abusive voire de dépendance à une molécule jusque là jamais impliquée dans ce contexte, le nadolol, un bêtabloquant (cf. le patient 10 (807), annexe 1, page 22). Cet exemple rappelle le potentiel de cet outil en matière de découverte et de suivi des nouvelles tendances de consommation.**

**Enfin, ce travail a souligné les intérêts communs au Service Médical et au CEIP dans le domaine de la détection de la fraude, et l'importance de ce partenariat. Il sera**

**probablement suivi d'une formation des médecins-conseils en pharmacodépendance, qui viendra renforcer les acquis déjà mis en place (comme la déclaration au CEIP des cas d'abus ou de dépendance identifiés lors de convocations), et qui pourrait permettre, à terme, une meilleure orientation des patients détectés.**

**Ce travail symbolise ainsi un nouveau partenariat entre le Service Médical du Régime Général de l'Assurance Maladie et le CEIP, liés dans la lutte contre les fraudes et la pharmacodépendance.**

## **Bibliographie**

1- **AFSSAPS** ; Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), OSIAP (Ordonnances Suspectes, Indicateurs d'Abus Possible), Résultats des enquêtes 2004 et 2005 ; [http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/pharma/enquete\\_osiap\\_2005.pdf](http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/pharma/enquete_osiap_2005.pdf)  
(site consulté le 5 février 2007)

2- **AFSSAPS** ; Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), Rapport d'activité 2005, Bilan scientifique ; <http://afssaps.sante.fr/pdf/10/ceip2005.pdf>  
(site consulté le 10 février 2007)

3- **Aranko K., Henriksson M., Hublin C. et al.** ; Misuse of zopiclone and convulsions during withdrawal ; *Pharmacopsychiatry* 1991 ; 24 : 138-140

4- **Article R.5123-2 in Code de la Santé Publique** ; délivrance maximale d'un mois pour une prise en charge du traitement ; <http://www.legifrance.gouv.fr/>  
(site consulté le 2 février 2007)

5- **Article R.5132-99 in Code de la Santé Publique** ; structure du système national d'évaluation de la pharmacodépendance

6- **Articles R.5132-112, R.5132-113, R.5132-114, R.5132-115 et R.5132-116 in Code de la Santé Publique** ; sous-section 4 : Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance ; <http://www.legifrance.gouv.fr>  
(site consulté le 10 février 2007)

7- **Baumevieille M., Haramburu F., Begaud B.** ; Abuse of prescription medicines in southwestern France ; *Ann Pharmacother* 1997 ; 31 : 847-50

8- **Baumevieille M., Miremont G., Haramburu F. et al.** ; Le système français d'évaluation de la pharmacodépendance et de l'abus : consécration juridique. *Thérapie* 2001 ; 56(1) : 15-22

9- **Begaud B.** ; Dictionnaire de Pharmaco-épidémiologie, 3<sup>ème</sup> édition, ARME-Pharmacovigilance Editions

10- **Boulanger-Rostowsky L., Fayet H., Ben Moussa N. et al.** ; Dépendance au zolpidem : à propos de deux cas ; L'encéphale 2004 XXX : 153-5

11- **Cholley D., Gainet J.M., Osterman M. et al.** ; Traitement de substitution par buprénorphine haut dosage ; quel rôle pour l'Assurance Maladie ? Rev Méd Assurance Maladie 2001 ; 32 : 295-303

12- **CPAM de Chaumont** ; Prolongement de la durée de renouvellement des médicaments remboursés (dérogation pour les départs à l'étranger) ;

<http://www.cpam-chaumont.fr/Assures/PDF/MAJ%20prol%20dur%E9e%20renouvel%20m%E9dicaments.pdf>

(site consulté le 2 février 2007)

13- **CRPV d'Alsace** ; Bulletin d'information n°46 de février 2005 ;

<http://www.centres-pharmacovigilance.net/strasbourg/pv46/PVINFO46.pdf>

(site consulté le 20 avril 2006)

14- **Damon M.N., Claroux-Bellocq D., Degre A.** ; Traitement de substitution par la buprénorphine haut dosage en médecine de ville en Aquitaine ; Rev Méd Assurance Maladie 2001 ; 32 : 311-8

15- **Darke S., Ross J.** ; The use of antidepressants among injecting drug users in Sydney, Australia ; Addiction 2000 Mar ; 95(3) : 407-17

16- **Décret n° 99-249 du 31 mars 1999** relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique ; JO du 01 avril 1999 ;

<http://www.legifrance.gouv.fr>

(site consulté le 10 février 2007)

17- **Directions Régionale et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées** ; section « Santé de l'Homme », « Veille Sanitaire – Sécurité et Vigilances Sanitaires », « Les Vigilances sanitaires », « Pharmacovigilance, le lexique » ;  
<http://midipy.sante.gouv.fr/santehom/vsv/vigilanc/pharmaco/lexique3.htm#>  
(site consulté le 14 janvier 2007)

18- **Dorosz P.** ; Guide pratique des médicaments 2006, 26<sup>ème</sup> édition, Editions Maloine

19- **DSM-IV** ; Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition ; Trad. Paris, Masson, 1996

20- **Excler-Cavailher G., Liabeuf G., Noiry V. et al.** ; Traitement de substitution par buprénorphine haut dosage : une expérience de suivi ; Rev Méd Assurance maladie 2001 ; 32 : 305-10

21- **Figaro.fr** ; Découverte d'un vaste trafic de médicaments ; 6 octobre 2006 ;  
<http://www.lefigaro.fr/>  
(site consulté le 5 janvier 2007)

22- **Frauger E., Thirion X., Chanut C. et al.** ; Misuse of trihexyphénidyle (Artane<sup>®</sup>, Parkinane<sup>®</sup>) : recent trends ; Thérapie 2003 ; 58(6) : 541-547

23- **Graphpad**, logiciel d'analyse en ligne ; section *GraphPad QuickCalcs*, puis *Random Numbers*, puis *Randomly select a subset of subjects* ;  
<http://www.graphpad.com>  
(site consulté le 14 septembre 2006)

24- **Guillem E., Lepine J.P.** ; Does addiction to antidepressants exists ? About a case of one addiction to tianeptine ; Encephale 2003 ; 29 : 456-9

25- **Haddad P.** ; Do antidepressants have any potential to cause addiction ? J Psychopharmacol. 1999 ; 13(3) : 300-7

26- **Haddad P.** ; Do antidepressants cause dependence ? Epidemiol Psichiatr Soc. 2005 ; 14(2) : 58-62

27- **Jones I.R., Sullivan G.** ; Physical dependence on zopiclone : case reports ; BMJ 1998 ; 316 : 117

28- **Kao C.L., Huang S.C., Yang Y.J. et al.** ; A case of parenteral zolpidem dependence with opioid-like withdrawal symptoms ; J Clin Psychiatry 2004 Sep ; 65(9) : 1287

29- **Krueger T.H., Kropp S., Huber T.J.** ; High-dose zolpidem dependence in a patient with chronic facial pain ; Ann Pharmacother. 2005 Apr ; 39(4) : 773-774

30- **Lader M.** ; Zopiclone : Is there any dependence and abuse potential ? J Neurol. 1997 ; 244 (Suppl 1) / S18 - S22

31- **Lapeyre-Mestre M., Damase-Michel C., Adams P. et al.** ; Falsified or forged medical prescriptions as an indicator of pharmacodependence : a pilot study ; Community pharmacists of the Midi-Pyrenees ; Eur J Clin Pharmacol 1997 ; 52(1) : 37-9

32- **Lemoine P., Allain H., Janus C. et al.** ; Gradual withdrawal of zopiclone (7.5 mg) and zolpidem (10 mg) in insomniacs treated for least 3 months ; Eur Psychiatry. 1995 ; 10 (supp 3) : 161s-165s

33- **Leterme L., Singlan Y., Auclair V., Le Boisselier R., Frimas V.** ; Usage détourné de la tianeptine ; Ann Med Interne 2003 ; 154 : 2858-2863

34- **Liappas I.A., Malitas P.N., Dimopoulos N.P. et al.** ; Three cases of zolpidem dependence treated with fluoxetine : the serotonin hypothesis ; World J Biol Psychiatry 2003 ; 4 : 93-96

35- **Liappas I.A., Malitas P.N., Dimopoulos N.P. et al.** ; Zolpidem dependence case series : possible neurobiological mechanisms and clinical management ; J Psychopharmacol. 2003 ; 17 : 131-135

36- **Llau M.E., Lapeyre-Mestre M., Plas L. et al.** ; Forged medical prescriptions in a community pharmacy network in Midi-Pyrenees area : assessment of a falsification ratio ; Eur J Clin Pharmacol 2002 ; 57(12) : 911-2

37- **Narkomanija** ;

<http://www.narkomanija.org.yu/narkotici-eks.html>

(site consulté le 7 juillet 2006)

- 38- **O'brien C.P.** ; Benzodiazepine use, abuse, and dependence ; J Clin Psychiatry 2005 ; 66  
Suppl 2 : 28-33
- 39- **Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies** ; Médicaments ou ecstasy ?  
Comprimés collectés dans le cadre de SINTES jusqu'à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2004 ; note  
d'information du 2 juin 2004 ;  
[http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir\\_040602\\_medic.pdf](http://www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_040602_medic.pdf)  
(site consulté le 19 février 2007)
- 40- **Pallavicini J., Acevedo X.** ; Zopiclone dependence. Report of one case ; Rev Med Chil  
1997 ; 125 : 336-340
- 41- **Quotidien du Pharmacien** n°2451 ; La chasse aux fraudeurs est ouverte ; 18 décembre  
2006
- 42- **Rappa L.R., Larose-Pierre M., Payne D.R. et al.** ; Detoxification from high-dose zolpidem  
using diazepam ; Ann Pharmacother. 2004 Apr ; 38(4) : 590-4
- 43- **Ronfle E., Thirion X., Lapierre V. et al.** ; Substitution par le Subutex<sup>®</sup> : les 2/3 des patients  
sont observants ; Rev Prat 2001 ; 15 : 23-8
- 44- **Saatçioğlu O., Erim R., Cakmak D.** ; Abuse of tianeptine : a case report ; Turkish Journal  
of Psychiatry 2006 ; 17(1)
- 45- **Salvaggio J., Jacob C., Schmitt C., Orizet C., Ruel M., Lambert H.** ; Abuse of  
flunitrazepam in opioid addicts ; Ann Med Interne (Paris) 2000 Apr ; 151 Suppl A : A6-9
- 46- **Schlatter J., Sitbon N., Saulnier J.L.** ; Drugs ans drug abusers ; Presse Med. 2001 Feb 17 ;  
30(6) : 282-7
- 47- **Sethi P.K., Khandelwal D.C.** ; Zolpidem at supratherapeutic doses can cause drug abuse,  
dependence and withdrawal seizure ; Japi. 2005 Feb ; Vol 53
- 48- **Sikdar S., Ruben S.M.** ; Zopiclone abuse among polydrug users ; Addiction 1996 ; 91 :  
285-286

- 49- **Spoerry A., Degre A., Bonnet P. et al.** ; Suivi d'une population de malades dépendants aux opiacés ; Rev Méd Assurance Maladie 2000 ; 3 : 21-7
- 50- **Spoerry A., Mezzarobba F., Pougnet B. et al.** ; Pharmacodépendances en Béarn et Soule : une expérience de suivi au long cours (octobre 1996 à mars 1998) ; Rev Méd Assurance Maladie 1998 ; 4 : 64-71
- 51- **Sullivan G., Mc Bride A.J., Clew W.B.** ; Zopiclone abuse in south Wales : three case reports ; Human Psychopharmacology 1995 ; 10 : 351-352
- 52- **Sutherland J.** ; Imovane and narcotic addiction ; N Z Med J 1991 ; 104 : 103
- 53- **Thakore J., Dinan T.G.** ; Physical dependence following zopiclone usage : a case report ; Human Psychopharmacology 1992 ; 7 : 143-145
- 54- **Thirion X., Lapierre V., Micallef J. et al.** ; Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region ; Drug Alcohol Depend. 2002 ; 65 : 197-204
- 55- **Tripodianakis J., Potagas C., Papageorgiou P. et al.** ; Zolpidem-related epileptic seizures : a case report ; Eur Psychiatry 18 (2003) : 140-1
- 56- **Vandel P., Regina W., Bonin B., Sechter D., Bizouard P.** ; Abuse of tianeptine. A case report ; Encephale 1999 ; 25 : 672-3
- 57- **Vgontzas A.N., Kales A.** ; Mechanisms of benzodiazepine drug dependence ; *In Handbook of Experimental Pharmacology* 1995, vol 116 ; Pharmacology of Sleep (Kales A. ed), Berlin ; Springer : 505-536
- 58- **Victorri-Vigneau C., Basset G., Bourin M. et al.** ; Is hypnotic use influenced by legislation ? *Thérapie* 2003 ; 58 (5) : 425-430
- 59- **Victorri-Vigneau C., Basset G., Jolliet P.** ; How a novel programme for increasing awareness of health professionals resulted in a 14% decrease in patients using excessive doses of psychotropic drugs in western France ; *Eur J Clin Pharmacol.* 2006 Apr ; 62 (4) : 311-6
- 60- **Vidal 2006, Dictionnaire**, Editions du Vidal

## **Liste des annexes**

- Annexe 1 : Analyse au cas par cas des patients du groupe I
  
- Annexe 2 : Analyse au cas par cas des patients du groupe II
  
- Annexe 3 : Fiche de notification d'une pharmacodépendance au CEIP (formulaire de « Déclaration obligatoire d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou tout autre produit ayant un effet psycho-actif »)
  
- Annexe 4 : Poster du Congrès annuel de la Société Française de Toxicologie, Paris, 23 et 24 octobre 2006 : « Intoxication médicamenteuse chronique : pharmacodépendance ou troubles du comportement ? »

## **Annexe 1 :**

### **Analyse au cas par cas des patients du groupe I**

## - Patient 1 (463) :

Homme de 42 ans, 3 prescripteurs (Q = 3), 17 ordonnances (O = 17), présentées chacune plusieurs fois (avec un maximum de 9 fois pour la 17<sup>ème</sup>, et une moyenne de 4,8 délivrances par ordonnance), et ayant donné lieu à 81 délivrances au total (P = 81), réparties sur 36 pharmacies différentes sur l'année (T = 36), avec un maximum de 5 pharmacies différentes vues le même jour (U = 5). Ce patient s'est fait délivrer au total 381 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 17 ordonnances.

Calendrier des prescriptions et délivrances

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1		2										
2			2									
3						2						
4		1	1									
5		2		1								
6												
7				3		2						
8		3				2						
9												
10	5	1										
11			2		1	2						
12					2							
13						3						
14						2						
15	2		2	3	1							
16			2	2		1						
17	2				1	1						
18												
19			3									
20						4						
21			1			2						
22												
23						3						
24												
25			1									
26			1									
27					2							
28												
29			1									
30			4	3								
31												

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Cet individu s'est fait délivrer essentiellement de la **tianeptine** (Stablon<sup>®</sup>, ATD). Cette molécule, connue pour son potentiel de dépendance, est systématiquement présente à chaque délivrance, à raison de 3 boîtes par délivrance, avec un total de 243 boîtes de 30 comprimés, et ceci sur une période allant du 10/01/05 au 23/06/05 soit 5 ½ mois, suivi d'un arrêt total des délivrances, ou du moins des demandes de remboursements.

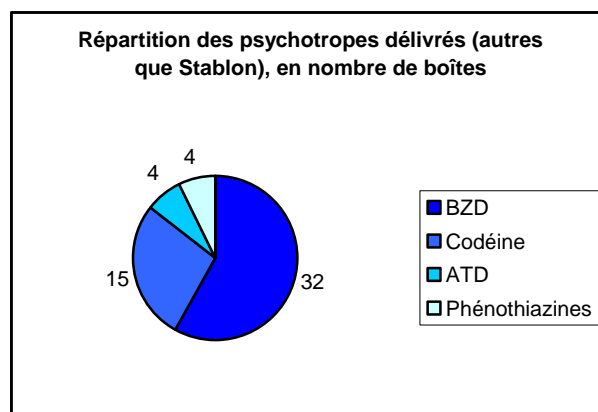
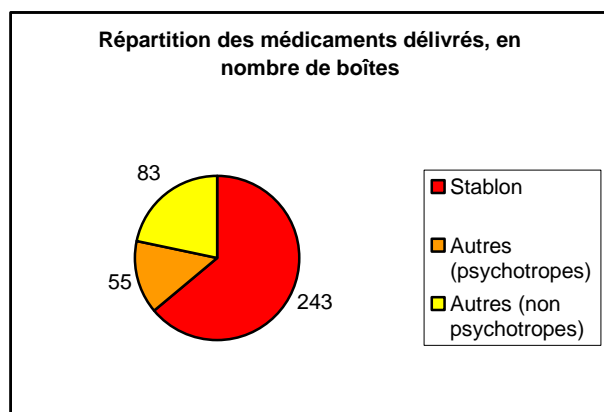
Polyconsommateur, ce patient a obtenu de nombreuses autres molécules, qui changent à chaque nouvelle ordonnance.

Sur les 138 boîtes de médicaments restant, 55 sont des psychotropes, et donc des médicaments assez attendus dans ce contexte :

- 1<sup>ère</sup> ordonnance : délivrance de **codéine** (Néocodion<sup>®</sup>, antitussif opiacé, 7 flacons de sirop en 4 délivrances) et de **maprotiline** (Ludimil<sup>®</sup>, ATD imipraminique, 2 boîtes en 2 délivrances).
- 3<sup>ème</sup> ordonnance : **miansérine** (Athymil<sup>®</sup>, ATD, 2 boîtes en 2 délivrances).
- 5<sup>ème</sup> ordonnance : **alprazolam** 0,50 mg (Xanax<sup>®</sup>, BZD anxiolytique, 4 boîtes en 2 délivrances).
- 6<sup>ème</sup>, 16<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> ordonnances : **bromazépam** (Lexomil<sup>®</sup>, BZD anxiolytique, 16 boîtes en 16 délivrances).
- 8<sup>ème</sup> ordonnance : **zopiclone** 7,5 mg (Imovane<sup>®</sup>, BZD apparentée, hypnotique, 8 boîtes en 4 délivrances).
- 10<sup>ème</sup> ordonnance : **tétrazépam** (BZD myorelaxante, 4 boîtes en 4 délivrances) et **paracétamol codéiné** (Codoliprane<sup>®</sup>, 400 mg / 20 mg, 4 boîtes en 4 délivrances).

- 15<sup>ème</sup> ordonnance : **paracétamol codéiné** (Codoliprane<sup>®</sup>, 4 boîtes en 4 délivrances).
- 16<sup>ème</sup> ordonnance : **oxomémazine** (Toplexil<sup>®</sup>, phénothiazine antihistaminique H1 antitussive et sédatrice, traitement symptomatique de la toux non productive gênante, 4 flacons en 4 délivrances).

Soit, en résumé : 32 boîtes de BZD, 15 de codéine, 4 d'ATD et 4 de phénothiazines.



Enfin, les 83 boîtes restant concernent des médicaments dont la place dans ce comportement de fraude n'est pas bien expliquée : ils ne sont pas spécialement attendus dans une consommation détournée. Il s'agit :

- du Vagostabyl<sup>®</sup> (42 boîtes en 22 délivrances, ordonnances 2, 9, 12, 13, 14).
- du Magné B6<sup>®</sup> (12 boîtes en 6 délivrances, ordonnances 11, 13).
- du Surbronc<sup>®</sup> (7 boîtes en 7 délivrances, ordonnances 1, 16).
- du Rulid<sup>®</sup> (8 boîtes en 4 délivrances, une boîte de 10 et une boîte de 16 comprimés à chaque délivrance, ordonnance 16).
- du Surgam<sup>®</sup> (4 boîtes en 4 délivrances, ordonnance 10).
- de la Bétadine<sup>®</sup> (4 flacons en 4 délivrances, ordonnance 15).
- de la Biafine<sup>®</sup> (2 tubes en 2 délivrances, ordonnance 15).
- du Célestène<sup>®</sup> (2 boîtes en 2 délivrances, ordonnance 1).
- du **paracétamol** 500 mg (2 boîtes en 2 délivrances, ordonnance 7).

L'intérêt propre de ces médicaments à être consommés (autre que thérapeutique) n'ayant pas été mis en évidence, ces produits ont peut-être été délivrés uniquement du fait de leur présence sur une ordonnance originale de Stablon<sup>®</sup> ; l'analyse de la logique des traitements délivrés conforte cette hypothèse. Cela n'empêche pas le patient d'avoir éventuellement une consommation abusive des psychotropes délivrés, s'ajoutant à celle du Stablon<sup>®</sup>.

Le Surbronc<sup>®</sup> (**ambroxol**, agent fluidifiant favorisant l'expectoration) et le Célestène<sup>®</sup> (**bétaméthasone**, AIS) peuvent expliquer la présence du Néocodion<sup>®</sup> (**codéine**, antitussif opiacé) sur la 1<sup>ère</sup> ordonnance, en tant que traitement d'une affection bronchique, bien que la présence d'un antitussif avec un fluidifiant soit paradoxale. De même, sur la 16<sup>ème</sup> ordonnance, le Surbronc<sup>®</sup>, associé au Rulid<sup>®</sup> (**roxithromycine**, ATB macrolide), a pu être prescrit dans un contexte d'infection ORL.

Le Surgam<sup>®</sup> (**acide tiaprofénique**, AINS) peut lui aussi rentrer dans une logique de thérapeutique quand il est associé à du **tétrazépam** et à du **paracétamol codéiné**, dans le cas de contractures musculaires douloureuses associées à des tendinites par exemple.

Pour le Vagostabyl<sup>®</sup> également (**aubépine**, **mélisse**, **calcium** et **magnésium**), l'indication reste compatible avec la co-prescription de Stablon<sup>®</sup>, car elle concerne le traitement symptomatique des états neurotoniques, notamment les troubles mineurs du sommeil, troubles que l'on peut observer lors d'une dépression. Mais le nombre de boîtes délivrées (42) et le nombre de délivrances (22), assez élevés, peuvent malgré tout alerter. On a alors trois autres possibilités :

- un potentiel propre de détournement ? Son absence de potentiel de dépendance est pourtant reconnue par le milieu médical\*. Cependant, un cas de notification d'abus pour du Sympavagol® (aubépine, passiflore), spécialité de phytothérapie assez proche, est parvenu au CEIP en avril 2006.

- le but de contrebalancer des effets secondaires du Stablon® ? Le Vidal® mentionne en effet, bien que rares, insomnies, cauchemars, tachycardie, tremblements. Dans le cas présent, l'individu a obtenu au moins 243 boîtes sur une période de 5 ½ mois, soit une posologie d'au moins 44 comprimés par jour. On peut supposer qu'en cas de prise massive, ces effets soient augmentés et nécessitent d'être corrigés par la prise d'une autre substance, rôle que pourrait jouer le Vagostabyl®.

- enfin, tout médicament dont le détournement ne trouve pas de raison pharmacologique évidente peut être suspecté d'être revendu, pour sa galénique attrayante, dans les milieux festifs, présenté comme de l'ecstasy. Mais dans le cas présent, le Vagostabyl® se présente sous la forme d'un comprimé enrobé orange, sans logo, ce qui ne correspond pas a priori aux galéniques recherchées.

Comme pour le Vagostabyl®, la prescription concomitante du Magné B6® (**magnésium et pyridoxine**, soit la vitamine B6) peut s'expliquer par son indication, à savoir la carence en magnésium, qui peut être évoquée par l'association d'un certain nombre des symptômes suivants : nervosité, irritabilité, anxiété légère, fatigue passagère, troubles mineurs du sommeil (l'apport du magnésium pouvant améliorer ces symptômes).

Les multiples délivrances de Rulid® (**roxithromycine**, ATB, macrolide) peuvent être dues uniquement à sa présence sur une ordonnance de Stablon®, le patient ne précisant pas qu'il a déjà eu tout le traitement pour ne pas alerter le pharmacien. A noter cependant que la roxithromycine, du fait de ses propriétés inhibitrices enzymatiques, peut entraîner une augmentation des concentrations des substances co-administrées, ce qui pourrait lui conférer un intérêt à être détournée.

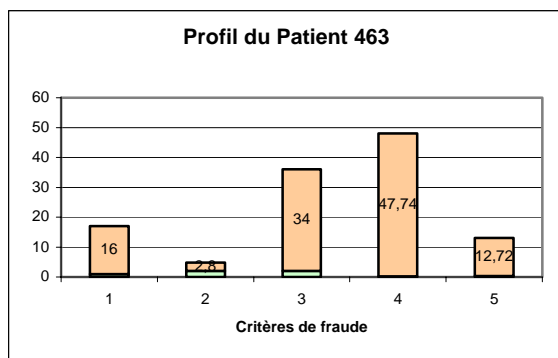
Par contre, la présence de Bétadine® (**povidone iodée**, antiseptique externe) et de Biafine® (**émulsion huile dans l'eau**, à action mécanique de détergence et de drainage) sur la 15<sup>ème</sup> ordonnance est difficilement explicable dans un cadre de consommation détournée ou d'abus. Il doit donc s'agir d'une ordonnance originale, ce qui est possible puisque les ordonnances 15 et 16 (comportant toutes deux du Stablon®), bien que rédigées à 3 jours d'intervalle, ont deux prescripteurs différents.

En résumé, il s'agit d'une fraude caractérisée pour du Stablon® (243 boîtes) qui a été décelée uniquement lors de la première moitié de l'année 2005. Des molécules différentes sur chaque ordonnance sont associées au Stablon®, mais aucune ne semble faire l'objet d'une consommation abusive, mis à part peut-être le bromazépan (présent sur 3 ordonnances et délivré 16 fois au total) et la codéine (3 ordonnances concernées, 15 boîtes, 12 délivrances). Les molécules non psychotropes associées semblent n'être délivrées que du fait de leur présence sur l'ordonnance (qui pourrait être authentique au départ, puis dupliquée voire falsifiées par changement des dates), mais apparemment sans but de consommation abusive. En effet, aucune explication pharmacologique n'a été trouvée dans ce sens, et de plus, les quantités délivrées au total sont peu importantes. Des doutes subsistent cependant pour le Vagostabyl® car il revient fréquemment (5 ordonnances) et a été délivré 22 fois (42 boîtes), peut-être pour son effet thérapeutique propre, sédatif, ou pour son effet correcteur des effets indésirables du Stablon® pris massivement.

Bien que le schéma thérapeutique soit parfois illogique (association d'antidépresseurs de façon épisodique, association d'un antitussif et d'un fluidifiant sur la même ordonnance), il semble que les ordonnances soient authentiques. Mais, malgré un en-tête identique pour la plupart des ordonnances (11 sur 17 sont du même médecin), les ordonnances sont trop rapprochées pour avoir été rédigées réellement, à ces dates, par un même prescripteur (rappelons que le Stablon® est prescrit sur chaque ordonnance). La date de l'ordonnance originale a donc probablement été changée sur les photocopies pour donner l'illusion d'ordonnances récentes.

\* [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), enquête descriptive ALLAERT, 2004, réalisée en France sur 846 médecins généralistes : la phytothérapie constitue une alternative au traitement psychotrope en raison de sa très bonne tolérance pour 92% d'entre eux, et de l'absence de dépendance induite pour 91% ; site consulté le 20 avril 2006.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical (721-1) :

Homme de 42 ans, avec un contexte d'hydromyélie (maladie professionnelle), ayant présenté de nombreux épisodes de fraude de mi-janvier à fin juin 2005, particulièrement pour de la tianeptine ; l'absence totale de remboursements après juin s'explique par le décès de l'assuré en cours d'année.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 42 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	5
Nombre total de pharmacies fréquentées	43
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	6
Nombre total de prescriptions sur l'année	37
Nombre total de délivrances sur l'année	119
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	354 boîtes de 30 cp (soit : 10 620 cp)

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	Non convoqué (décès)
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Hydromyélie post traumatique, AT de 1987.
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	OUI

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

## - Patient 2 (528) :

Homme de 38 ans, 3 prescripteurs (Q = 3), 15 ordonnances (O = 15), présentées chacune plusieurs fois (5,6 fois en moyenne, avec un maximum de 12 fois pour la 11<sup>ème</sup>), et ayant donné lieu à 84 délivrances au total (P = 84), réparties sur 25 pharmacies différentes sur l'année (T = 25), avec un maximum de 4 pharmacies différentes vues le même jour (U = 4). Ce patient s'est fait délivrer au total 407 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 15 ordonnances.

## Calendrier des prescriptions et délivrances

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1									1	1		
2									2			
3									2			
4										1		
5												
6										1		
7					1					1		
8			3									
9			1		1						1	
10					2						2	
11					1							
12					1						1	
13												
14					1							
15				3	1							
16						2					1	
17						2						
18	2			1		3						
19				1								
20						1						2
21												1
22												
23												1
24												
25										1		
26				1								4
27				1	1		1			1		
28				1	3		2		2	2		
29			3	2				3	1			
30			1		1			2	3			
31			1									

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Délivrée de façon quasi systématique, la **zopiclone** (BZD apparentée, hypnotique, ordonnances 1 à 14) apparaît être la molécule principale pour cet assuré. Au cours de l'année 2005, il a obtenu 235 boîtes de 14 comprimés à 7,5 mg, en 81 délivrances : 16 boîtes en janvier, 36 en mars, 40 en avril, 50 en mai, 8 en juin, 10 en juillet, 4 en août, 19 en septembre, 26 en octobre, 10 en novembre, et 16 en décembre. La posologie maximale recommandée, de 7,5 mg/j, est donc chaque fois largement dépassée, et va jusqu'à atteindre 25 fois cette limite au cours du mois de mai.

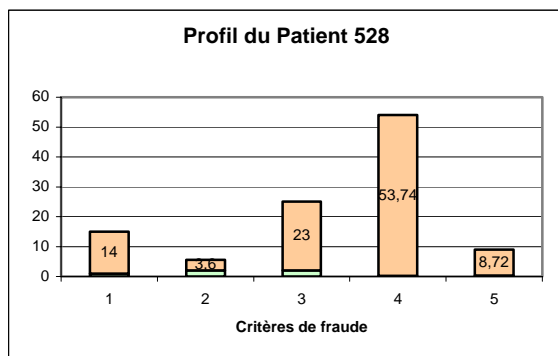
Associées à la zopiclone, de nombreuses autres substances psychotropes sont délivrées (139 boîtes au total) :

- **alprazolam** (BZD anxiolytique, ordonnances 2, 3, 4, 5, 8 et 14) : 56 boîtes de 30 comprimés à 0,25 mg, en 30 délivrances, à raison de 18 boîtes en mars, 18 en avril, 8 en juin, et 12 en décembre. La posologie maximale recommandée, de 4 mg/j, est dépassée en mars et avril ; pour juin et décembre, la posologie calculée reste élevée, bien que n'étant pas supérieure à cette limite.
- **paroxétine** (Deroxat<sup>®</sup>, ATD sérotoninergique pur, ordonnances 2, 3, 4, 5, 7 et 8) : 45 boîtes de 14 comprimés à 20 mg, en 29 délivrances, à raison de 16 boîtes en mars, 19 en avril, 5 en mai, et 5 en juin. La posologie maximale de cette molécule, qui peut être augmentée jusqu'à 60 mg/j, n'est pas dépassée en mai et juin, mais est triplée en mars et avril.
- **alimémazine** (Théralène<sup>®</sup>, phénothiazine antihistaminique H1 sédatrice, ordonnances 9, 10, 13) : 16 flacons de 30 ml de solution buvable en gouttes à 40 mg/ml, en 15 délivrances, à raison de 3 flacons en juillet, 3 en août, 5 en septembre, et 5 en novembre. La posologie maximale, de 40 mg/j, est systématiquement dépassée.
- **estazolam** (Nuctalon<sup>®</sup>, BZD hypnotique, ordonnance 15) : 8 boîtes de 20 comprimés à 2 mg, en 4 délivrances, en décembre. Il y a là aussi surconsommation : plus de 5 fois la posologie maximale recommandée, de 2 mg/j, si la consommation s'étale bien sur un mois.
- **étifoxine** (Stresam<sup>®</sup>, anxiolytique, ordonnance 8) : 7 boîtes de 60 gélules à 50 mg, en 7 délivrances, en juin. Si le patient consomme en un mois cette quantité, la dose atteint presque 5 fois la posologie usuelle, de 3 gélules par jour.
- **venlafaxine** (Effexor<sup>®</sup> LP 37,5 mg, ATD, ordonnance 14) : 7 boîtes de 30 gélules, en 4 délivrances, en décembre. La posologie maximale autorisée pour la forme à libération prolongée, de 225 mg/j dans les dépressions sévères, est ici dépassée, si le patient consomme en un mois la totalité de la quantité délivrée.

La seule substance non psychotrope délivrée est le **paracétamol** 500 mg, à raison de 33 boîtes de 16 comprimés en 13 délivrances (ordonnances 2, 3, 4, 5 et 12) : 12 boîtes en mars, 8 en avril, et 13 en octobre. On ne note pas de surconsommation pour ce médicament.

Au vu des quantités très importantes délivrées, et du potentiel de détournement connu pour la plupart des molécules obtenues (zopiclone, alprazolam, paroxétine, alimémazine et venlafaxine), la fraude semble être l'hypothèse à retenir pour ce patient.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (442-6) :

Homme de 38 ans, en ALD depuis 1998 pour dépression sévère suite au suicide de son frère, et en accident de travail depuis 2002. La détection du comportement par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM et d'un arrêt des prestations. Remarque : un dossier de suspicion de fraude est en cours pour sa femme également.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 38 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	19
Nombre total de pharmacies fréquentées	27
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	4
Nombre total de prescriptions sur l'année	98
Nombre total de délivrances sur l'année	176
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	alprazolam : 91 boîtes paroxétine : 64 boîtes zopiclone : 528 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	02/06/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Anxiodépression

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Abus
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Encadrement thérapeutique Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

**- Patient 3 (1437) :**

Femme de 39 ans, 3 prescripteurs (Q = 3), 13 ordonnances (O = 13), présentées chacune plusieurs fois (avec un maximum de 7 fois pour la 11<sup>ème</sup>), et ayant donné lieu à 47 délivrances au total (P = 47), réparties sur 32 pharmacies différentes sur l'année (T = 32), avec un maximum de 3 pharmacies différentes vues le même jour (U = 3). Ce patient s'est fait délivrer au total 287 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 13 ordonnances.

Calendrier des prescriptions et délivrances

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1				1								
2												
3												
4				3								
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11				1	1	1	1					
12				3	2							
13				2								
14												
15				1	3							
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Cette assurée s'est fait délivrer essentiellement de la **tianeptine** (Stablon<sup>®</sup>, ATD). Comme pour l'assuré 1 (463), cette molécule est systématiquement présente à chaque délivrance, à raison de 3 boîtes par délivrance, avec un total de 141 boîtes, et ceci sur une période allant du 15/03/05 au 18/07/05 soit 4 mois.

Associées à la tianeptine, on note différentes molécules, dont la plupart ne sont pas des psychotropes et qui pourtant, sont peut-être consommées dans un cadre de détournement du fait du nombre important de boîtes délivrées.

Les psychotropes, tout d'abord, représentent 33 boîtes au total :

- **codéine** : 12 flacons de Néocodion<sup>®</sup>, antitussif opiacé, en 7 délivrances (ordonnances 2, 8) et 4 boîtes de Codoliprane<sup>®</sup>, analgésique morphinique mineur, en 4 délivrances (ordonnance 8).
- **alprazolam** (BZD anxiolytique) : 6 boîtes au dosage 0,50 mg en 3 délivrances (ordonnance 4) et 6 boîtes au dosage 0,25 mg en 3 délivrances (ordonnance 13).
- **oxomémazine** (Toplexil<sup>®</sup>, phénothiazine antihistaminique H1 sédatrice et antitussive) : 12 flacons en 8 délivrances (ordonnances 3, 7).
- **zolpidem** (BZD apparentée, hypnotique) : 3 boîtes de 14 comprimés, en 3 délivrances (ordonnance 13).

Les non psychotropes, pour leur part, représentent 113 boîtes au total :

- **clarithromycine** 250 mg (Naxy<sup>®</sup>, ATB macrolide) : 31 boîtes de 10 comprimés en 13 délivrances (ordonnances 2, 10, 11).
- **ibuprofène** (AINS) : 9 boîtes de 30 comprimés et 7 boîtes de 20 comprimés, en 14 délivrances (ordonnances 10, 11, 12).
- **bétaméthasone** 2 mg (Célestène<sup>®</sup>, AIS) : 14 boîtes de 20 comprimés, en 14 délivrances (ordonnances 5, 6, 7, 9, 12).
- **salbutamol** (Ventoline<sup>®</sup>, broncho-dilatateur bêta-2 mimétique) : 10 boîtes en 10 délivrances (ordonnances 5, 6, 12).
- **ténoate d'éthanolamine** (Rhinotrophyl<sup>®</sup>, antiseptique et décongestionnant nasal en solution pour pulvérisation nasale, traitement d'appoint des affections rhinopharyngées) : 8 boîtes en 8 délivrances (ordonnances 3, 9).
- **ambroxol** (Surbronc<sup>®</sup>, agent fluidifiant favorisant l'expectoration) : 6 boîtes en 6 délivrances (ordonnance 3).
- **formotérol** et **budésonide** (Symbicort<sup>®</sup> turbuhaler, 400/12 µg, broncho-dilatateur bêta-2 mimétique et corticoïde) : 4 boîtes en 4 délivrances (ordonnances 7, 9).
- essence de **niaouli**, extrait de **grindélia**, extrait de **gelsémium** (Coquelusedal<sup>®</sup>; traitement d'appoint dans les affections bronchiques aiguës bénignes) : 4 boîtes de 12 suppositoires, en 4 délivrances (ordonnance 3).
- extraits d'**aubépine**, de **valériane** et de **passiflore** (Euphytose<sup>®</sup>, traitement symptomatique des troubles mineurs du sommeil et des états neurotoniques) : 3 boîtes de 120 comprimés en 3 délivrances (ordonnance 4).
- **acide niflumique** 2,5% (Niflugel<sup>®</sup>, baume anti-inflammatoire) : 4 tubes de 60g, en 4 délivrances (ordonnance 8).
- **fenspiride** 80 mg (Pneumorel<sup>®</sup>, anti-histaminique H1 anti-tussif et anti-inflammatoire, traitement des signes fonctionnels des broncho-pneumopathies) : 3 boîtes de 30 comprimés, en 3 délivrances (ordonnance 10).

Comme pour l'assuré 1 (463), on retrouve à nouveau un macrolide parmi les médicaments délivrés, obtenu ici en très grandes quantités, et présent sur 3 ordonnances multiprésentées.

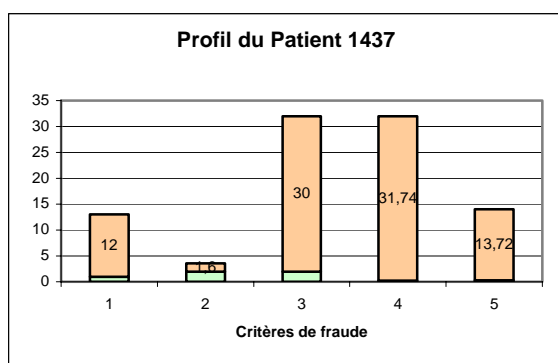
Sur l'ordonnance 2, la clarithromycine est associée à la tianeptine et à la codéine. Etant inhibitrice du cytochrome P450 3A4, la molécule diminue le métabolisme de la codéine, substrat de ce même cytochrome, et en augmente donc les concentrations plasmatiques, ce qui peut avoir un intérêt pour le consommateur. Par contre la tianeptine ne semble pas être métabolisée par ce cytochrome.

Sur l'ordonnance 10, la molécule est associée, mise à part la tianeptine, au fenspiride et à l'ibuprofène, deux molécules apparemment sans intérêt dans un contexte de consommation détournée.

L'ordonnance 11 ne présente pas d'autres associations (tianeptine et ibuprofène également).

Pour cette assurée également, les quantités importantes délivrées et la nature des médicaments (potentiel de détournement pour la tianeptine, la codéine, l'alprazolam, l'oxomémazine, le zolpidem, mais aussi la bétaméthasone, le salbutamol et le fenspiride), font penser à de la fraude.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical (721-6) :

Femme de 39 ans, présentant des épisodes de fraude de mi-mars à mi-juillet, principalement pour de la tianeptine et de l'alprazolam, et un nomadisme important. Contexte d'AT/MP (fracture cheville en 2002 et algoneurodystrophie). La détection du comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un signalement de la patiente à la CPAM, et d'un dépôt de plainte auprès du procureur pour falsification d'ordonnances (24/03/06).

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 39 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	5
Nombre total de pharmacies fréquentées	44
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	4
Nombre total de prescriptions sur l'année	43
Nombre total de délivrances sur l'année	94
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	261 boîtes de 30 cp (soit : 7 830 cp)

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	Non convoqué
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Fracture cheville en 2002 avec algoneurodystrophie
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	OUI

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM
Actions engagées par la CPAM	Instruction pénale
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

## - Patient 4 (582) :

Homme de 36 ans, 5 prescripteurs (Q = 5), 7 ordonnances (O = 7), présentées chacune 2 fois le jour même et une 3<sup>ème</sup> fois pour la 7<sup>ème</sup> ordonnance, d'où 15 délivrances (P = 15), réalisées dans 11 pharmacies différentes (T = 11), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Ce patient s'est fait délivrer au total 28 boîtes de **flunitrazépam** (Rohypnol<sup>®</sup>, BZD hypnotique) grâce à la multiprésentation de ces 7 ordonnances. Il obtient à chaque délivrance des quantités assez variables : 1<sup>ère</sup> ordonnance (04/02), 2+2 boîtes ; 2<sup>ème</sup> (31/05), 2+2 boîtes ; 3<sup>ème</sup> (23/07), 1+1 boîtes ; 4<sup>ème</sup> (17/08), 3+3 boîtes ; 5<sup>ème</sup> (25/08), 1+1 boîtes ; 6<sup>ème</sup> (26/09), 3+3 boîtes ;

7<sup>ème</sup> (25/11), 1+2 boîtes le 25/11 et 1 boîte le 30/11. Seul ce médicament a fait l'objet de multiprésentations d'ordonnances ; on ne peut donc pas savoir si la consommation de flunitrazépam est associée à d'autres substances ou non.

### Calendrier des prescriptions et délivrances

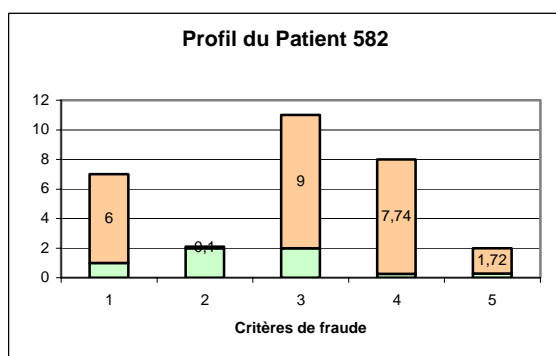
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1												
2												
3												
4		2										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17								2				
18												
19												
20												
21												
22												
23							2					
24												
25								2			2	
26									2			
27												
28												
29												
30											1	
31					2							

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Le flunitrazépam est une BZD très recherchée par les toxicomanes, qui l'utilisent souvent avec de l'alcool de manière compulsive à très forte dose pour obtenir un état euphorique avec levée des inhibitions et amnésie antérograde pouvant aboutir à des comportements délictueux. Depuis juin 1998, une nouvelle galénique permet de libérer une coloration bleue en cas de mélange à un liquide, modifiant la couleur de ce liquide (jus d'orange coloré en vert par exemple), et depuis février 2001, la prescription, sur ordonnance sécurisée et avec posologie en toutes lettres, est limitée à 14 jours avec dispensation fractionnée pour 7 jours seulement (boîtes de 7 comprimés à 1 mg). La posologie maximale recommandée étant de 1 mg/j, on note la délivrance a priori non autorisée de plus d'une boîte dans 9 cas sur 14.

Dans le cas présent, il est possible que le patient cherche à se faire délivrer un mois de traitement en une fois pour plus de commodité. Mais le fait qu'il change fréquemment de médecin, et qu'il se fasse délivrer 2 boîtes le 25 août alors qu'il en a obtenu 6, huit jours auparavant, ne penche pas en faveur de cette hypothèse. De plus, le flunitrazépam possède un potentiel de détournement connu ; on peut donc supposer qu'il y a fraude.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (721-2) :**

Homme de 36 ans, dont la fraude porte uniquement sur le flunitrazépam, et déjà vu par le Service Médical pour ce problème. Il est également connu pour sa toxicomanie (il est actuellement sous buprénorphine) et pour son nomadisme médical et pharmaceutique important. La détection de son comportement a été suivie d'un signalement du patient au directeur de la CPAM concernée, le 11/04/05 (mais la proposition d'arrêt des prestations a été dans un premier temps refusée), et d'une instruction pénale (dépôt de plainte pour falsification d'ordonnances auprès du procureur le 08/07/05).

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

*- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Homme, 36 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	26
Nombre total de pharmacies fréquentées	27
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	4
Nombre total de prescriptions sur l'année	274
Nombre total de délivrances sur l'année	351
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	492 boîtes de 7 cp (soit : 3 444 cp)

*- Données issues de la convocation*

Date de la convocation	01/06/06
Présent à la convocation	NON
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	NON

*- Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Trafic
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	Instruction pénale
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

**- Patient 5 (1665) :**

Femme de 32 ans, 3 prescripteurs (Q = 3), 6 ordonnances (bien que O = 5 ; en effet les deux premières, ayant même prescripteur et même date, ont été considérées comme une seule ordonnance lors du traitement informatique des données). Elles ont toutes été présentées chacune plusieurs fois (avec un maximum de 16 fois pour la 1<sup>ère</sup>), et ont donné lieu à 38 délivrances au total (P = 38), réalisées dans 34 pharmacies différentes (T = 34), avec un maximum de 21 pharmacies différentes vues le même jour (U = 21 ; 16 pour la 1<sup>ère</sup> ordonnance, et 5 pour la 1bis). Ce patient s'est fait délivrer au total 97 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 6 ordonnances.

## Calendrier des prescriptions et délivrances

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1												
2					2							
3												
4												
5												
6												
7	16	5										
8												
9					3							
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20				7								
21												
22												
23												
24												
25				3								
26												
27												
28		2										
29												
30												
31												

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Pour cette assurée, les délivrances ont eu lieu sur une période de 5 mois, du 07/01/05 au 09/05/05, permettant essentiellement l'obtention d'oxazépam et d'alprazolam.

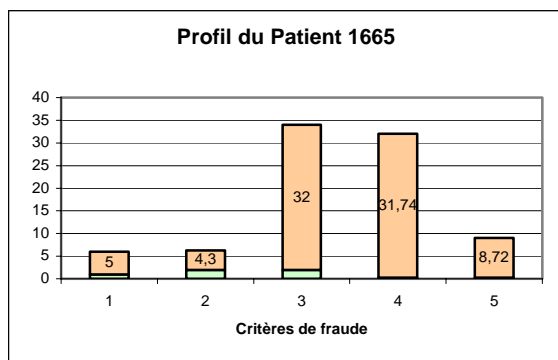
- **oxazépam** (Séresta<sup>®</sup>, BZD anxiolytique) : 42 boîtes de 20 comprimés à 50 mg, en 16 délivrances, toutes obtenues avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance en une seule journée, le 07/01. La surconsommation est ici évidente.
- **alprazolam** (Xanax<sup>®</sup>, BZD anxiolytique) : 42 boîtes de 30 comprimés, en 22 délivrances (ordonnances 1bis, 2, 3, 4, 5), dont 2 au dosage 0,25 mg (ordonnance 2, le 28/02) et les 40 autres au dosage 0,50 mg, à raison de 10 boîtes en janvier, 20 en avril et 10 en mai (soit un dépassement systématique de la posologie maximale recommandée, de 4 mg/j).

Les autres substances délivrées sont également des psychotropes :

- **zolpidem** (Stilnox, BZD apparentée, hypnotique) : 9 boîtes de 14 comprimés à 10 mg, en 8 délivrances (ordonnances 4, 5), obtenues entre le 25/04 et le 09/05. On note un dépassement de la posologie maximale recommandée, de 20 mg/j.
- **zopiclone** (Imovane<sup>®</sup>, BZD apparentée, hypnotique) : 2 boîtes de 14 au dosage 7,5 mg, en 2 délivrances (ordonnance 2, le 28/02). Il ne semble pas y avoir ici de surconsommation.
- **venlafaxine** (Effexor<sup>®</sup> LP, ATD) : 2 boîtes en 2 délivrances (ordonnance 2, le 28/02). La posologie semble normale.

La fraude est ici aussi l'hypothèse à retenir : grandes quantités délivrées, dépassement important des posologies maximales recommandées, et molécules obtenues ayant toutes un potentiel de détournement connu.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical (441-4) :

Femme de 32 ans, connue du Service Médical et de la CPAM pour surconsommation (copies d'ordonnances, modifications de posologies), fraudant essentiellement pour obtenir de l'oxazépam et de l'alprazolam. Son décès fin juillet 2005 (suicide par défenestration) explique l'arrêt des délivrances en milieu d'année.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 32 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	14
Nombre total de pharmacies fréquentées	47
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	16
Nombre total de prescriptions sur l'année	23
Nombre total de délivrances sur l'année	57
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	oxazépam 50 : 69 boîtes alprazolam 0,50 : 61 boîtes 0,25 : 1 boîte zolpidem : 19 boîtes zopiclone : 8 boîtes venlafaxine : 2 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	Décès par défenestration fin juillet 2005
Présent à la convocation	
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Troubles de la personnalité

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Pas de suite (patiente décédée)
Actions engagées par la CPAM	
Suivi éventuel	

## - Patient 6 (1320) :

Femme de 43 ans, 1 seul prescripteur (Q = 1), 4 ordonnances (O = 4), présentées chacune de nombreuses fois : la 1<sup>ère</sup> 18 fois, la 2<sup>ème</sup> 14 fois, la 3<sup>ème</sup> 19 fois, et la 4<sup>ème</sup> 17 fois. Au total, ces 4 ordonnances ont donné lieu à 68 délivrances (P = 68), réparties sur 19 pharmacies différentes sur l'année (T = 19), avec un maximum de 4 pharmacies différentes vues le même jour (U = 4). Ce

patient s'est fait délivrer au total 417 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 4 ordonnances. On note l'absence de toute activité frauduleuse pendant 3 mois, en juin, juillet et août.

### Calendrier des prescriptions et délivrances

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1										1		
2					1					1		
3		1										
4				1	2						2	
5				1								
6		1			1				3	1		1
7			1							2		
8												
9												2
10											1	
11	1	1								1		
12											1	
13										2		2
14			1						3			
15												
16				1							2	
17	1	1	3								3	
18												
19												
20				1								3
21	1	1		2								
22												
23		4										
24	2											
25			1									
26										3		
27												1
28												
29				1								
30			1								1	
31												

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Les principales molécules obtenues par cette assurée sont le bromazépam et l'alprazolam.

- Le **bromazépam** (Lexomil<sup>®</sup>, BZD anxiolytique) est systématiquement présent à chaque délivrance, à raison de 1 à 2 boîtes de 30 comprimés à 6 mg par délivrance : 115 boîtes au total, en 68 délivrances (ordonnances 1, 2, 3, 4), soit 12 boîtes en janvier, 14 en février, 10 en mars, 11 en avril, 6 en mai, 14 en septembre, 15 en octobre, 18 en novembre, et 15 en décembre. Au vu de la posologie maximale recommandée, de 12 mg/j, il y a surconsommation systématique.

- L'**alprazolam** (Xanax<sup>®</sup>, BZD anxiolytique), au dosage de 0,50 mg, est également délivré à chaque fois, à raison d'1 boîte de 30 comprimés par délivrance, d'où 68 boîtes au total (ordonnances 1, 2, 3, 4), soit 6 boîtes en janvier, 9 en février, 6 en mars, 7 en avril, 4 en mai, 7 en septembre, 10 en octobre, 10 en novembre, et 9 en décembre. La posologie maximale pouvant atteindre 4 mg/j, le patient est en surconsommation en février, octobre, novembre et décembre. Les autres mois, la consommation reste cependant très importante.

Associés à ces deux principes actifs majeurs, certains produits reviennent de façon récurrente :

- un psychotrope, le **tramadol** (Topalgic<sup>®</sup> LP 100 mg, antalgique morphinique mineur, de pallier II), 62 boîtes de 30 comprimés en 31 délivrances (ordonnances 1, 2), soit 12 boîtes en janvier, 16 en février, 12 en mars, 14 en avril, et 8 en mai. La posologie maximale recommandée étant de 400 mg/j, la patiente est en surconsommation systématique, et atteint même 4 fois la dose journalière au cours du mois de février.

- deux antimigraineux : le premier, délivré de janvier à mai, est le **zolmitriptan** (Zomigoro<sup>®</sup>, triptan, traitement de la crise migraineuse), à raison de 30 boîtes de 12 comprimés en 30 délivrances

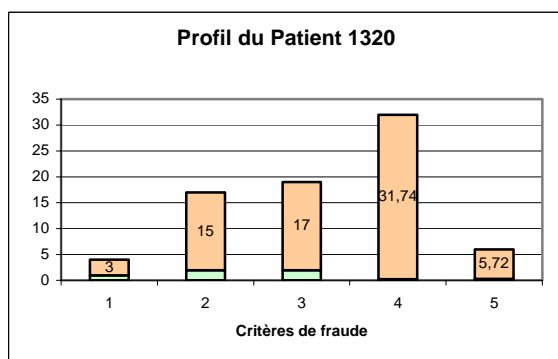
(ordonnances 1 et 2), soit 6 boîtes en janvier, 8 en février, 6 en mars, 6 en avril, et 4 en mai ; la posologie maximale, de 2 comprimés par 24h, 3 fois par semaine maximum, correspondant à 2 boîtes par mois, est dépassée tous les mois. A noter que les triptans sont connus pour le risque de céphalées auto-entretenues qu'ils peuvent provoquer en cas d'usage quotidien, céphalées entraînant à leur tour une augmentation des prises du médicament et à terme une dépendance. Le deuxième antimigraineux, délivré de septembre à la fin de l'année 2005, est la **dihydroergotamine** (Séglor<sup>®</sup>, dérivé de l'ergot de seigle, traitement de fond des migraines), à raison de 33 boîtes de 30 gélules à 5 mg en 18 délivrances (ordonnances 3 et 4), soit 4 boîtes en septembre, 9 en octobre, 15 en novembre, et 5 en décembre ; la posologie usuelle, de 10 mg/j, correspondant à 2 boîtes par mois, est là aussi largement dépassée tous les mois.

Des molécules plus anecdotiques, peut-être délivrées dans ces quantités du fait de leur co-prescription avec les réelles substances d'intérêt, apparaissent également :

- **dompéridone** (Motilium<sup>®</sup>, antiémétique antagoniste de la dopamine), 46 boîtes en 23 délivrances (ordonnances 1 et 2) entre janvier et mai.
- **trimébutine** (Débridat<sup>®</sup>, antispasmodique musculotrope), 47 boîtes en 24 délivrances (ordonnances 1 et 2) entre janvier et mai.
- **tuaminoheptane**, **N-acétylcystéine** et **benzalkonium** (Rhinofluimucil<sup>®</sup>, vasoconstricteur et mucolytique), 8 boîtes en 8 délivrances (ordonnance 2) de mi-mars à début mai.
- **éthinyloestradiol** 30/40 µg et **lévonorgestrel** 50/75/125 µg (Trinordiol<sup>®</sup>, contraceptif oral), 8 boîtes de 3 plaquettes en 8 délivrances (ordonnance 2) de mi-mars à début mai.

La fraude est évidente pour cette assurée, qui surconsomme de façon importante le bromazépan, l'alprazolam et le tramadol, au potentiel de détournement connu, mais aussi le zolmitriptan et la dihydroergotamine, qui peuvent être impliqués dans les céphalées auto-entretenues et ainsi faire l'objet de consommations abusives.

#### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

#### Compte-rendu du Service Médical (442-14) :

Femme de 43 ans, connue pour son nomadisme pharmaceutique, et déjà convoquée par le Service Médical dans un autre cadre (les surconsommants de triptans et de tramadol). Suite à cette première convocation, un encadrement thérapeutique\* pour le zolmitriptan et le tramadol avait été mis en place, le 1<sup>er</sup> octobre 2005. Cette mesure explique le changement de molécule en cours d'année – la patiente s'étant fait délivrer de la dihydroergotamine à partir du 13/10 – et l'absence de délivrance de tramadol après cette date ; par contre, la fraude a persisté pour le bromazépan et l'alprazolam. La seconde convocation a été suivie d'un signalement à la CPAM, d'un arrêt des prestations, et d'une instruction pour fraude.

\* L'encadrement thérapeutique consiste à choisir un prescripteur unique, une pharmacie unique et un traitement protocolisé dégressif.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 43 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	2
Nombre total de pharmacies fréquentées	22
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	4
Nombre total de prescriptions sur l'année	12
Nombre total de délivrances sur l'année	105
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	bromazépam : 179 boîtes alprazolam : 102 boîtes tramadol : 84 boîtes dompéridone : 53 boîtes zolmitriptan : 42 boîtes

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	28/09/05
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Anxiété, migraine

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Trafic
Conviction du médecin conseil	Suspicion
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	Instruction pénale
Suivi éventuel	/

### - Patient 7 (1618) :

Femme de 33 ans, 4 prescripteurs différents (Q = 4), 4 ordonnances (O = 4 ; 03/01, 28/01, 13/07 et 26/07), présentées chacune plusieurs fois, et ayant donné lieu à 13 délivrances au total (P = 13), réparties sur 13 pharmacies différentes sur l'année (T = 13), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 43 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 4 ordonnances.

Cette assurée a obtenu essentiellement du **bromazépam** (BZD anxiolytique, boîte de 30 comprimés à 6 mg), systématiquement à chaque délivrance, mais en quantités variables : 3+3+1 boîtes avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance, 2+2+2+2 boîtes avec la 2<sup>nde</sup>, 3+1+3+3 boîtes avec la 3<sup>ème</sup>, et 2+1 boîtes avec la 4<sup>ème</sup> (soit un total de 28 boîtes en 13 délivrances), à raison de 11 boîtes en janvier, 4 en février, 6 en juillet, et 7 en août. La posologie usuelle de ce médicament est de 3 à 12 mg/j ; en considérant les quantités obtenues par mois, la patiente est systématiquement en surconsommation.

Elle s'est également fait délivrer de la **paroxétine** (ATD sérotoninergique pur, 6 boîtes de 14 comprimés à 20 mg en 3 délivrances) grâce à l'ordonnance 1, délivrée 3 fois intégralement. La posologie usuelle est de 20 mg/j, mais la dose maximale peut atteindre 60 mg/j. S'il n'y a pas dépassement de cette posologie maximale, les délivrances multiples restent suspectes.

On note enfin la présence de trois médicaments non psychotropes :

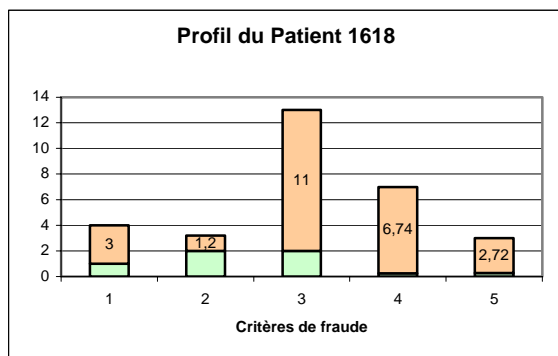
- de l'**alginate** et du **bicarbonate de sodium** (Gaviscon<sup>®</sup>, pansement digestif antireflux, 3 boîtes de 20 comprimés en 3 délivrances) également sur l'ordonnance 1,

- du **salbutamol** (Ventoline<sup>®</sup>, broncho-dilatateur bêta-2 mimétique, indiqué dans le traitement de la crise d'asthme, 2 boîtes en 2 délivrances) sur l'ordonnance 2,
- et de la **desloratadine** (Aérius<sup>®</sup>, antihistaminique H1 non sédatif, traitement symptomatique des rhinites, conjonctivites et dermatoses allergiques ; 4 boîtes de 30 comprimés en 4 délivrances) sur l'ordonnance 3.

La présence de ces spécialités ne semble liée qu'à leur prescription sur une ordonnance de bromazéпам.

Au vu de la surconsommation de bromazéпам et de paroxétine, molécules à potentiel de détournement connu, des délivrances très rapprochées, et du nomadisme pharmaceutique très important, on peut supposer qu'il s'agit ici d'une fraude.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (441-14) :

Femme de 33 ans, en ALD, souffrant de « troubles graves de la personnalité, addiction et asthme », réalisant des copies d'ordonnances et modifiant les posologies pour obtenir principalement du bromazéпам. La détection de son comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM, d'un arrêt des prestations concernant le bromazéпам, et d'une instruction pour fraude.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 33 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	65
Nombre total de pharmacies fréquentées	66
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	70
Nombre total de délivrances sur l'année	88
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	bromazéпам : 302 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	04/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Troubles graves de la personnalité Addiction
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Troubles graves de la personnalité

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	Instruction fraude
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

- **Patient 8 (1546) :**

Femme de 35 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 4 ordonnances (O = 4 ; 24/02, 12/08, 12/09 et 14/10), présentées chacune deux fois le jour même de la prescription, et ayant donné lieu à 8 délivrances au total (P = 8), réparties sur 5 pharmacies différentes sur l'année (T = 5), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 106 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 4 ordonnances.

Molécule présente à chaque délivrance, l'**alprazolam** 0,50 mg (BZD anxiolytique) est obtenue en grandes quantités : 4+1 boîtes avec la première ordonnance, 6+6 avec la deuxième, 9+9 avec la troisième, et 12+9 avec la quatrième (total de 56 boîtes en 8 délivrances). En considérant, au vu des dates des prescriptions, que le traitement est obtenu à chaque fois pour un mois, et la posologie usuelle étant de 0,5 à 4 mg/j (soit 8 boîtes par mois), il y a donc surconsommation.

Associées à l'alprazolam sur les ordonnances 2, 3 et 4, on note la présence de **nitrazépam** (Mogadon<sup>®</sup>, BZD hypnotique), à raison de 3 boîtes de 20 comprimés par délivrances, soit 6 boîtes par ordonnance (total de 18 boîtes en 6 délivrances) ; la posologie usuelle étant de 2,5 à 5 mg/j, le nombre de boîtes délivrées par mois devrait donc être de 2 au maximum. La patiente est donc manifestement en surconsommation.

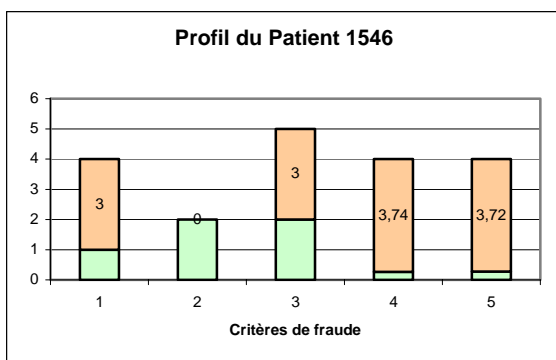
Toujours grâce aux ordonnances 2, 3 et 4, de la **cyamémazine** (Tercian<sup>®</sup>, neuroleptique) a été délivrée, à raison de 16 boîtes en 6 délivrances : 2+2 boîtes de 30 comprimés à 25 mg avec l'ordonnance 2, et 3+3 boîtes de 25 comprimés à 100 mg avec chacune des ordonnances 3 et 4. La posologie usuelle, de 25 à 300 mg/j, est dépassée (posologie calculée pour les ordonnances 3 et 4 : 500 mg/j), mais n'atteint pas la posologie maximale, qui peut aller jusqu'à 600 mg/j.

Sur l'ordonnance 3 on a en outre de la **venlafaxine** (Effexor<sup>®</sup> LP 37,5 mg, ATD), 6 boîtes de 30 gélules en 2 délivrances. La posologie usuelle est d'une gélule à 37,5 mg par jour, mais peut atteindre 225 mg/j, soit 6 gélules par jour, ce qui correspond aux quantités délivrées ; il n'y a donc pas surconsommation malgré les doses importantes reçues.

Enfin, la 4<sup>ème</sup> ordonnance permet, outre la délivrance des trois premières molécules précédemment citées, l'obtention de **paracétamol** 1g (Doliprane<sup>®</sup>, 8 boîtes en 2 délivrances) et d'**hydrocortisone** (Locoïd<sup>®</sup>, 2 boîtes en 2 délivrances).

Au vu des quantités importantes obtenues pour certains médicaments, de leur mode d'obtention par multiprésentation, et du potentiel de détournement pour certains d'entre eux (alprazolam et venlafaxine), on peut supposer qu'il y a fraude.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (442-18) :

Femme de 35 ans, connue du Service Médical depuis 2003 pour surconsommation d'alprazolam (enquête « psychotropes »), faisant du nomadisme médical et pharmaceutique. La détection de la poursuite du comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM, d'un arrêt des prestations, et d'une instruction pour fraude.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 35 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	18
Nombre total de pharmacies fréquentées	16
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	60
Nombre total de délivrances sur l'année	70
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	alprazolam : 311 boîtes zolpidem : 61 boîtes nitrazépam : 43 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	29/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Anxiété

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Abus
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Encadrement thérapeutique Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	Instruction fraude
Suivi éventuel	/

### - Patient 9 (1169) :

Femme de 51 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 4 ordonnances (O = 4 ; 19/01, 28/02, 05/10 et 03/11), présentées chacune deux fois le jour même de la prescription, et ayant donné lieu à 8 délivrances au total (P = 8), réparties sur 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 29 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 4 ordonnances.

Présente sur les 4 ordonnances, la molécule la plus délivrée est le **zolpidem** (BZD apparentée, hypnotique), à raison de 16 boîtes en 8 délivrances (2 boîtes de 14 comprimés à 10 mg à chaque délivrance, soit 4 par ordonnance). Si l'on considère que le traitement est obtenu pour un mois, ce qui concorde avec les dates des ordonnances, la patiente obtient donc 4 boîtes par mois, soit la dose maximale recommandée (20 mg/j). Elle n'est donc pas en surconsommation, mais le mode d'obtention du médicament (ordonnance présentée systématiquement en double) reste suspect, d'autant plus que les stocks de zolpidem sont généralement importants en pharmacie, ce qui exclue l'hypothèse d'une rupture de stock. D'autre part, cette molécule possède un potentiel de détournement bien connu, ce qui renforce la théorie de la fraude.

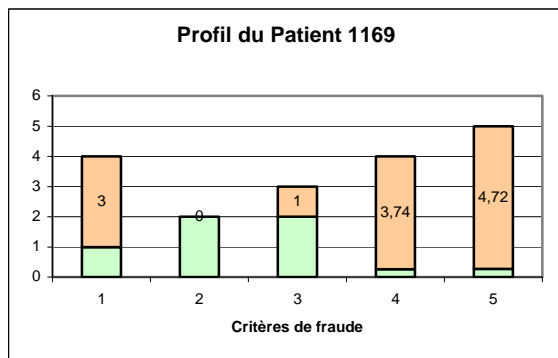
Parmi les autres molécules délivrées, de l'**oxazépam** (BZD anxiolytique) est obtenu à raison de 11 boîtes de 20 comprimés à 50 mg en 6 délivrances (ordonnances 2, 3 et 4). La posologie

usuelle, de 10 à 50 mg/j et jusqu'à 150 mg/j, n'est donc dépassée, même les mois où le patient obtient 4 boîtes (octobre et novembre).

On note également une délivrance de **paracétamol codéiné** (antalgique de niveau II, 2 boîtes en 2 délivrances) grâce à l'ordonnance 4, sans surconsommation.

Dans le cas de cette assurée, on peut suspecter la fraude : les trois molécules délivrées ont un potentiel de détournement connu, et leur mode d'obtention est suspect. La patiente n'est pas en surconsommation, mais consomme toutefois le zolpidem et l'oxazépam à des doses élevées.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 51 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	3
Nombre total de pharmacies fréquentées	4
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	17
Nombre total de délivrances sur l'année	17
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	oxazépam 50 mg : 29 boîtes 10 mg : 8 boîtes zolpidem : 18 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	16/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Séquelles de traumatisme crânien Alcoolisme
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Troubles graves de la personnalité Alcoolisme

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Conviction du médecin conseil	/
Actions engagées par le Service Médical	Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

## - Patient 10 (807) :

Homme de 23 ans, 1 seul prescripteur (Q = 1), 3 ordonnances (O = 3) : celle du 30/04 a donné lieu à 11 délivrances, celle du 02/07, à 28 délivrances, et celle du 19/08, à 24 délivrances, soit un total de 63 délivrances (P = 63), réalisées dans 18 pharmacies différentes (T = 18), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Ce patient présente la particularité de ne s'être fait délivrer qu'un seul type de molécule : il a en effet obtenu 126 boîtes de **nadolol** (Corgard® 80 mg, bêtabloquant) grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances, en un peu plus de 4 mois (du 09/05 au 19/09), à raison de 2 boîtes de 28 comprimés par délivrance. La posologie usuelle, de 40 à 80 mg/j, et même la dose maximale recommandée, de 320 mg/j, sont donc largement dépassées : le patient atteint en effet une posologie d'environ 2100 mg/j.

### Calendrier des prescriptions et délivrances

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1								1				
2							2	1				
3								1	2			
4						2						
5							1					
6							1	2				
7									1			
8						1	2	2	1			
9					1				1			
10						1			1			
11								2				
12								1	1			
13							2		2			
14					1							
15												
16							1	1	1			
17					2			1	1			
18												
19							1	1	1			
20							1	1				
21					1							
22								1				
23							2	2				
24					1							
25							1	1				
26								1				
27							1	2				
28					1		1					
29								1				
30				1				1				
31								1				

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Etant dépourvue d'effets psycho-actifs, cette molécule n'est à la base pas connue pour être détournée ; l'intérêt de sa consommation doit donc résider ailleurs.

Ce comportement pourrait trouver son explication dans le trafic du médicament en tant que comprimé ressemblant à de l'ecstasy, dans les milieux festifs : les quantités, les délivrances concentrées sur l'été, font en effet penser à un trafic saisonnier. Cependant, les recherches sur la galénique du comprimé de Corgard® (comprimé sécable blanc sans aucun logo) ne confirment pas cette hypothèse.

Toujours dans un contexte d'utilisation saisonnière, on pourrait imaginer une utilisation dans le cadre de compétitions sportives. Le nadolol étant un bêtabloquant, il est considéré comme une substance dopante : en effet, les bêtabloquants régulent et ralentissent le rythme de la fréquence cardiaque, permettent une diminution des tremblements et ont également un effet anti-stress\*. De ce fait, leur usage est interdit dans certains sports : « À moins d'indication contraire, les bêtabloquants sont interdits en compétition seulement, dans les sports suivants : aéronautique, automobile, billard, bobsleigh, boules, bridge, curling, échecs, gymnastique, lutte, motocyclisme, natation en plongeon et nage synchronisée, pentathlon moderne pour les épreuves comprenant du tir, quilles, ski pour le

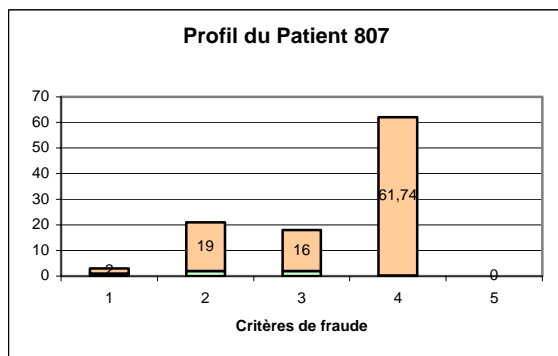
\* Source : <http://www.drogues.gouv.fr>, Les drogues, Conduites dopantes, site consulté le 18 février 2007.

saut à skis et le snowboard free style, tir (aussi interdits hors compétition), tir à l'arc (aussi interdits hors compétition), voile pour les barreaux seulement »\*. Avec de telles quantités, l'assuré fournit peut-être une équipe.

Une recherche dans les bases de données du CEIP a fait ressortir des similitudes avec un dossier enregistré : le dossier n°5314 du 15/12/05 fait en effet mention d'un homme de 23 ans faisant du nomadisme médical et pharmaceutique et falsifiant des ordonnances pour obtenir du Corgard®.

Il est impossible, au vu des seules données du fichier, de déterminer le but de ce comportement de multiprésentation. Mais dans tous les cas, la fraude est évidente.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Prise de contact avec le médecin-conseil en charge de ce dossier et compte-rendu du Service Médical (851-2) :

Le compte-rendu de la convocation de ce patient, en dehors de cette enquête, le 07/12/05, par le médecin-conseil de Vendée, nous apprend que *la consommation est bien personnelle* ; on ne note aucune notion de trafic, dans un club sportif par exemple.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, pesant 139 kg, dont le principal antécédent est une tachycardie ventriculaire adrénérgique rapide avec état de choc à l'âge de 9 ans, apparue alors que le patient était en train de courir, et qui avait justifié l'instauration d'un traitement de Corgard® (nadolol). Des récidives de palpitations, ressenties lors de tentatives d'arrêt par le patient lui-même, ont fait maintenir le traitement. Autres antécédents, on note chez ce patient un reflux gastro-œsophagien et une obésité importante. Ce patient n'a aucun autre traitement associé.

Le patient a progressivement augmenté ses doses de Corgard®, initialement parce qu'il ressentait des battements cardiaques d'une intensité insupportable, puis à visée anxiolytique dans les contextes de stress, à cause d'une « sensation de mort imminente », jusqu'à arriver à une consommation compulsive très importante. Le maximum de sa consommation s'est situé entre 28 et 40 comprimés par jour au cours de l'année 2005. Afin de se procurer cette quantité de médicaments, le patient a développé un comportement de fraude avec falsifications d'ordonnances par photocopie et nomadisme pharmaceutique, à partir de prescriptions de 6 prescripteurs différents (1 seul a été repéré dans le fichier, Q = 1), dont 2 à l'hôpital et 4 en ville ; ces quatre derniers ont été contactés par le médecin-conseil, et ont tous confirmé la prescription de Corgard® à ce patient, mais à posologie normale (1cp/j). Aucun ne s'est douté de son comportement de nomadisme médical et pharmaceutique. Le patient a ainsi obtenu en moins de 6 mois 175 boîtes de 28 comprimés (126 dans le fichier, R = 126), dans 23 pharmacies différentes (18 repérées dans le fichier, T = 18). Ce comportement a attiré l'attention, d'une part, de certaines pharmacies (un signalement d'ordonnance falsifiée et de nomadisme concernant ce patient a été diffusé aux pharmaciens de la région), et d'autre part, de l'assurance maladie qui centralisait les remboursements des médicaments

\* Source : [http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexte\\_DeJorf?numjo=MAEJ0630120D](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexte_DeJorf?numjo=MAEJ0630120D), décret n° 2007-41 du 11 janvier 2007 portant publication de l'amendement à l'annexe de la convention contre le dopage, site consulté le 5 février 2007.

du patient, à savoir le régime agricole (MSA) avant avril 2005, où la consommation abusive de Corgard® avait déjà été signalée, puis le régime général après cette date (ce qui explique la consommation semblant ne commencer que fin avril).

En octobre 2005, le patient a été adressé aux soins intensifs de cardiologie au CHU de Nantes par son médecin traitant, qui avait constaté une bradycardie à l'examen clinique. A l'admission, on notait une hémodynamique conservée avec une tension à 131/64 sans signe d'insuffisance cardiaque droite ni gauche. L'électrocardiogramme d'entrée retrouvait une dysfonction sinusale avec un échappement jonctionnel, et on notait également des pauses d'environ 3,5 secondes. La surveillance télémétrique de ce patient pendant 48h a permis de constater une récupération d'un rythme sinusal stable, entre 55 et 70 par minute, sans nouvel épisode de pause. Devant ce tableau, il a été décidé de reprendre le Corgard® à la posologie de 80 mg/j. Durant son hospitalisation, le patient a pu rencontrer un psychiatre, qui a souligné des traits de personnalité anxieuse avec éléments phobiques (tendance agoraphobique sans trouble panique et probable phobie sociale avec des angoisses de mort sous-jacentes). Le temps de l'hospitalisation, une anxiolyse avec du Xanax® (alprazolam) à 1 mg/j a été instaurée, et un relais de l'évaluation psychiatrique suggéré. Devant la bonne restauration d'un rythme sinusal stable, l'absence de récurrence de dysfonction sinusale et la bonne tolérance de la réintroduction du Corgard®, le patient a regagné son domicile 3 jours après son entrée.

La détection du comportement de fraude de ce patient par le Service Médical, dans le cadre de notre enquête, a été suivie d'un encadrement thérapeutique et d'un signalement au CEIP de Nantes. D'autre part le dossier a été transmis au service contentieux pour indu.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

#### - Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 23 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	6
Nombre total de pharmacies fréquentées	23
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	10
Nombre total de délivrances sur l'année	90
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	nadolol : 1222 mg/j (199 boîtes sur l'année)

#### - Données issues de la convocation

Date de la convocation	07/12/05
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Tachycardie ventriculaire
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	/
Indication médicale initiale du traitement	Tachycardie ventriculaire

#### - Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Abus
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Arrêt des prestations Action niveau médecin
Actions engagées par la CPAM	Indu
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

**- Patient 11 (1866) :**

Femme de 27 ans, 3 prescripteurs (Q = 3), 3 ordonnances (O = 3 ; 07/11, 19/12 et 28/12), présentées chacune plusieurs fois (avec un maximum de 23 fois pour la 1<sup>ère</sup>), et ayant donné lieu à 32 délivrances au total (P = 32), réparties sur 24 pharmacies différentes sur l'année (T = 24), avec un maximum de 3 pharmacies différentes vues le même jour (U = 3). Cette patiente s'est fait délivrer au total 150 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

Calendrier des prescriptions et délivrances

	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier 2006
1											1	
2											1	3
3												
4												
5											2	
6												1
7												
8												
9										1	1	
10											1	
11											1	
12											1	
13												
14										2	1	
15												
16										1	1	
17										1		
18										1		
19											1	
20												
21										1		
22										1	2	
23										1		
24										1	2	
25												
26												
27												
28										1	1	
29										1		
30											1	
31												

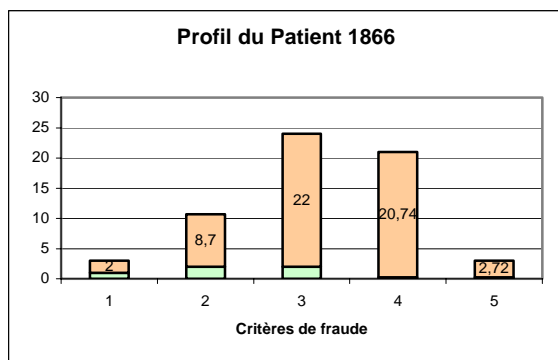
En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Cette assurée s'est fait délivrer essentiellement du **zolpidem** (BZD apparentée, hypnotique) : en l'espace de deux mois, elle a obtenu 122 boîtes de 14 comprimés à 10 mg, en 32 délivrances, la molécule étant présente à chaque fois. La patiente est donc en surconsommation évidente (dose maximale recommandée : 20 mg/j).

Elle s'est également procurée, avec l'ordonnance 1, de la **fluoxétine** (ATD sérotoninergique pur) : en 15 délivrances, soit en un mois, elle s'est fait délivrer 26 boîtes de 14 gélules à 20 mg et 2 boîtes de 28 comprimés à 20 mg. Si cette quantité est consommée en un mois, la posologie atteint 280 mg/j (dose maximale recommandée : 60 mg/j).

La fraude est ici évidente, au vu des quantités de zolpidem et de fluoxétine très importantes obtenues par la patiente, et du potentiel de détournement connu pour ces deux molécules.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 27 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	8
Nombre total de pharmacies fréquentées	27
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	14
Nombre total de délivrances sur l'année	50
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	fluoxétine : 44 boîtes zolpidem : 167 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	06/07/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Dépression

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Arrêt des prestations Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

## - Patient 12 (382) :

Femme de 40 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 3 ordonnances (O = 3 ; 23/02, 16/12 et 26/12), présentées chacune plusieurs fois (avec un maximum de 16 fois pour la 1<sup>ère</sup>), et ayant donné lieu à 20 délivrances au total (P = 20), réparties sur 12 pharmacies différentes sur l'année (T = 12), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 83 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

## Calendrier des prescriptions et délivrances

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1												
2			1									
3			1									
4												
5				1								
6				1								
7			1									
8												
9												
10												
11												
12												
13				1								
14												
15												
16												1
17					2							
18												
19												
20					2							2
21												
22												
23		1			2							
24												
25			1									
26												1
27												
28			1									
29				1								
30												2
31												

En rouge, les dates de prescription (les différents médecins sont symbolisés par des tons différents allant du rouge au jaune).  
 En vert, les dates de délivrances (les chiffres correspondent au nombre de pharmacies vues dans la journée).

Présente sur les 3 ordonnances, la molécule la plus délivrée est l'**alprazolam** (BZD anxiolytique), à raison de 3 boîtes de 30 comprimés à 0,50 mg par délivrance, soit 60 boîtes en 20 délivrances : 9 boîtes en février, 12 en mars, 9 en avril, 18 en mai (entre le 17/05 et le 23/05), et 12 en décembre. La posologie maximale recommandée, de 4 mg/j, ne nécessite la délivrance que de 8 boîtes par mois au maximum. La patiente est donc systématiquement en surconsommation.

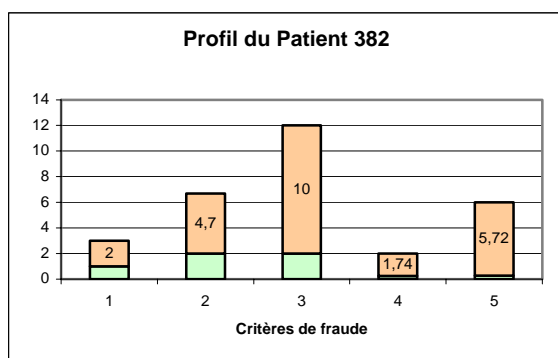
Toujours grâce à ces 3 ordonnances, la patiente a obtenu du Noctran® (**acéprométazine, acépromazine, clorazépate dipotassique**, association de phénothiazines et BZD hypnotiques) : 11 boîtes de 30 comprimés en 10 délivrances (3 boîtes en février, 3 en mars, et 5 en décembre). Là aussi, la posologie maximale recommandée, de 2 comprimés par jour, est dépassée à chaque fois.

D'autre part, elle s'est également fait délivrer :

- de la **venlafaxine** (Effexor® LP 37,5 mg, ATD, ordonnance 1) : 4 boîtes de 30 gélules en 2 délivrances, 2 boîtes en février et 2 en mai ; on ne note pas de surconsommation.
- de la **fluoxétine** (ATD sérotoninergique, ordonnances 2 et 3) : 8 boîtes de 14 gélules à 20 mg, en 4 délivrances, en décembre. La posologie maximale recommandée, de 60 mg/j, est ici dépassée.

On peut donc conclure à la fraude : ayant chacune un potentiel de détournement connu, l'alprazolam, l'association acéprométazine - acépromazine - clorazépate dipotassique, la venlafaxine, et la fluoxétine, sont d'autre part surconsommées pour trois d'entre elles.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (441-8) :

Femme de 40 ans, en ALD pour « troubles graves de la personnalité et état dépressif », récidiviste (déjà repérée par une enquête précédente du Service Médical, les « méga-consomphants »). Elle utilise des copies d'ordonnances et en rédige elle-même, pour obtenir notamment de l'alprazolam, du Noctran<sup>®</sup> et de la fluoxétine. La détection de ce comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM, d'un arrêt des prestations, d'un encadrement thérapeutique, d'un suivi du dossier pour contentieux, et d'une instruction pour fraude.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 40 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	10
Nombre total de pharmacies fréquentées	22
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	86
Nombre total de délivrances sur l'année	97
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	alprazolam 0,50 mg : 247 boîtes 0,25 mg : 17 boîtes Noctran <sup>®</sup> : 85 boîtes fluoxétine : 100 boîtes

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	17/03/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Etat dépressif
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Etat dépressif

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Arrêt des prestations Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	Instruction fraude
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

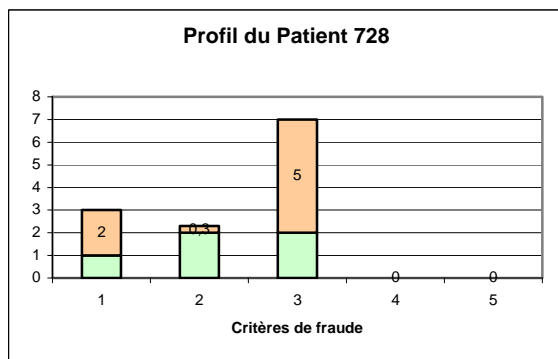
### - Patient 13 (728) :

Homme de 28 ans, 3 prescripteurs (Q = 3), 3 ordonnances (O = 3 ; 29/07, 01/08 et 23/08), présentées chacune plusieurs fois, et ayant donné lieu à 7 délivrances au total (P = 7), réparties sur 7 pharmacies différentes sur l'année (T = 7), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Ce patient s'est fait délivrer au total 12 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

Grâce à la première ordonnance, ce patient a obtenu du **chlorure de sodium** (2 flacons de 250 ml en 2 délivrances), et de la **nadroparine calcique** (Fraxiparine<sup>®</sup> 2850 UI, héparine de bas poids moléculaire, 1 boîte de 2 seringues et 2 boîtes de 6 lors de la première délivrance, et 1 boîte de 2 lors de la 2<sup>ème</sup>). Les deux autres ordonnances ont permis la délivrance de **sulfadiazine** (Flammazine<sup>®</sup> 1% crème, antiseptique et antibiotique local), à raison de 2 boîtes le 08/08, 1 boîte le 26/08 et 3 boîtes le 27/08 (total de 6 tubes en 5 délivrances).

Les formes galéniques des molécules obtenues (usage cutané et voie injectable sous-cutanée), ainsi que la variation possible des posologies, interdisent de conclure à la fraude avec certitude. Il peut tout à fait s'agir d'un complément d'ordonnance.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 28 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	Données non disponibles (patient non convoqué)
Nombre total de pharmacies fréquentées	
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	
Nombre total de prescriptions sur l'année	
Nombre total de délivrances sur l'année	
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	Données non disponibles (patient non convoqué)
Présent à la convocation	
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	
Fraude déjà connue	
Toxicomanie déjà connue	
Indication médicale initiale du traitement	

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

### - Patient 14 (247) :

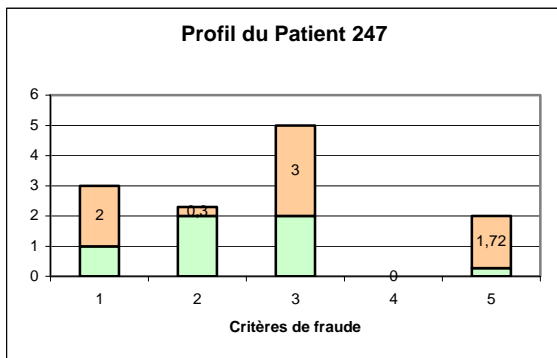
Homme de 53 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 3 ordonnances (O = 3 ; 19/08, 26/08 et 29/11), présentées chacune plusieurs fois, et ayant donné lieu à 7 délivrances au total (P = 7), réparties sur 5 pharmacies différentes sur l'année (T = 5), avec un maximum de 3 pharmacies différentes vues le même jour (U = 3). Ce patient s'est fait délivrer au total 11 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

Les trois ordonnances ont permis à cet assuré de se faire délivrer de la **bétaméthasone** (Betneval<sup>®</sup> 0,1% pommade, dermocorticoïde de niveau 2, indiqué dans l'eczéma de contact, les

dermatites atopiques et les lichénifications, 9 tubes de 30 g en 7 délivrances, dont 2 avec la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> ordonnance, et 1+2+2 boîtes avec la 3<sup>ème</sup> ordonnance). Cette troisième ordonnance a permis en plus l'obtention de **salbutamol** (Ventoline<sup>®</sup>, broncho-dilatateur bêta-stimulant indiqué dans le traitement de l'asthme, 2 boîtes en 2 délivrances).

Bien que ces deux molécules possèdent chacune un potentiel de détournement, il est difficile de conclure à la fraude avec certitude : spécialité d'usage cutané, la bétaméthasone n'a pas de posologie définie, et il est impossible de savoir si le patient est en surconsommation ou s'il ne fait qu'obtenir un complément d'ordonnance, bien que la quantité délivrée grâce à la 3<sup>ème</sup> ordonnance semble importante ; pour le salbutamol, la consommation dépendant de la fréquence des crises d'asthme, il est là aussi impossible de déterminer s'il y a surconsommation ou non. L'analyse ne permet donc pas de conclure à la fraude.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical :**

Fiche non disponible.

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Homme, 53 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	2
Nombre total de pharmacies fréquentées	8
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	17
Nombre total de délivrances sur l'année	18
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	Pas de surconsommation

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	16/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Psoriasis, asthme

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>NON</b> (complément d'ordonnance, quantité totale non disponible dans la 1 <sup>ère</sup> pharmacie)
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

### - Patient 15 (2020) :

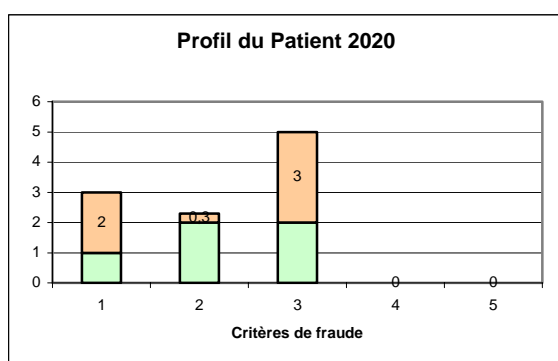
Femme de 100 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 3 ordonnances (O = 3 ; 13/05, 13/06 et 15/07), ayant donné lieu à 7 délivrances au total (P = 7), réparties sur 5 pharmacies différentes sur l'année (T = 5), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 8 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

Les deux premières ordonnances, du 13/05 et du 13/06, ont permis la délivrance d'Emlapatch® 5% (association d'anesthésiques locaux de surface : **prilocaine** et **lidocaïne** ; 4 boîtes de pansements adhésifs, en 4 délivrances, 2 le 25/05 et 2 le 15/07).

La troisième ordonnance, du 15/07, a permis au patient d'obtenir du **miconazole** (Daktarin® 2% gel buccal, antifongique voie locale indiqué dans diverses affections buccales d'origine fongique, 12 cuillères-mesures par tube), à raison de 2 tubes le 15/07 et 2 le 22/07, soit un total de 4 tubes en 3 délivrances ; la posologie maximale, de 2 cuillères-mesures par prise 4 fois par jour maximum, et pour une durée de traitement de 15 jours au plus, peut nécessiter jusqu'à 10 tubes. Il n'y a donc pas surconsommation.

La pertinence de la sélection de ce patient peut être mise en doute au vu de son âge (100 ans) ; l'étude des médicaments délivrés vient confirmer ce doute : pour l'Emlapatch®, spécialité à usage cutané, aucune posologie maximale ne peut être déterminée. Quant au miconazole, la posologie maximale n'est pas atteinte. Ces deux molécules, au potentiel de détournement nul, ne semblent donc pas faire l'objet d'une consommation détournée, les quantités délivrées faisant par ailleurs penser à un complément d'ordonnance.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué car jugé non fraudeur).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patient non convoqué car jugé non fraudeur).

### - Patient 16 (417) :

Femme de 41 ans, 1 seul prescripteur (Q = 1), 3 ordonnances (O = 3 ; 21/01, 24/05 et 10/11), présentées chacune plusieurs fois, et ayant donné lieu à 7 délivrances au total (P = 7), réparties sur 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 87 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

Pour cette patiente, 3 molécules reviennent systématiquement à chaque délivrance :

- la **sertraline** (Zoloft®, ATD), à raison de 4 boîtes de 7 gélules à 25 mg à chaque délivrance, soit 8 boîtes par ordonnance (total de 24 boîtes en 6 délivrances), et 1 boîte de 28 gélules à 50 mg en plus

avec la 2<sup>ème</sup> ordonnance. La posologie usuelle est de 50 mg/j à l'initiation du traitement et peut être progressivement augmentée jusqu'à 200 mg/j ; il n'y a donc pas surconsommation.

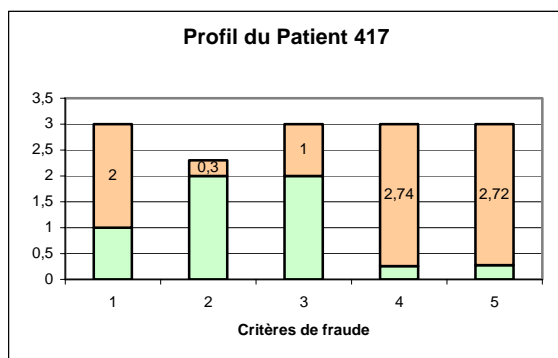
- le **zopiclone** (Imovane<sup>®</sup> 7,5mg, BZD apparentée, hypnotique), à raison de 4 boîtes de 14 comprimés en janvier, 6 en mai, et 4 en novembre (total de 14 boîtes en 7 délivrances). La posologie usuelle étant de 7,5 mg/j, la patiente est en surconsommation si elle consomme en un mois ce qu'elle obtient à chaque délivrance.

- le **lactulose** (Duphalac<sup>®</sup>, laxatif osmotique, 25 boîtes de 20 sachets en 7 délivrances). La posologie maximale est de 3 sachets par jour, et est dépassée pour chaque ordonnance si la patiente consomme réellement tout ce qui lui est délivré (5+5 boîtes avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance, 3+3+3 avec la 2<sup>ème</sup>, et 3+3 avec la 3<sup>ème</sup>).

Elle a obtenu également, grâce aux ordonnances 2 et 3, du **paracétamol** 1 g (16 boîtes de 8 comprimés en 4 délivrances) et du **nadolol** (Corgard<sup>®</sup> 80 mg, 5 boîtes de 28 comprimés en 5 délivrances). L'ordonnance 3 a permis en outre la délivrance de **sulfate ferreux** (Tardyferon<sup>®</sup>, 2 boîtes en 2 délivrances).

La fraude peut être suspectée, du fait notamment de la surconsommation de zopiclone, molécule à potentiel de détournement connu, et obtenue de manière suspecte. La sertraline peut elle aussi faire l'objet de détournement, mais n'est pas surconsommée dans le cas présent. Les autres molécules ne possèdent pas de potentiel de détournement, mais le lactulose est peut-être utilisé ici à forte dose dans le but de perdre du poids.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 41 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	3
Nombre total de pharmacies fréquentées	5
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	12
Nombre total de délivrances sur l'année	22
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	sertraline : 27 boîtes zopiclone : 38 boîtes

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	11/05/06
Présent à la convocation	NON
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Cirrhose alcoolique
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Cirrhose alcoolique

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Suspicion
Actions engagées par le Service Médical	Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

- **Patient 17 (822) :**

Homme de 21 ans, 3 prescripteurs (Q = 3), 3 ordonnances (O = 3 ; 18/01, 31/01 et 01/04), présentées chacune deux fois, et ayant donné lieu à 6 délivrances au total (P = 6), réparties sur 6 pharmacies différentes sur l'année (T = 6), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Ce patient s'est fait délivrer au total 23 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

Cet assuré a présenté 3 ordonnances totalement différentes à chaque fois, qu'il s'est fait délivrer chacune en double.

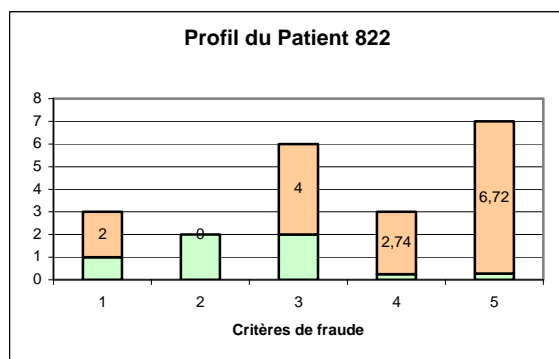
La première ordonnance a permis la délivrance de Noctran<sup>®</sup> (association d'**acéprométazine**, d'**acépromazine** et de **clorazépate dipotassique**, hypnotique), 2+2 boîtes de 30 comprimés, ce qui correspond au double de la posologie maximale, de 2 comprimés au coucher, si cette quantité est bien prise sur un mois ; il a aussi obtenu de l'**hydroxyzine** (Atarax<sup>®</sup> 100 mg, anxiolytique), 1+1 boîtes, quantité compatible avec une consommation normale, bien qu'élévée ; et de l'**alprazolam** 0,50 mg (BZD anxiolytique), 3+3 boîtes, quantité correspondant là aussi à une consommation importante mais inférieure à la posologie maximale recommandée.

La deuxième ordonnance a permis au patient d'obtenir du **tramadol** 37,5 mg en association avec du **paracétamol** 325 mg (3+4 boîtes de 20 comprimés, soit pas de surconsommation si le traitement est pris sur un mois, la posologie maximale étant de 8 comprimés par 24h), et de la **povidone iodée** (Bétadine<sup>®</sup> dermique, 1+1 boîtes).

Enfin, la troisième ordonnance a permis l'obtention de **kétoconazole** (Kétoderm<sup>®</sup> 2% gel, 1+1 boîtes).

Les spécialités à usage cutané posent le problème de l'absence de posologie maximale ; il y a donc impossibilité de déterminer s'il y a dépassement de la posologie probablement prescrite. Par contre, on a une surconsommation nette pour l'association acéprométazine - acépromazine - clorazépate dipotassique, et une consommation élevée pour l'hydroxyzine et l'alprazolam, toutes ces molécules ayant par ailleurs un potentiel de détournement. On peut donc supposer qu'il y a fraude.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical :**

Fiche non disponible.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 21 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	31
Nombre total de pharmacies fréquentées	21
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	3
Nombre total de prescriptions sur l'année	46
Nombre total de délivrances sur l'année	51
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	bromazépam : 35 boîtes Noctran® : 34 boîtes alprazolam 0,50 mg : 10 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	15/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Troubles de la personnalité

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b> (utilise les duplicata d'ordonnances)
Motivé par	Abus
Conviction du médecin conseil	Suspicion
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

### - Patient 18 (1355) :

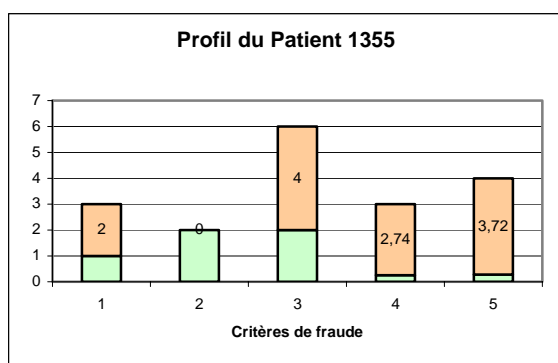
Femme de 42 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 3 ordonnances (O = 3 ; 12/05, 02/06 et 02/12), présentées chacune deux fois, et ayant donné lieu à 6 délivrances au total (P = 6), réparties sur 6 pharmacies différentes sur l'année (T = 6), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 22 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

Cette assurée a obtenu, à chaque délivrance, du **zolpidem** 10 mg (BZD apparentée, hypnotique, boîtes de 14 comprimés), à raison de 2+4 boîtes le 14/05, 3+3 boîtes le 04/06, et 2+2 boîtes le 03/12 (total de 16 boîtes en 6 délivrances). La posologie maximale, de 20 mg/j, est donc atteinte pour la 3<sup>ème</sup> ordonnance, et dépassée pour les 2 premières, aux dates de délivrance par ailleurs très rapprochées.

Egalement présent à chaque délivrance, on retrouve du **bromazépam** (BZD anxiolytique, 6 boîtes en 6 délivrances, soit deux boîtes grâce à chaque ordonnance). Là aussi, la posologie maximale, de 12 mg/j, est atteinte pour chaque ordonnance, voire dépassée du fait du chevauchement des deux premières.

Molécules à fort potentiel de détournement, le zolpidem et le bromazépam semblent ici faire l'objet d'une fraude ; le mode suspect d'obtention et les quantités importantes font penser à une surconsommation.
--

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 42 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	11
Nombre total de pharmacies fréquentées	26
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	63
Nombre total de délivrances sur l'année	77
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	bromazépam : 91 boîtes zolpidem : 210 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	11/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	/

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b> (Personnel d'un établissement hospitalier qui subtilisait des ordonnances et les rédigeait)
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	Instruction fraude
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

## - Patient 19 (1154) :

Femme de 52 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 3 ordonnances (O = 3 ; 04/01, 12/01 et 09/03), présentées chacune deux fois, et ayant donné lieu à 6 délivrances au total (P = 6), réparties sur 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 24 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

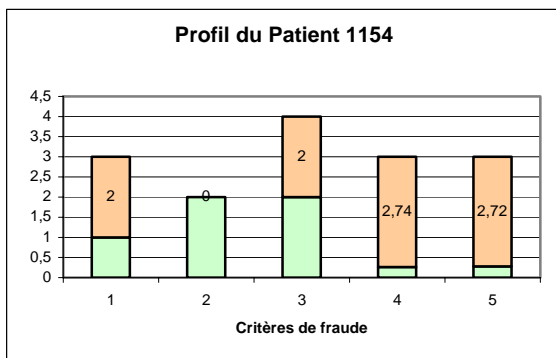
On retrouve essentiellement, sur les trois ordonnances, du **flunitrazépam** (Rohypnol<sup>®</sup>, BZD hypnotique, 12 boîtes en 6 délivrances). Les deux premières ordonnances, très rapprochées, ne

proviennent pas du même prescripteur (la prescription se faisant sur ordonnance sécurisée, avec posologie en toutes lettres, les ordonnances sont difficiles à falsifier ; elles sont donc ici probablement authentiques) ; s'ajoute à ce nomadisme médical un dépassement des posologies maximales recommandées : la posologie usuelle de cette molécule est de 0,5 à 1 mg/j, et la prescription, limitée à 14 jours, doit être fractionnée en deux délivrances de 7 jours. Or la patiente a obtenu 2 boîtes à chaque délivrance (soit deux fois la quantité maximale autorisée), soit 4 boîtes par ordonnance ; en admettant qu'elle ait consommé les quantités obtenues le 04/01 entre cette date et le 12/01, où elle se fait à nouveau délivrer cette molécule, elle a donc atteint à cette période une posologie de 4 mg/j.

Cette patiente a également reçu de la **cyamémazine** (8 boîtes de 30 comprimés à 25 mg, en 4 délivrances ; ordonnances 2 et 3), mais les quantités obtenues correspondent à une posologie normale. Pour la **fluoxétine** par contre, obtenue grâce à l'ordonnance 2 (4 boîtes de 28 comprimés à 20 mg en 2 délivrances), la patiente dépasse la dose maximale recommandée, de 60 mg/j, en atteignant 80 mg/j.

Du fait du potentiel de détournement connu pour le flunitrazépam et la fluoxétine, et des quantités obtenues importantes pour ces deux molécules faisant dépasser les posologies maximales recommandées, la fraude semble être l'hypothèse à retenir.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (721-5) :

Femme de 52 ans, en invalidité, souffrant de troubles de la personnalité ; elle reconnaît s'être fait délivrer en double ses ordonnances le même jour. La détection du comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un courrier au prescripteur pour confirmer la double prescription.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 52 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	4
Nombre total de pharmacies fréquentées	4
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	36
Nombre total de délivrances sur l'année	39
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	flunitrazépam : 70 boîtes de 7 cp (soit : 490 cp)

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	03/04/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Invalidité pour pathologie psychiatrique
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	OUI

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Encadrement thérapeutique Action niveau médecin Action niveau pharmacien
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

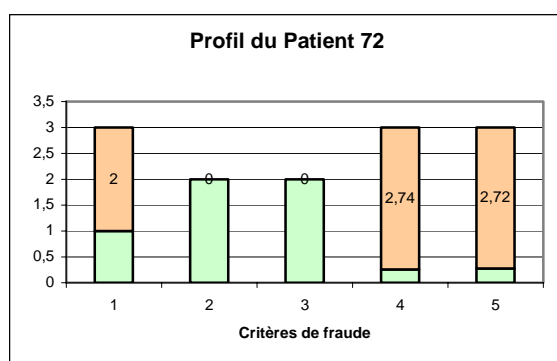
- **Patient 20 (72) :**

Femme de 68 ans, 1 seul prescripteur (Q = 1), 3 ordonnances (O = 3 ; 10/06, 08/08 et 08/11), présentées chacune deux fois le jour même de la prescription, et ayant donné lieu à 6 délivrances au total (P = 6), réparties sur 2 pharmacies différentes seulement sur l'année (T = 2), et donc 2 pharmacies différentes vues le même jour au maximum (U = 2). Cette patiente s'est fait délivrer au total 151 boîtes de différents médicaments grâce à la multiprésentation de ces 3 ordonnances.

La particularité de cette assurée est la délivrance, en double, de l'intégralité de chaque ordonnance, par ailleurs toutes identiques : deux pharmacies lui ont dispensé chacune tout le traitement à chaque fois. Il ne s'agit donc ici en aucun cas d'un complément d'ordonnance, mais d'une fraude, faisant penser à un trafic de médicaments. En effet, le traitement se compose de différents médicaments indiqués dans plusieurs affections chroniques : dépression (**fluoxétine**, 22 boîtes), anxiété (**oxazépam** 0,50 mg, 12 boîtes), hyperthyroïdie (**carbimazole**, 6 boîtes), hypothyroïdie (**lévothyroxine** 25 et 100 µg, 6 boîtes de chaque), hyperlipidémies (**bézafibrate**, 6 boîtes), hypertension artérielle (**fosinopril** + **hydrochlorothiazide**, 6 boîtes), crises d'angor (**molsidomine**, 6 boîtes), événements liés à l'athérosclérose (**clopidogrel**, 6 boîtes), ulcère duodéal ou gastrique (**oméprazole**, 6 boîtes), douleurs (**paracétamol**, 69 boîtes).

Ce comportement peut vraisemblablement être attribué à de la fraude, à un trafic de médicaments probablement. La rédaction même des ordonnances semble suspecte : par exemple, la présence paradoxale d'un traitement pour l'hyper- et pour l'hypothyroïdie peut faire penser que les ordonnances ont été créées de toutes pièces.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (442-3) :**

Femme de 68 ans, en ALD depuis 1995 pour diabète non insulino-dépendant. La détection du comportement de fraude de cette patiente a été suivie d'un signalement à la CPAM et d'un arrêt des prestations. Ce comportement a été attribué à un trafic de médicaments, peut-être vers un pays étranger.

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :***- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 68 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	6
Nombre total de pharmacies fréquentées	4
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	21
Nombre total de délivrances sur l'année	33
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	fluoxétine : 92 boîtes paracétamol : 266 boîtes lévothyroxine 100 µg : 27 boîtes

*- Données issues de la convocation*

Date de la convocation	02/06/06
Présent à la convocation	NON
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	/

*- Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Trafic
Conviction du médecin conseil	Suspicion
Actions engagées par le Service Médical	Signalement CPAM Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

## **Annexe 2 :**

### **Analyse au cas par cas des patients du groupe II**

## - Patient 21 (425) :

Homme de 43 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 11 délivrances au total (P = 11), dans 10 pharmacies différentes sur l'année (T = 10), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

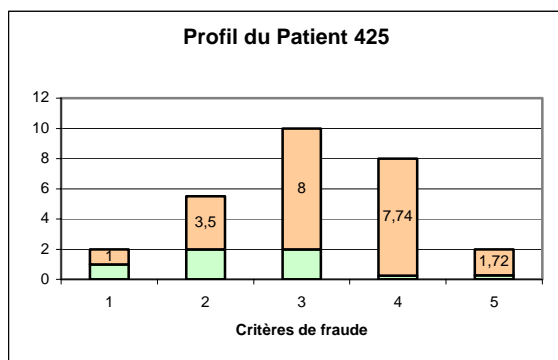
L'ordonnance du 18/03, présentée 1 fois le jour même, 1 fois le 21/03 et 2 fois le 13/04, a permis à chaque fois la délivrance de 2 boîtes de **bromazépam** (BZD anxiolytique), soit 4 boîtes de 30 comprimés à 6 mg par mois, ce qui correspond au double de la posologie maximale recommandée, de 12 mg/j ; il a également obtenu à chaque délivrance 3 boîtes de **pipampérone** (neuroleptique), soit 6 boîtes de 20 comprimés à 40 mg par mois, d'où 160 mg/j, posologie supérieure à la posologie maximale recommandée, de 120 mg/j.

La 2<sup>ème</sup> ordonnance, du 25/04, a été présentée 7 fois en moins d'un mois, et a été délivrée à chaque fois dans son intégralité. Le patient a ainsi obtenu :

- à nouveau du **bromazépam** : 7x3 boîtes, soit un total de 29 boîtes en l'espace de 2 mois, d'où une surconsommation évidente.
- du **thiocolchicoside** (myorelaxant dérivé de la colchicine) : 3 boîtes de 24 comprimés et 6 boîtes de 12, en 6 délivrances ; la posologie maximale pouvant atteindre 8 comprimés/j, on ne note pas de surconsommation.
- de l'**acébutolol** (bêta-bloquant cardiosélectif) : 7 boîtes de 30 comprimés à 200 mg, en 7 délivrances ; la posologie usuelle, de 200 à 400 mg/j dans l'HTA, peut atteindre 600 mg/j dans l'angor. Dans tous les cas, le nombre de boîtes délivrées avec cette 2<sup>ème</sup> ordonnance est trop élevé.
- et de l'**acétylsalicylate de lysine** (Kardégic<sup>®</sup>, antiagrégant plaquettaire) : 7 boîtes de 30 sachets à 75 mg, en 7 délivrances ; la posologie usuelle, de 75 à 325 mg/j, est ici dépassée.

Du fait du potentiel de détournement connu du bromazépam et de la surconsommation importante de cette molécule, on peut suspecter une fraude pour ce patient ; les autres molécules ne semblent pas être les médicaments d'intérêt.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (442-5) :

Homme de 43 ans, en ALD depuis 2003 pour cardiopathie ischémique, et déjà connu du Service Médical puisqu'il est sous encadrement thérapeutique pour nomadisme médical et addictions (tabac, alcool, médicament, jeux) depuis le 07/10/05. Sa consommation moyenne quotidienne de bromazépam est estimée à 20 cp/j, et il continue de pratiquer un nomadisme médical et pharmaceutique important malgré son encadrement. La détection de la poursuite de ce comportement de fraude par le Service Médical a donc été suivie d'un signalement à la CPAM et d'un arrêt des prestations.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 43 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	24
Nombre total de pharmacies fréquentées	30
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	94
Nombre total de délivrances sur l'année	126
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	bromazépan : 223 boîtes paroxétine : 43 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	02/06/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Dépression

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Arrêt des prestations Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

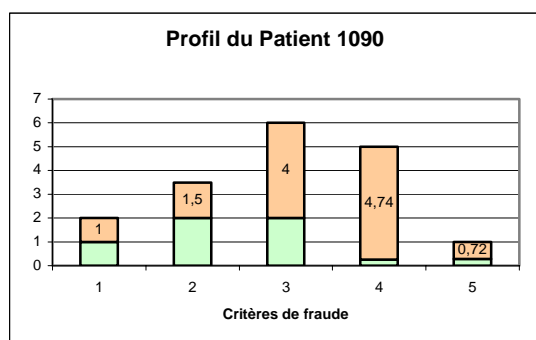
### - Patient 22 (1090) :

Femme de 56 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2 ; celle du 15/03 présentée 4 fois, et celle du 05/07, 3 fois), d'où 7 délivrances au total (P = 7), dans 6 pharmacies différentes sur l'année (T = 6), avec un maximum de 3 pharmacies différentes vues le même jour (U = 3).

Ces 2 ordonnances lui ont permis d'obtenir de l'**oxazépan** 50 mg, 10 boîtes de 20 comprimés en 7 délivrances. Celle du 15/03 a été présentée 3 fois le jour même (1+2+1 boîtes) et 1 fois le lendemain (1 boîte), pour un total de 5 boîtes en mars ; celle du 05/07 a été présentée 1 fois le jour même (1 boîte) et 2 fois le lendemain (1+3 boîtes), pour un total de 5 boîtes en juillet. La posologie maximale recommandée, de 150 mg/j, nécessite de délivrer 5 boîtes pour un mois de traitement.

Bien qu'il pourrait ne pas y avoir de surconsommation, la fraude peut être suspectée pour cette patiente, du fait du potentiel de détournement connu de l'oxazépan et des quantités importantes obtenues de façon suspecte (4 délivrances pour une seule ordonnance).

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (442-11) :

Femme de 56 ans, en invalidité et en ALD pour troubles graves de la personnalité, et dont le comportement de multiprésentation a été attribué à un complément d'ordonnance : à chaque fois les dispensations ont été en conformité avec la prescription médicale du psychiatre (5 à 6 boîtes par mois), mais ont été limitées du fait du stock insuffisant en pharmacie pour ce médicament. La détection du comportement par le Service Médical a donc été sans suites.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 56 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	2
Nombre total de pharmacies fréquentées	6
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	/
Nombre total de prescriptions sur l'année	20
Nombre total de délivrances sur l'année	34
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	Normison (témazépam) : 51 boîtes

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	/
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Anxiété

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

### - Patient 23 (802) :

Homme de 24 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 7 délivrances au total (P = 7), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 19/04 a été présentée 1 fois le 21/04 et 2 fois le 03/09 et a permis la délivrance d'**insuline** :

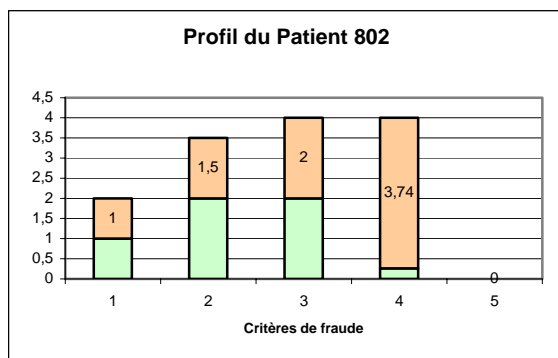
- Actrapid Novolet<sup>®</sup>, insuline d'action rapide et brève, boîtes de 5 stylos de 3 ml, 300UI/3ml : 2 boîtes le 21/04, et 2+2 le 03/09.

- Insulatard NPH Flexpen<sup>®</sup>, insuline retard, boîtes de 5 stylos de 3 ml, 300UI/3ml : 1 boîte le 21/04, et 1 le 03/09.

L'ordonnance du 16/12, présentée 2 fois le 17/12, 1 fois le 21/12 et 1 fois le 22/12, a permis l'obtention, dans chacune des 4 pharmacies, de 2 boîtes d'**insuline** (Actrapid Novolet<sup>®</sup>, insuline d'action rapide et brève, boîtes de 5 stylos de 3 ml, 300UI/3ml), soit 8 boîtes au cours du mois de décembre.

Bien que les quantités délivrées soient un peu fortes au cours du mois de décembre, il faut tenir compte du type de traitement, et de l'absence de potentiel de détournement connu de l'insuline ; il s'agit ici probablement d'un complément d'ordonnance.
---

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patient non convoqué).

### - Patient 24 (1254) :

Femme de 47 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 5 délivrances au total (P = 5), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Cette patiente a présenté 2 ordonnances différentes, plusieurs fois, et parfois en même temps.

- sur la première, du 13/09 : **bisoprolol** 2,5 mg + **hydrochlorothiazide** 6,25 mg (Lodoz<sup>®</sup>, bêta-bloquant cardio-sélectif en association avec un diurétique thiazidique, boîtes de 30 comprimés ; posologie usuelle : de 2,5 à 10 mg/j de bisoprolol, soit 1 à 4 cp/j).

- sur la deuxième, du 10/10 : **pipampérone** (Dipipéron<sup>®</sup>, neuroleptique sédatif, boîtes de 20 comprimés à 40 mg ; posologie usuelle : de 1 à 3 cp/j), et **lévomépromazine** (Nozinan<sup>®</sup>, neuroleptique, boîtes de 20 comprimés à 25 mg ; posologie usuelle : de 1 à 10 cp/j).

Le 12/10, elle a présenté les 2 ordonnances dans une même pharmacie, et a obtenu : 1 boîte de Lodoz<sup>®</sup>, 4 de Dipipéron<sup>®</sup>, et 1 de Nozinan<sup>®</sup>.

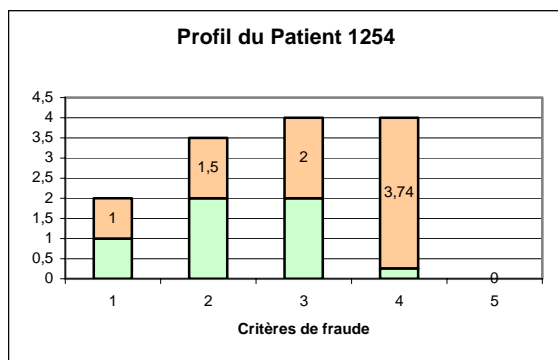
Le 05/11, elle a également présenté les 2 ordonnances, dans deux pharmacies différentes, et a obtenu : 1+1 boîtes de Lodoz<sup>®</sup>, 1 de Dipipéron<sup>®</sup>, et 1 de Nozinan<sup>®</sup>.

Le 28/11, elle a présenté uniquement la 2<sup>ème</sup> ordonnance, dans deux autres pharmacies, et a obtenu : 3+1 boîtes de Dipipéron<sup>®</sup>, 1 de Nozinan<sup>®</sup>.

Pour le mois d'octobre et pour le mois de novembre, on ne note pas de surconsommation, bien que l'obtention en double du Lodoz<sup>®</sup> le 05/11 soit assez étonnante. A noter que la délivrance assez irrégulière du Dipipéron<sup>®</sup> donne l'impression que le traitement n'est pas bien suivi.

L'absence de potentiel de détournement pour ces médicaments et les quantités obtenues penchent en faveur de l'hypothèse du complément d'ordonnance.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

### - Patient 25 (1389) :

Femme de 41 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 6 délivrances au total (P = 6), dans 5 pharmacies différentes sur l'année (T = 5), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 21/05 a été présentée deux fois le jour même, et a permis la délivrance de Lamaline<sup>®</sup> (association de **paracétamol**, d'extrait d'**opium** et de **caféine**, boîtes de 10 suppositoires), à raison de 3 boîtes dans la 1<sup>ère</sup> pharmacie et 6 boîtes dans la seconde. La dose maximale, de 6 suppositoires par jour, n'est pas atteinte.

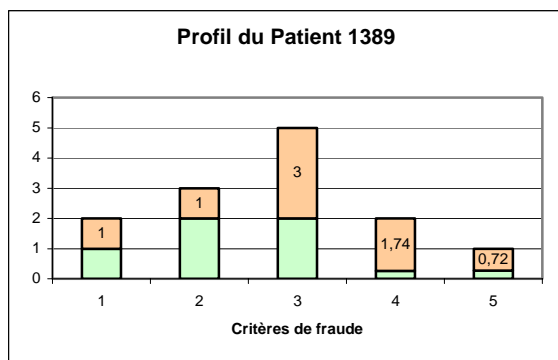
L'ordonnance du 08/06 a été présentée dans 4 pharmacies différentes. Tout d'abord, le 08/06, la patiente s'est fait délivrer, dans une pharmacie :

- à nouveau des suppositoires de Lamaline<sup>®</sup> (10 boîtes),
- des ovules de **nystatine**, **néomycine** et **polymyxine B** (Polygynax<sup>®</sup>, antiseptique gynécologique) : 2 boîtes de 6, correspondant à la posologie usuelle de 1 à 2 par jour pendant 10 à 20 jours.
- de la **dydrogestérone** (Duphaston<sup>®</sup>, dérivé proche de la progestérone) : 2 boîtes de 10, correspondant là aussi à la posologie usuelle (20 mg/j du 16<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle).
- du **divalproate de sodium** (Dépakote<sup>®</sup> 500 mg, thymorégulateur, indiqué dans les épisodes maniaques des troubles bipolaires, boîtes de 90 comprimés) : 1 boîte, ce qui correspond à 1500 mg/j (posologie maximale : 2500 mg/j).
- de l'**alprazolam** 0,50 mg (BZD anxiolytique, boîtes de 30 comprimés) : 3 boîtes, ce qui reste inférieur à la dose maximale, qui est de 4 mg/j.

Cette ordonnance a été représentée deux mois plus tard dans trois pharmacies en l'espace de 2 jours. Dans la première, le 01/08, la patiente a obtenu les mêmes médicaments mais en quantités globalement inférieures (1 boîte de Polygynax<sup>®</sup>, 2 de Duphaston<sup>®</sup>, 1 de Dépakote<sup>®</sup>, 1 de Lamaline<sup>®</sup>, et 1 d'alprazolam) ; dans la seconde pharmacie, le 01/08 toujours, à nouveau 1 boîte de Lamaline<sup>®</sup>, et dans la troisième, le 03/08, également. Soit un total de 9 boîtes de Lamaline<sup>®</sup> au mois de mai, 10 au mois de juin, et 3 au mois d'août ; dans aucun des cas, bien que la consommation semble élevée, on ne note de surconsommation. Pour les autres médicaments délivrés, il n'y a pas non plus de dépassement des posologies maximales recommandées.

Les médicaments délivrés ne semblent pas faire l'objet d'une fraude, bien qu'il y ait consommation importante de Lamaline<sup>®</sup>, médicament à potentiel de détournement connu. Au vu des quantités délivrées, on peut supposer qu'il s'agit d'un complément d'ordonnance.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical (441-15) :

Femme de 41 ans, suivie au niveau psychiatrique, repérée pour sa surconsommation importante de suppositoires Lamaline®. Son déménagement dans les Côtes d'Armor a été suivi d'un changement de caisse en juillet 2005 ; la détection de son comportement n'a donc pas eu de suites.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 41 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	3
Nombre total de pharmacies fréquentées	8
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	12
Nombre total de délivrances sur l'année	18
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	Lamaline : 50 boîtes de 10 suppositoires

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	Patiente non convoquée
Présent à la convocation	
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Troubles de la personnalité
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	/

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	Patiente non convoquée (déménagement dans les Côtes d'Armor en juillet 2005). Pas de suites.
Motivé par	
Conviction du médecin conseil	
Actions engagées par le Service Médical	
Actions engagées par la CPAM	
Suivi éventuel	

## - Patient 26 (1656) :

Femme de 32 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 6 délivrances au total (P = 6), dans 5 pharmacies différentes sur l'année (T = 5), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

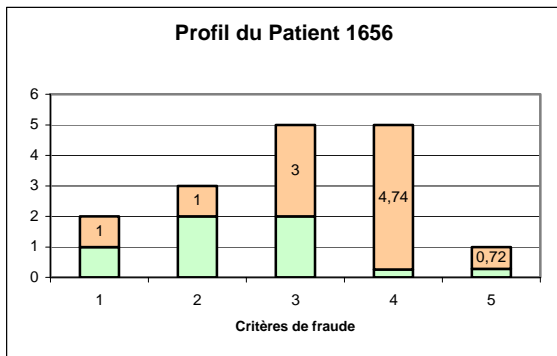
Les deux ordonnances, du 11/10 et du 30/10, ont donné lieu à la délivrance de **méprobamate** (Equanil® 400 mg, anxiolytique, boîtes de 30 comprimés).

La patiente a obtenu 1+2 boîtes dans 2 pharmacies différentes avec la première ordonnance, le 11/10 ; avec la deuxième, elle a obtenu 2+1 boîtes le 30/10, 3 le 31/10 et 1 le 05/11.

Au total, il a donc été délivré 10 boîtes en 25 jours. La posologie usuelle variant entre 1 et 4 cp/j, la patiente est en surconsommation nette.

Pour cette patiente, la fraude peut être suspectée, du fait du potentiel de détournement connu du méprobamate, des dates de prescriptions rapprochées (moins de 3 semaines d'intervalle entre les deux ordonnances), et des quantités délivrées trop importantes.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (491-36) :**

Femme de 32 ans, bénéficiant de la CMU, faisant du nomadisme médical et pharmaceutique. Contexte de troubles psychiatriques avec consommation médicamenteuse et tentative de suicide. Le comportement de cette patiente a été repéré suite à une alerte d'un médecin traitant, en septembre 2005. On note une surconsommation de méprobamate 400 mg (évaluée à 10 cp/j au lieu de 3 cp/j prescrits), de zolpidem (2,8 cp/j au lieu de 1 cp/j), mais aussi de paracétamol codéiné et de tétrazépam 50 mg. La délivrance de méprobamate repérée dans le fichier correspond à un complément d'ordonnance (3 boîtes par mois soit 3 cp/j). Mais le problème des multiples prescripteurs et des ordonnances trop fréquentes facilite la surconsommation. De plus, le Service Médical suspecte une délivrance sur duplicata ou photocopie. Première convocation le 19/04/06 repoussée au 02/05/06.

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

*- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 32 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	10
Nombre total de pharmacies fréquentées	22
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	3
Nombre total de prescriptions sur l'année	67
Nombre total de délivrances sur l'année	72
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	- méprobamate 400 mg : 3930 cp sur 386 jours soit 10,2 cp/j. - tétrazépam 50 mg : 1640 cp sur 407 jours soit 4 cp/j. - zolpidem 10 mg : 1134 cp sur 407 jours soit 2,8 cp/j. - paracétamol codéiné 600mg/50mg : 1212 cp sur 407 jours soit 3 cp/j.

*- Données issues de la convocation*

Date de la convocation	02/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Etat dépressif chronique Contexte sociopathique
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Etat dépressif chronique Contexte sociopathique Toxicomanie

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Encadrement thérapeutique Action niveau médecin Action niveau pharmacien
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 3 mois

- **Patient 27 (779) :**

Homme de 25 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 6 délivrances au total (P = 6), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

La 1<sup>ère</sup> ordonnance, du 20/10, a été présentée 4 fois au total et a permis la délivrance de 2 psychotropes :

- du **flunitrazépan** 1mg (Rohypnol<sup>®</sup>), 11 boîtes de 7 comprimés en 4 délivrances (2+2 boîtes le 20/10 et 2+5 le 26/10, une semaine plus tard, du fait de la délivrance fractionnée). En effet, la prescription de cette BZD est limitée à 14 jours, et la délivrance est fractionnée pour 7 jours, la dose maximale étant par ailleurs de 1 mg/j. Les quantités délivrées par ces pharmacies sont donc supérieures aux quantités recommandées.

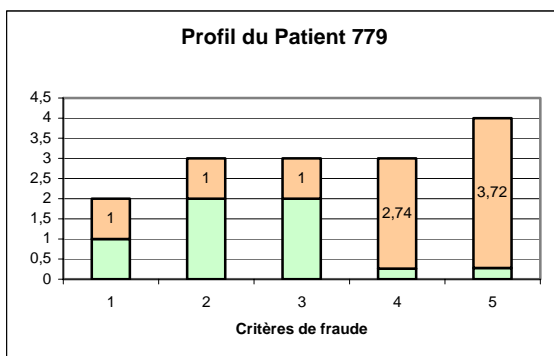
- du **clorazépanate dipotassique** 10 mg (Tranxène<sup>®</sup>), 8 boîtes de 30 gélules en 2 délivrances (4+4 boîtes le 20/10). La posologie usuelle variant de 1 à 5 gélules par jour, le patient est en surconsommation.

La 2<sup>ème</sup> ordonnance, du 16/12, présentée deux fois le jour même, a elle aussi permis la délivrance de **flunitrazépan**, à raison de 2 boîtes dans une 1<sup>ère</sup> pharmacie et 4 dans une 2<sup>nde</sup>. Là aussi, les quantités délivrées sont trop importantes.

L'assuré a donc au total obtenu, en moins de 2 mois, 17 boîtes de flunitrazépan en 6 délivrances, et 8 de clorazépanate dipotassique en 2 délivrances.

Ici aussi, on peut supposer que ce patient fraude, du fait du potentiel de détournement connu du flunitrazépan et du clorazépanate dipotassique, et des quantités délivrées trop importantes.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (721-3) :**

Homme de 25 ans, toxicomane non substitué par de la buprénorphine ou de la méthadone, déclarant utiliser des ordonnances différentes pour obtenir le même jour du flunitrazépan dans des pharmacies différentes. La détection de ce comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM, d'un encadrement thérapeutique, et d'un courrier au médecin pour préciser les dates de prescription, très rapprochées.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 25 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	5
Nombre total de pharmacies fréquentées	8
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	3
Nombre total de prescriptions sur l'année	30
Nombre total de délivrances sur l'année	38
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	clorazépate 10 mg : 55 boîtes flunitrazépam : 111 boîtes de 7 cp

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	29/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Toxicomanie
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	OUI

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

### - Patient 28 (1438) :

Femme de 18 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 5 délivrances au total (P = 5), dans 5 pharmacies différentes sur l'année (T = 5), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 08/04, présentée 3 fois, a permis la délivrance d'**oxomémazine** (Toplexil<sup>®</sup>, antihistaminique sédatif, sirop antitussif), à raison de 2 flacons dans une 1<sup>ère</sup> pharmacie, 2 dans une 2<sup>nde</sup>, et 1 dans une 3<sup>ème</sup> ; d'**ambroxol** (mucorégulateur), 1+1+1 boîtes de 30 comprimés de 30 mg ; et d'**acide ténoïque** et **framycétine** en solution nasale (Rhinotrophyl<sup>®</sup>, ATB bactéricide à usage local), 1+1 boîtes. Le Toplexil<sup>®</sup> est obtenu en trop grande quantité pour faire penser à un complément d'ordonnance. De même, si la dose maximale de l'ambroxol peut atteindre 120 mg/j, ce médicament est normalement utilisé en traitement court ; le nombre de boîtes délivrées paraît donc important. A noter que la présence d'un antitussif et d'un mucorégulateur sur la même ordonnance est assez paradoxale.

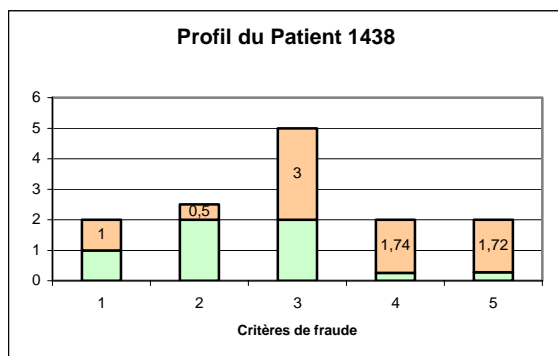
L'ordonnance du 14/04 a été délivrée deux fois : la patiente a obtenu une boîte de chacun des médicaments suivants à chaque délivrance :

- de l'**ofloxacine** : Oflocet<sup>®</sup>, solution auriculaire antibiotique, boîtes de 20 unidoses ; posologie usuelle de 2 unidoses par jour pendant 7 à 10 jours.
- du **paracétamol** 500 mg.
- et de l'**acide niflumique** : Nifluril<sup>®</sup>, anti-inflammatoire non stéroïdien, boîtes de 30 gélules de 250 mg ; posologie maximale de 6 gélules par jour.

L'intérêt de la double délivrance de cette ordonnance est difficilement explicable.

L'hypothèse de la fraude est envisageable pour l'oxoméazine, du fait de son potentiel de détournement et des quantités importantes obtenues. Par contre, les autres médicaments ne semblent pas faire l'objet d'une fraude, bien que le comportement de multiprésentation de l'ordonnance reste suspect.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée) ; seules données disponibles : patiente en ALD pour asthme.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

#### - Patient 29 (999) :

Femme de 63 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 5 délivrances au total (P = 5), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 01/08, présentée 1 fois le jour même et 2 fois le 15/09, a permis la délivrance de :

- **amitriptyline** : Laroxyl<sup>®</sup>, ATD imipraminique, boîtes de 60 comprimés à 25 mg (1 boîte le 01/08 et 1+1 boîtes le 15/09) et boîtes de 20 comprimés à 50 mg (3 le 01/08 et 3+3 le 15/09). La posologie apparemment prescrite est de 150 mg par jour (c'est ce qu'elle obtient le 01/08) mais la patiente en obtient le double le 15/09. La posologie usuelle étant de 25 à 150 mg/j, et la posologie maximale de 250 mg/j, on peut considérer qu'elle est en surdosage au mois de septembre si elle consomme en un mois la totalité des boîtes délivrées.

- **acéprométazine** et **méprobamate** : Mépronizine<sup>®</sup>, hypnotique, boîtes de 30 comprimés (1 boîte le 01/08 et 1 le 15/09). Les quantités délivrées sont compatibles avec la posologie usuelle (1/2 à 1 cp/j, voire 2 cp/j maximum), mais le renouvellement n'aurait pas dû avoir lieu, car la prescription est limitée à 4 semaines au maximum pour les hypnotiques. Cette délivrance ne met pas forcément en cause la pharmacie, mais peut être la conséquence de la présentation d'une ordonnance falsifiée.

- **lormétazepam** : Noctamide<sup>®</sup>, BZD hypnotique, boîtes de 14 comprimés à 2 mg (2 boîtes le 01/08 et 2 le 15/09). Pour ce médicament, il n'y a pas surconsommation (posologie maximale : 2 mg/j).

- **valériane** et **aubépine** : Tranquital<sup>®</sup>, sédatif (phytothérapie), 2 boîtes de 100 le 01/08 et 2+2 le 15/09. Les quantités délivrées le 01/08 correspondent à la posologie usuelle (4 à 6 cp/j), mais sont doublées le 15/09, d'où surconsommation.

- **paracétamol** : Doliprane<sup>®</sup>, antalgique, boîte de 16 gélules à 500 mg : 15 boîtes le 01/08 et 14+14 boîtes le 15/09. La posologie maximale, de 4 g/j, est largement dépassée lors de la délivrance du 15/09.

- lavement Normacol<sup>®</sup>, solution rectale indiquée dans la préparation du recto-sigmoïde aux explorations (coloscopies, lavements barytés) : association de **phosphates mono- et disodiques**,

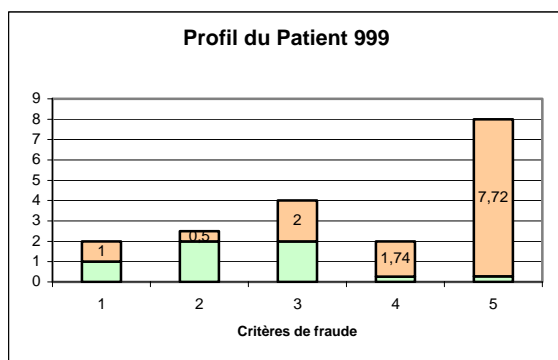
**gomme sterculia et acide sorbique**, 15 flacons de 130 ml le 01/08 et 15+15 le 15/09. La posologie usuelle, de un flacon la veille au soir et le jour de l'examen, n'est pas du tout en concordance avec les quantités démesurées délivrées.

L'ordonnance du 07/12 a été délivrée deux fois entièrement, le jour même ; les médicaments obtenus sont les suivants :

- **amitriptyline** : Laroxyl<sup>®</sup>, 1+1 boîtes de 60 comprimés à 25 mg et 2+2 boîtes de 20 comprimés à 50 mg. Il n'y a cette fois plus surdosage, mais la double délivrance de l'ordonnance reste suspecte.
- **valériane et aubépine** : Tranquital<sup>®</sup>, 2+2 boîtes. Il y a toujours surdosage.
- **zolpidem** : Stilnox<sup>®</sup>, BZD apparentée, hypnotique, boîtes de 14 comprimés à 10 mg, 2+2 boîtes. La dose maximale recommandée, de 20 mg/j, correspond à la posologie calculée ; on ne note donc pas de surdosage.
- **lormétazépan** : Noctamide<sup>®</sup>, 2+2 boîtes. La posologie calculée atteint deux fois la dose maximale recommandée, qui est de 2 mg/j. Ce médicament est donc surconsommé.
- **acéprométazine et méprobamate** : Mépronizine<sup>®</sup>, 1+1 boîtes. Au vu de la posologie maximale, il n'y a pas de surdosage, mais la double délivrance de l'ordonnance reste suspecte.
- **bromazépan** : Lexomil<sup>®</sup>, BZD anxiolytique, boîtes de 30 comprimés à 6 mg, 1+1 boîtes. La posologie maximale (12mg/j) n'est pas dépassée, mais la double présentation de l'ordonnance reste suspecte.
- **clonazépan** : Rivotril<sup>®</sup>, BZD anticonvulsivante, gouttes buvables à 0,25%, 1+1 flacons. La posologie dépendant du poids (0,05 à 0,1 mg/kg/j), il est impossible de déterminer s'il y a surdosage ou non.
- **dextropropoxyphène et paracétamol** : analgésique morphinique mineur, 3+3 boîtes de 20 gélules. Posologie usuelle : 1 à 4 gélules/j voire 6 gélules/j. Il n'y a pas de dépassement de la posologie usuelle, mais le traitement semble toutefois avoir été obtenu en double.
- **dexaméthasone et salicylé** : Percutalgine<sup>®</sup>, solution analgésique et anti-œdémateuse, 3+3 boîtes de 10 ampoules de 2 ml. La posologie recommandée, de 2 à 3 applications par jour, est insuffisamment précise pour savoir s'il y a ou non surconsommation.
- lavement Normacol<sup>®</sup>, solution rectale, association de **phosphates mono- et disodiques, gomme sterculia et acide sorbique** : 15+15 boîtes. La délivrance de quantités aussi importantes reste, comme pour la première ordonnance, assez incompréhensible.

Les posologies maximales ne sont pas toujours dépassées malgré les délivrances doubles des ordonnances, mais ce comportement de multiprésentation reste suspect, et il est difficile de croire à des compléments d'ordonnances puisque les quantités délivrées sont à chaque fois les mêmes. De plus le zolpidem, le lormétazépan, l'acéprométazine en association avec le méprobamate, le bromazépan, le clonazépan, et le dextropropoxyphène ont tous un potentiel de détournement connu.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (531-1) :

Femme de 63 ans, en invalidité ; contexte de lumbago avec sciatique, troubles anxieux et dépressifs mixtes. Convoquée le 10/04/06 et le 14/04/06 ; en fait hospitalisée depuis le 26/03/06. Analyse des prescriptions par le Service Médical :

- ordonnance du 01/08/05, utilisée 3 fois : les archives fournies montrent que la prescription a été falsifiée (signature, éléments cachés, mauvaise répartition des médicaments sur l'ordonnance bi-zone).

- ordonnance du 07/11/05, utilisée 4 fois, le 08/11 et le 12/11, et deux fois le 07/12 avec erreur de saisie de la date de l'ordonnance (07/12 au lieu de 07/11), ou bien falsification de la date : les archives fournies montrent que le duplicata a été falsifié (effacement de date, cache sur la mention duplicata) et que 2 autres ordonnances sont des photocopies de l'original.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 63 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	4
Nombre total de pharmacies fréquentées	6
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	20
Nombre total de délivrances sur l'année	27
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	Non précisé

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	16/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Troubles anxieux dépressifs mixtes

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Abus
Conviction du médecin conseil	Suspicion
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Action niveau médecin Action niveau pharmacien
Actions engagées par la CPAM	Indu
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

### - Patient 30 (1231) :

Femme de 48 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 5 délivrances au total (P = 5), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 3 pharmacies différentes vues le même jour (U = 3).

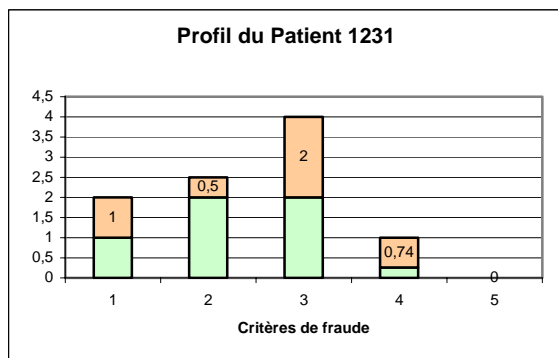
L'ordonnance du 16/03, présentée 3 fois le jour même, a permis la délivrance de **cimétidine** (antiulcéreux, antisécrétoire gastrique, antihistaminique H<sub>2</sub>), à raison de 3 boîtes de 60 comprimés à 200 mg, en 3 délivrances ; la posologie indiquée dans l'ulcère gastro-duodéal et dans l'œsophagite par reflux, de 800 mg/j, est donc dépassée si tout est consommé (à noter que ce n'est pas le cas avec la posologie indiquée dans le syndrome de Zollinger-Ellison, qui peut atteindre 1600 mg/j, mais qui reste un cas particulier). Avec cette ordonnance, la patiente a également obtenu du **phloroglucinol** (antispasmodique musculotrope), à raison d'1 boîte de 30 comprimés à la 2<sup>ème</sup>

délivrance, et 3 à la 3<sup>ème</sup>, soit 4 boîtes en 2 délivrances ; la posologie maximale recommandée, de 6 cp/j, n'est pas dépassée.

L'ordonnance du 14/06, présentée 2 fois, a été à l'origine de la délivrance de **trétinoïne** percutanée (Effederm<sup>®</sup> 0,05 % crème, antiacnéique, 2 tubes de 30 g en 2 délivrances). L'absence de posologie précise pour ce médicament rend impossible le calcul d'un dépassement de posologie, donc de conclure à une surconsommation ou non.

Bien que n'étant pas a priori dans un contexte de détournement des médicaments (absence de potentiel de détournement pour les molécules délivrées), on peut suspecter la fraude pour cette patiente, au moins pour la 1<sup>ère</sup> ordonnance, qui a fait l'objet de 3 délivrances le même jour.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

#### - Patient 31 (1266) :

Femme de 46 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 5 délivrances au total (P = 5), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 07/04, présentée deux fois le 11/04 et une fois le 13/04, a été délivrée trois fois dans son intégralité ; elle a permis l'obtention des médicaments suivants :

- **lormétazépan** 2 mg : Noctamide<sup>®</sup>, BZD hypnotique, 4+4+4 boîtes de 14 comprimés. Dose maximale recommandée : 2 mg/j. Posologie calculée : 12 mg/j.
- **alprazolam** 0,50 mg : BZD anxiolytique, 3+3+3 boîtes de 30 comprimés. Dose maximale recommandée : 4 mg/j. Posologie calculée : 4,5 mg/j.
- **lévomépromazine** 25 mg : Nozinan<sup>®</sup>, neuroleptique, 2+2+2 boîtes de 20 comprimés. Dose maximale recommandée : 600 mg/j. Posologie calculée : 100 mg/j.
- **hexamidine** : Hexomédine<sup>®</sup>, antiseptique externe, solution à 0,1%, 1+1+1 flacons.
- **heptaminol** : Hept-a-myl<sup>®</sup>, correcteur des hypotensions, 5+9+9 boîtes de 20 comprimés. Posologie usuelle : 6 cp/j. Posologie calculée : 15 cp/j.
- **acide folique** 5 mg : vitamine B9, 2+2+2 boîtes de 20 comprimés. Posologie maximale recommandée : 15 mg/j. Posologie calculée : 20 mg/j.

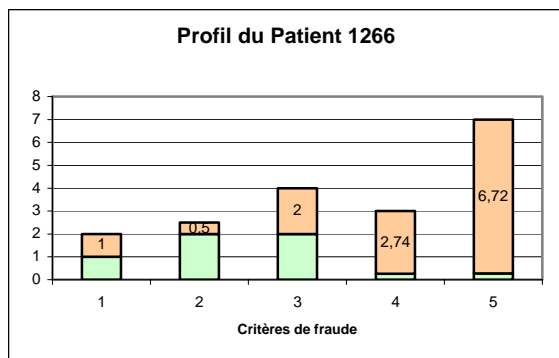
Il y a donc surconsommation pour la plupart de ces médicaments.

L'ordonnance du 04/07 a été présentée et délivrée deux fois, le jour même, dans son intégralité; la patiente a obtenu à nouveau de la **lévomépromazine** (3+3 boîtes), de l'**heptaminol** (9+9 boîtes), de l'**acide folique** (3+3 boîtes), mais aussi les médicaments suivants :

- **alimémazine** : Théralène<sup>®</sup>, antihistaminique H1 sédatif en gouttes buvables, 1+1 flacons de 30 ml à 40 mg/ml. Posologie maximale recommandée : 40 mg/j. Posologie calculée : 80 mg/j.
- **bromazépam** : BZD anxiolytique, 2+2 boîtes de 30 comprimés à 6 mg. Posologie maximale recommandée : 12 mg/j. Posologie calculée : 24 mg/j.
- **aspartate de magnésium** : Mégamag<sup>®</sup>, 3+3 boîtes de 40 gélules. Posologie maximale recommandée : 10 gélules par jour. Posologie calculée : 8 gélules par jour.
- **chlorure de potassium** : Kaléorid<sup>®</sup> LP 1000 mg, 2+2 boîtes de 30 comprimés. Posologie maximale recommandée : 4 cp/j. Posologie calculée : 4 cp/j.

Pour cette patiente également, on peut suspecter la fraude, du fait de la délivrance multiple de l'intégralité des deux ordonnances, et du fait du potentiel de détournement connu pour le lormétazépam, l'alprazolam, l'alimémazine et le bromazépam, et d'une surconsommation probable pour tous ces médicaments.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (442-13) :**

Femme de 46 ans, en ALD pour troubles psychiatriques de type psychose schizothymique et anorexie mentale ; déjà connue du Service Médical pour consommation importante d'anxiolytiques et d'hypnotiques. La détection de ce comportement par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM et d'un arrêt des prestations.

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 46 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	2
Nombre total de pharmacies fréquentées	5
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	9
Nombre total de délivrances sur l'année	20
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	alprazolam : 32 boîtes heptaminol : 139 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	02/06/06
Présent à la convocation	NON
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Anorexie mentale
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Anxiété Hypotension artérielle

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Motivé par	/
Conviction du médecin conseil	/
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

- **Patient 32 (274) :**

Femme de 49 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 5 délivrances au total (P = 5), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 02/02 a été présentée 1 fois le jour même, et 2 fois le 04/03 ; celle du 16/11, deux fois le jour même. Elles ont permis la délivrance de :

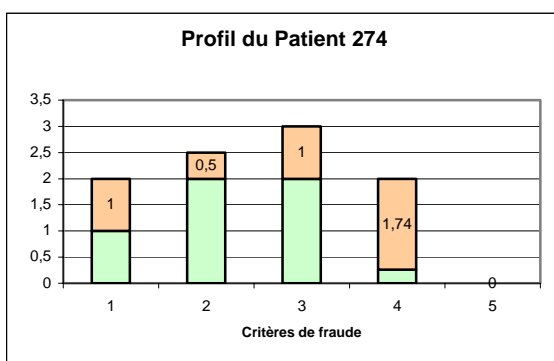
- **olanzapine** (Zyprexa<sup>®</sup>, neuroleptique, boîtes de 28 comprimés à 5 mg) : 2 boîtes le 02/02 et 1+1 le 04/03 avec la première ordonnance ; 1+1 le 16/11 avec la deuxième. La dose usuelle variant de 5 à 20 mg/j, les quantités délivrées peuvent correspondre à un complément d'ordonnance.

- **cyamémazine** (Tercian<sup>®</sup>, neuroleptique sédatif, boîtes de 30 comprimés à 25 mg) : 1 boîte le 02/02 et 1 le 04/03 avec la première ordonnance. La posologie calculée correspond à la limite inférieure de la posologie usuelle (de 25 à 300 mg/j).

- **heptaminol** (Hept-a-myl<sup>®</sup>, correcteur des hypotensions, boîtes de 20 comprimés de 190 mg) : 9 boîtes le 02/02 et 4 le 04/03 avec la première ordonnance ; 7+2 boîtes le 16/11 avec la deuxième. La posologie usuelle peut atteindre 6 comprimés par jour, ce qui correspond bien à la posologie calculée ici.

Pour cette patiente, on peut a priori écarter l'hypothèse de la fraude : les quantités délivrées peuvent correspondre à un complément d'ordonnance, et aucun des médicaments délivrés ne possède de potentiel de détournement.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (441-12) :**

Femme de 49 ans, en ALD pour trouble bipolaire ; la multiprésentation avait pour but d'obtenir la quantité prescrite : il s'agissait de compléments d'ordonnance. La détection du comportement par le Service Médical a donc été sans suites.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 49 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	4
Nombre total de pharmacies fréquentées	4
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	22
Nombre total de délivrances sur l'année	24
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	olanzapine : 26 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	Patiente non convoquée
Présent à la convocation	
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Schizophrénie
Fraude déjà connue	/
Toxicomanie déjà connue	/
Indication médicale initiale du traitement	/

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Motivé par	/
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

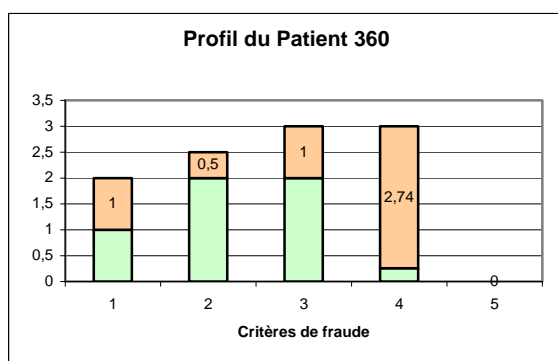
### - Patient 33 (360) :

Homme de 46 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 5 délivrances au total (P = 5), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 3 pharmacies différentes vues le même jour (U = 3).

Les deux ordonnances (25/07, 2 présentations le jour même, et 30/11, 3 présentations le jour même) ont permis la délivrance de **mirtazapine** 15 mg (Norset<sup>®</sup>, ATD), à raison d'1 boîte de 30 comprimés par délivrance, soit 5 boîtes en 5 délivrances (2 boîtes le 25/07 et 3 le 30/11).

La posologie usuelle, de 1 à 3 cp/j, n'est jamais dépassée, et la mirtazapine n'est pas connue pour avoir un potentiel de détournement, mais la fraude reste une hypothèse envisageable, du fait du comportement suspect de multiprésentation d'une même ordonnance (jusqu'à 3 pharmacies différentes vues le même jour).

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 46 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	3
Nombre total de pharmacies fréquentées	4
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	3
Nombre total de prescriptions sur l'année	19
Nombre total de délivrances sur l'année	21
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	mirtazapine : 13 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	10/05/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Etat d'angoisse

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	/
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

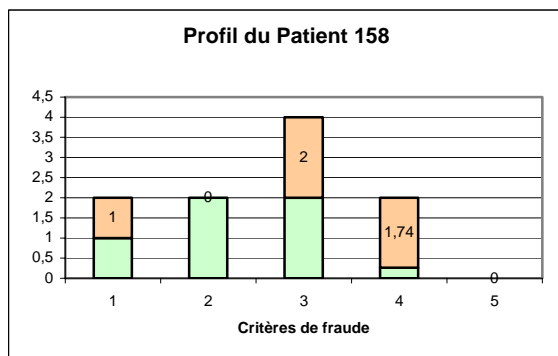
### - Patient 34 (158) :

Homme de 60 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 14/05, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **paracétamol** 1g (1+2 boîtes) ; celle du 14/04, présentée également deux fois, le 26/05, a permis l'obtention de **lidocaïne** (Xylocaïne<sup>®</sup>, anesthésique local injectable, 1+1 flacons de 20 ml à 0,5%, soit 100 mg par flacon ; posologie maximale : 200 mg par acte anesthésique).

L'hypothèse de la fraude semble pouvoir être écartée, du fait d'un potentiel de détournement nul pour le paracétamol et la lidocaïne, et de quantités délivrées respectant les posologies maximales.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patient non convoqué).

### - Patient 35 (370) :

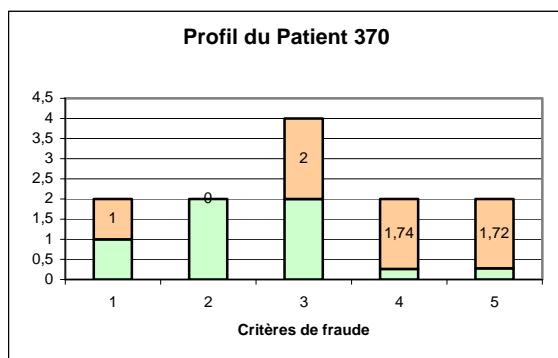
Homme de 32 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 07/02, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **méprobamate** (Equanil<sup>®</sup> 250 mg, anxiolytique), 2 boîtes de 30 comprimés dans une 1<sup>ère</sup> pharmacie, 1 dans une 2<sup>nde</sup> ; si l'on considère que les quantités obtenues correspondent à un traitement pour un mois, et sachant que la posologie usuelle est de 400 à 1600 mg/j, le patient n'est pas en surdosage.

L'ordonnance du 26/12 a été délivrée deux fois également le jour même : le patient a obtenu du **méprobamate** à nouveau (2+1 boîtes de 30 comprimés, au dosage de 400 mg cette fois) et de la **clomipramine** (Anafranil<sup>®</sup> 75 mg, ATD imipraminique), 2+3 boîtes de 20 comprimés. Le dosage de méprobamate a augmenté mais la dose totale reste encore dans la limite des recommandations de posologie ; par contre, la dose de clomipramine, qui semble être de 225 mg par jour environ, dépasse largement la posologie maximale recommandée (150 mg par jour).

Du fait du potentiel de détournement connu du méprobamate et de la clomipramine, et d'une surconsommation pour cette dernière molécule, on peut suspecter la fraude pour ce patient.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (441-15) :

Homme de 32 ans, faisant du nomadisme médical et réalisant des copies d'ordonnances. La détection de ce comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM et d'un arrêt des prestations pour l'Equanil<sup>®</sup>, la Mépronizine<sup>®</sup> et l'alprazolam, ainsi que d'une action au niveau des professionnels de santé concernés.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 32 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	16
Nombre total de pharmacies fréquentées	19
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	4
Nombre total de prescriptions sur l'année	29
Nombre total de délivrances sur l'année	33
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	alprazolam 0,50 mg : 59 boîtes 0,25 mg : 7 boîtes méprobamate 400 mg : 58 boîtes 250 mg : 28 boîtes acéprométazine + méprobamate : 40

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	27/04/06
Présent à la convocation	NON
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	/

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	/
Conviction du médecin conseil	Suspicion
Actions engagées par le Service Médical	Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

### - Patient 36 (500) :

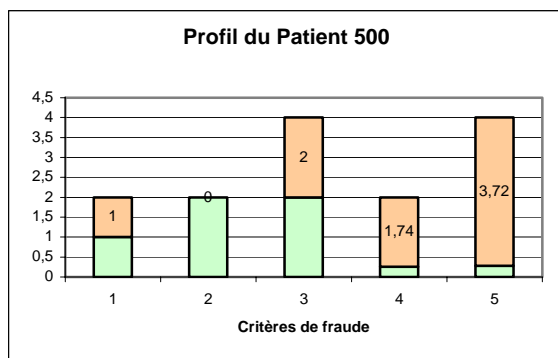
Homme de 40 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 27/12, présentée 2 fois le lendemain, a permis la délivrance de **sulfate de morphine** (Skénan<sup>®</sup> LP 100 mg, 2 boîtes de 14 gélules dans une 1<sup>ère</sup> pharmacie, 8 dans une 2<sup>nde</sup>). La posologie efficace du sulfate de morphine est très variable selon les sujets, de 20 à 600 mg/24h ; si les quantités correspondent à un traitement pour un mois, le patient atteint ici la posologie de 500 mg/24h, ce qui est assez important. A noter que sous forme LP, le sulfate de morphine se prend en 2 prises par 24h, espacées de 12h, ce qui correspondrait ici à 250 mg par prise (ou 200 et 300 mg) ; si cette posologie est réellement prescrite, le dosage de 200 mg aurait donc été plus approprié.

L'ordonnance du 31/12, soit 4 jours plus tard, serait du même prescripteur, et a été délivrée deux fois également, le jour même : le patient a ainsi obtenu du **sulfate de morphine** à nouveau (1+1 boîtes, même dosage) et du **bromazépam** (boîtes de 30 comprimés à 6 mg, 1+1 boîtes ; posologie maximale recommandée, de 12 mg/j, non dépassée).

Pour ce patient, la fraude est fortement suspectée, du fait du potentiel de détournement connu du sulfate de morphine et du bromazépam, et du fait du chevauchement évident des deux ordonnances pour ce qui concerne le sulfate de morphine.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 40 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	7
Nombre total de pharmacies fréquentées	9
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	25
Nombre total de délivrances sur l'année	32
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	sulfate de morphine : 42 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	06/12/05
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	NON

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Arrêt des prestations
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

## - Patient 37 (724) :

Homme de 29 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

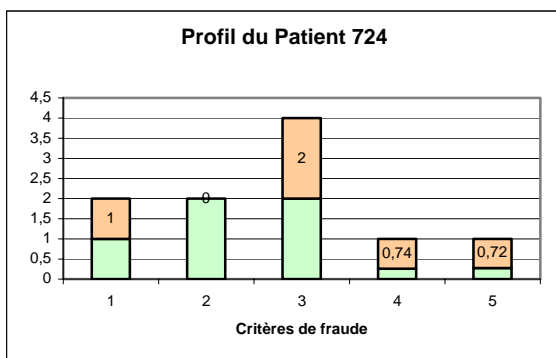
L'ordonnance du 04/01, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **bétaméthasone** (Diprosone® 0,05%, dermocorticoïde de niveau 2, indiqué dans l'eczéma de contact, les dermatites atopiques et les lichénifications), à raison de 4 tubes de 30 g dans une 1<sup>ère</sup> pharmacie, 3 de 30 g et 2 de 15 g dans une 2<sup>ème</sup> pharmacie.

L'ordonnance du 30/03 a été délivrée deux fois également, le lendemain, dans 2 autres pharmacies : le patient a obtenu de la **fexofénadine** (Telfast®, antihistaminique H<sub>1</sub> non sédatif ; 2+2

boîtes de 15 comprimés à 120 mg, ce qui correspond à deux mois de traitement ou à une surconsommation) et de nouveau de la **bétaméthasone** (4+6 tubes de 30 g, soit un total de 17 tubes de 30 g et 2 de 15 g en l'espace de 3 mois). La quantité notable de dermocorticoïde délivrée peut être justifiée par une surface à traiter très importante ; mais le comportement de multiprésentation des ordonnances reste suspect. De plus, il existe une autre hypothèse à envisager : les dermocorticoïdes sont parfois détournés, et utilisés en association avec l'hydroquinone (inhibiteur de la tyrosinase donc à propriétés dépigmentantes), par les populations africaines ou asiatiques, pour obtenir une dépigmentation de la peau.

Bien que l'absence de posologie maximale pour la bétaméthasone, spécialité à usage cutané, empêche de conclure à la fraude de façon certaine, plusieurs éléments penchent malgré tout en faveur de cette hypothèse : l'utilisation détournée connue de cette molécule, les quantités obtenues très importantes, et le mode d'obtention suspect ; la fexofénadine ne semble par contre pas être l'objet de la fraude.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patient non convoqué).

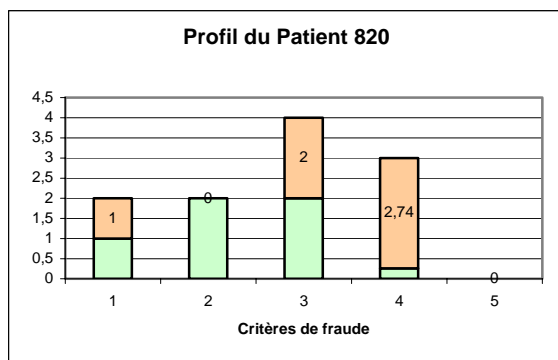
#### - Patient 38 (820) :

Homme de 22 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances (du 02/11 et du 18/11), présentées 2 fois chacune le jour même, ont permis la délivrance de **tiapride** (Tiapridal<sup>®</sup>, neuroleptique sédatif, boîtes de 20 comprimés à 100 mg), à raison de 8 boîtes au total (1+2 avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance, 4+1 avec la 2<sup>nde</sup>). La posologie maximale, de 800 mg/j, ne semble malgré tout pas être dépassée, bien qu'il soit difficile de calculer la dose réellement prise dans ce cas précis (deux ordonnances à 15 jours d'intervalle).

Bien que le tiapride n'ait pas de potentiel de détournement connu, la fraude est possible, du fait des dates rapprochées des deux ordonnances.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical (721-4) :

Homme de 22 ans, repéré pour des délivrances multiples de tiapride, mais qui correspondent en réalité à des compléments d'ordonnances. La détection du comportement par le Service Médical a donc été classée sans suite.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 22 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	11
Nombre total de pharmacies fréquentées	6
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	14
Nombre total de délivrances sur l'année	38
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	tiapride : 8 boîtes de 20 cp

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	Patient non convoqué
Présent à la convocation	
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	/
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	OUI

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

## - Patient 39 (1632) :

Femme de 33 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

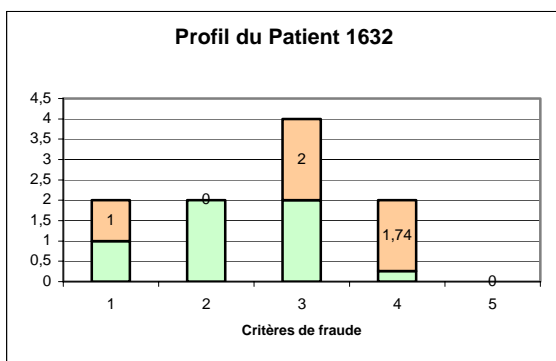
Les deux ordonnances, du 25/01 et du 24/09, présentées 2 fois chacune le jour même, ont permis la délivrance de **dydrogestérone** (Duphaston<sup>®</sup>, 6 boîtes de 10 comprimés à 10 mg par ordonnance) ; la posologie de cette molécule, indiquée dans le traitement des troubles liés à une insuffisance lutéale, est de 20 mg/j en deux prises du 16<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle et nécessite normalement la délivrance de 2 boîtes. Mais dans l'endométriose, la posologie est augmentée à 30

mg/j en traitement continu, ou discontinu du 5<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle ; dans ce dernier cas, le nombre de boîtes à délivrer est donc de 6 par mois, comme c'est le cas ici.

La patiente a d'autre part obtenu avec ces mêmes ordonnances une association de diurétiques, **spironolactone** (diurétique hyperkaliémiant, antialdostérone) et **altizide** (diurétique hypokaliémiant), à raison de 2 boîtes par ordonnance. Là non plus, la posologie maximale recommandée (1 à 2 cp/j, jusqu'à 4 cp/j) n'est pas dépassée.

Bien que délivrée dans des quantités importantes, la hydrogestérone semble faire ici l'objet d'un complément d'ordonnance, comme l'association de diurétiques.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

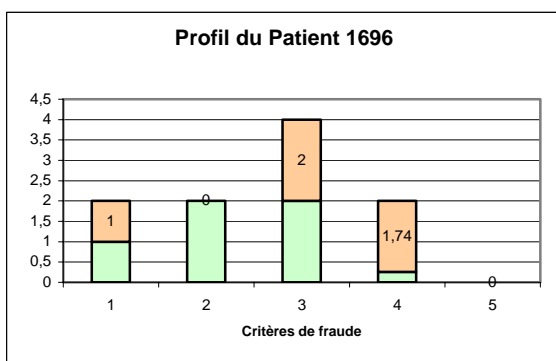
### - Patient 40 (1696) :

Femme de 31 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances (du 15/07 et du 29/07), présentées chacune 2 fois, le 16/07 et le 29/07, ont permis la délivrance d'**acide tranexamique** (Exacyl<sup>®</sup>, hémostatique antifibrinolytique en solution buvable, boîtes de 5 ampoules de 1g), à raison de 8 boîtes au total (1+4 avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance, 1+2 avec la 2<sup>nde</sup>). La posologie usuelle étant de 2 à 4 g/j, il ne semble pas y avoir de surconsommation.

L'hypothèse de la fraude peut sans doute être écartée, du fait d'un potentiel de détournement nul pour l'acide tranexamique, et de quantités délivrées semblant correspondre à une posologie normale ; il pourrait donc s'agir d'un complément d'ordonnance.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

#### - Patient 41 (1722) :

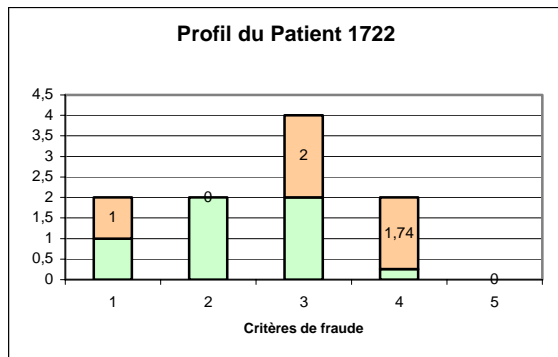
Femme de 101 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 08/04, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance d'un pansement digestif (Gaviscon<sup>®</sup>, **alginate et bicarbonate de sodium**, suspension buvable), à raison de 2+2 flacons de 150 ml, soit le conditionnement pour nourrisson (avec pipette), peut-être dans un but d'administration plus facile à cette personne âgée ; la posologie usuelle pour un adulte est de 2 cuillères à café par prise à prendre après les repas et éventuellement au coucher, soit 30 à 40 ml/j. Les quantités délivrées ne représentent donc même pas un mois de traitement.

L'ordonnance du 18/07 a été délivrée deux fois également, le jour même, et a permis l'obtention de **kétoconazole** (Kétoderm<sup>®</sup> 2%, antifongique local, 1 boîte de sachets unidoses de gel dans une pharmacie, et 1 tube de crème dans l'autre).

Là aussi, l'hypothèse de la fraude peut a priori être écartée, du fait du potentiel de détournement nul pour l'association alginate et bicarbonate de sodium, et pour le kétoconazole ; l'âge de la patiente semble aussi le confirmer.

#### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

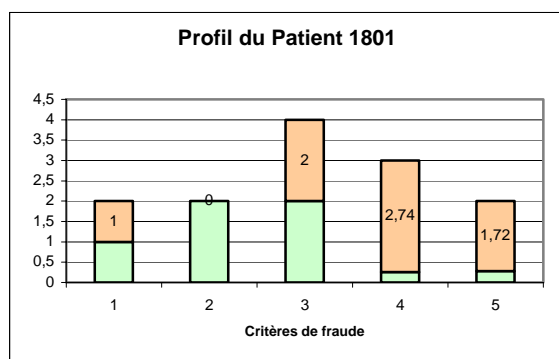
#### - Patient 42 (1801) :

Femme de 28 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 4 pharmacies différentes sur l'année (T = 4), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances (du 20/05 et du 28/05), de prescripteurs différents, ont été présentées 2 fois chacune, le jour même à chaque fois. Elles ont toutes deux permis la délivrance de **flunitrazépam** (Rohypnol<sup>®</sup>, BZD hypnotique, 1 boîte de 7 comprimés à 1 mg, dans chaque pharmacie, soit un total de 4 boîtes en 8 jours).

La dose maximale recommandée étant de 1 mg/j, et la prescription étant limitée à 14 jours avec dispensation fractionnée pour 7 jours, il est probable qu'il y ait fraude : en fréquentant deux pharmacies avec la même ordonnance, le patient a obtenu le double de la quantité autorisée, pour chaque ordonnance. De plus, espacées de 8 jours, les deux ordonnances se chevauchent. Et enfin, le potentiel de détournement connu pour le flunitrazépam vient confirmer cette hypothèse.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (441-11) :

Femme de 28 ans, en ALD, sous traitement de substitution aux opiacés, toxicomane. Cette patiente fait du nomadisme et réalise des copies d'ordonnances. La détection de ce comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un signalement à la CPAM, d'un arrêt des prestations, d'un encadrement thérapeutique, et d'une instruction pour fraude.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 28 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	11
Nombre total de pharmacies fréquentées	14
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	55
Nombre total de délivrances sur l'année	67
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	flunitrazépam : 140 boîtes bromazépam : 35 boîtes (buprénorphine : consommation correcte)

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	29/11/05
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Toxicomanie
Fraude déjà connue	OUI
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Toxicomanie

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM Arrêt des prestations Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	Suivi judiciaire antérieur en cours
Suivi éventuel	/

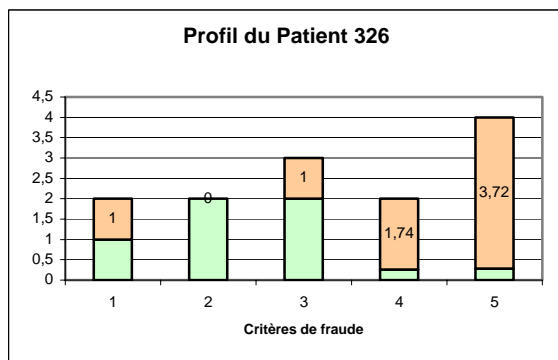
**- Patient 43 (326) :**

Homme de 48 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 07/01, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance d'**alprazolam** (Xanax<sup>®</sup>, BZD anxiolytique, 1+1 boîtes de 30 comprimés à 0,50 mg ; posologie usuelle : 0,5 à 4 mg/j), et de **paracétamol codéiné** (Efferalgan codéiné<sup>®</sup>, 500 mg / 30 mg, antalgique de niveau II, 3+1 boîtes de 16 comprimés ; posologie usuelle : 6 cp/j) ; celle du 05/04 a été délivrée deux fois également, le jour même, et a elle aussi permis l'obtention de **paracétamol codéiné** (2+9 boîtes).

Pour ce patient, il est difficile de conclure à la fraude ou à l'absence de fraude : les quantités délivrées pourraient correspondre à un complément d'ordonnance, mais les médicaments délivrés possèdent tous deux un potentiel de détournement.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical :**

Fiche non disponible.

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

*- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Homme, 48 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	14
Nombre total de pharmacies fréquentées	18
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	32
Nombre total de délivrances sur l'année	40
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	paracétamol codéiné : 192 boîtes

*- Données issues de la convocation*

Date de la convocation	04/10/05
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Gonarthrose post-traumatique bilatérale
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Antalgique

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

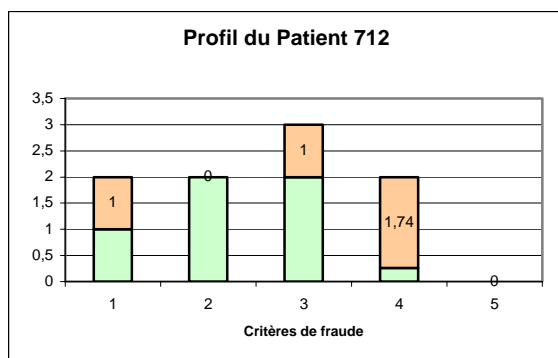
- **Patient 44 (712) :**

Homme de 29 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances (du 15/07, présentée deux fois le jour même, et du 15/09, présentée deux fois le 21/11) ont toutes deux permis la délivrance de **pipotiazine** (Piportil® L4 retard, boîtes de 1 ampoule de 4 ml = 100 mg, neuroleptique à libération prolongée, administration intramusculaire toutes les 4 semaines) : 1 boîte à chaque délivrance, soit 2 pour chaque ordonnance. La dose usuelle de pipotiazine est de 25 à 200 mg toutes les 4 semaines, ce qui correspond à la posologie calculée pour ce patient (200 mg/mois).

Au vu des quantités délivrées, correspondant à une posologie normale, il est possible qu'il s'agisse d'un complément d'ordonnance. A noter qu'il s'agit d'un médicament peu courant, ce qui pourrait expliquer un stock insuffisant dans les pharmacies pour pouvoir tout délivrer en une seule fois.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (441-10) :**

Homme de 29 ans, en ALD, contexte de psychose ; la double délivrance de pipotiazine correspond à un complément d'ordonnance et est en accord avec la prescription (200 mg par injection soit 2 ampoules). La détection de ce comportement par le Service Médical a donc été classée sans suite.

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Homme, 29 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	3
Nombre total de pharmacies fréquentées	3
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	6
Nombre total de délivrances sur l'année	8
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	Pas de surconsommation

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	Patient non convoqué
Présent à la convocation	
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Schizophrénie
Fraude déjà connue	/
Toxicomanie déjà connue	/
Indication médicale initiale du traitement	Schizophrénie

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Motivé par	/
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

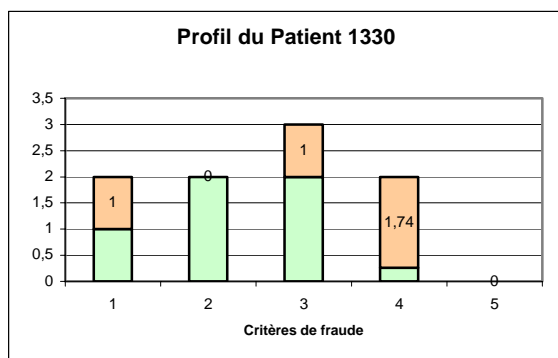
- **Patient 45 (1330) :**

Femme de 43 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances, du 09/04 et du 16/07, présentées chacune deux fois le jour même, ont toutes deux permis la délivrance d'**ébastine** (Kestin<sup>®</sup>, antiallergique antihistaminique H1 non sédatif, boîtes de 30 comprimés à 10 mg) : 1 boîte à chaque délivrance, soit 2 pour chaque ordonnance. La posologie calculée est de 20 mg par jour, ce qui correspond à la dose maximale recommandée.

Au vu des quantités délivrées, et l'ébastine n'étant pas un antihistaminique sédatif (pouvant faire l'objet de détournement), il doit probablement s'agir d'un complément d'ordonnance.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical :**

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

Données non disponibles (patiente non convoquée).

- **Patient 46 (1507) :**

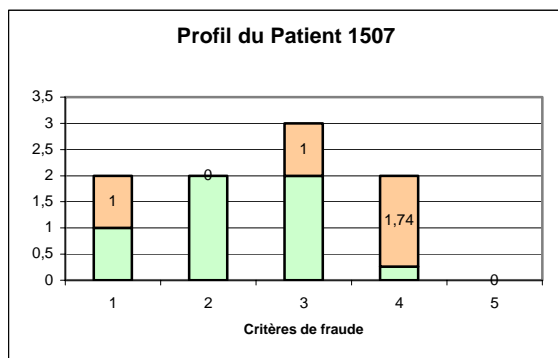
Femme de 36 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances, du 30/06 et du 25/07, présentées chacune deux fois le jour même, ont permis la délivrance de **gonadotrophine chorionique** (5000 UI par ampoule de 1 ml, usage intramusculaire, inducteur de l'ovulation) : 1 boîte à chaque délivrance, soit 2 pour chaque ordonnance, à un mois d'intervalle.

Dans le cadre du déclenchement de l'ovulation (procréation médicalement assistée) ou de la stérilité par anovulation ou dysovulation, la posologie maximale est de 10000 UI en une administration unique. Dans le cas présent, c'est la posologie que l'on atteint avec 2 boîtes délivrées par ordonnance.

Il est possible que les stocks de cette spécialité, peu prescrite, ne soient pas suffisants dans une seule pharmacie pour obtenir en une seule fois la totalité de l'ordonnance, et c'est sans doute pourquoi il y a eu multiprésentation. Il s'agit donc probablement d'un complément d'ordonnance.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

#### - Patient 47 (1617) :

Femme de 33 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 3 pharmacies différentes sur l'année (T = 3), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances (28/10 et 12/12), présentées chacune deux fois le jour même, ont permis la délivrance de **diazépam** (Valium<sup>®</sup>, BZD anticonvulsivante, comprimés) :

- 1<sup>ère</sup> ordonnance :

- 1 boîte de 30 comprimés à 10 mg et 2 boîtes de 40 à 2 mg dans une 1<sup>ère</sup> pharmacie,
- 1 boîte de 40 comprimés à 2 mg dans une 2<sup>ème</sup> pharmacie.

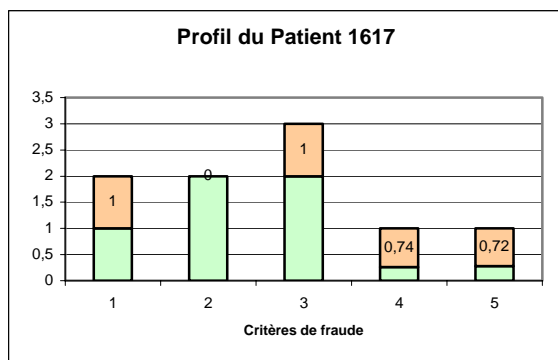
- 2<sup>ème</sup> ordonnance :

- 1 boîte de 30 comprimés à 10 mg et 1 boîte de 40 à 2 mg dans une 1<sup>ère</sup> pharmacie,
- 2 boîtes de 40 comprimés à 2 mg dans une 2<sup>ème</sup> pharmacie.

La patiente obtient les mêmes quantités au total pour chacune des deux ordonnances, à savoir 1 boîte de 30 comprimés à 10 mg et 3 boîtes de 40 comprimés à 2 mg, ce qui est compatible avec les doses usuelles (5 à 20 mg/j voire 40 mg/j maximum), la posologie calculée étant de 18 mg/j.

La fraude pourrait être suspectée, du fait du potentiel de détournement connu du diazépam ; mais les quantités délivrées font plutôt penser à un complément d'ordonnance.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical (491-34) :

Femme de 33 ans, en ALD, suivie au niveau psychiatrique, suicidaire. Elle réalisait des compléments d'ordonnances mais dans un contexte de nomadisme, cette multiplicité des prescripteurs (généralistes et psychiatres) et des pharmaciens entraînant une accumulation des quantités délivrées, stockées par la suite. Elle a ainsi pu obtenir entre autres, jusqu'à 6,5 cp/j de diazépam 2 mg (au lieu de 3/j prescrits), 1,5 cp/j de diazépam 10 mg (au lieu de 1/j prescrit), mais aussi 2 cp/j de pipampérone (au lieu de 1/j prescrit), 2,5 cp/j d'escitalopram (au lieu de 2/j prescrit), et 1,5 cp/j d'oxcarbazépine (au lieu de 1/j). La détection de ce comportement par le Service Médical a été suivie d'un encadrement thérapeutique.

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 33 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	6
Nombre total de pharmacies fréquentées	6
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	24
Nombre total de délivrances sur l'année	29
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	diazépam 2 mg = 560 cp sur 87 j (soit 6,4 cp/j) diazépam 10 mg = 120 cp sur 83 j (soit 1,4 cp/j) escitalopram 10 mg = 196 cp sur 83 j (soit 2,4 cp/j) lithium 400 mg LP = 360 cp sur 88 j (soit 4,1 cp/j) oxcarbazépine 600 mg = 600 cp sur 365 j (soit 1,6 cp/j) pipampérone 40 mg = 160 cp sur 83 j (soit 1,9 cp/j)

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	20/04/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Etat dépressif Troubles bipolaires
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Etat dépressif Troubles bipolaires

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>NON</b>
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Encadrement thérapeutique
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

### - Patient 48 (33) :

Homme de 78 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

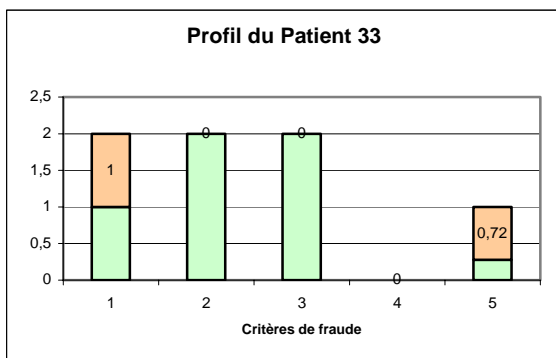
Ce patient semble avoir été sélectionné dans ce fichier par erreur : en effet, il a bien présenté deux ordonnances (une du 12/04 et une du 08/11), chacune deux fois dans deux pharmacies différentes le même jour, mais il n'a pas obtenu de médicaments en double grâce à une seule et même ordonnance : chaque ordonnance, comportant deux médicaments, a été délivrée en deux parties, un médicament dans une pharmacie, et l'autre dans une deuxième, ce qui ne constitue pas une fraude.

Le patient apparaît malgré tout dans le fichier car ces médicaments sont communs aux deux ordonnances.

Il a ainsi obtenu, grâce à l'ordonnance du 12/04, 1 boîte de **fluidione** (Préviscan<sup>®</sup>, anticoagulant antivitamine K, boîtes de 30 comprimés) dans une première pharmacie, et 1 boîte de Noctran<sup>®</sup> (association d'**acéprométazine**, d'**acépromazine** et de **clorazépate dipotassique**, hypnotique, boîtes de 30 comprimés) dans une seconde pharmacie. L'ordonnance du 08/11 lui a permis d'obtenir la même chose, dans les deux mêmes pharmacies.

Pour ce patient, on ne note pas de fraude : sa sélection dans ce groupe semble due à une erreur informatique.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Conclusion du Service Médical : non fraude, certitude.

### - Patient 49 (179) :

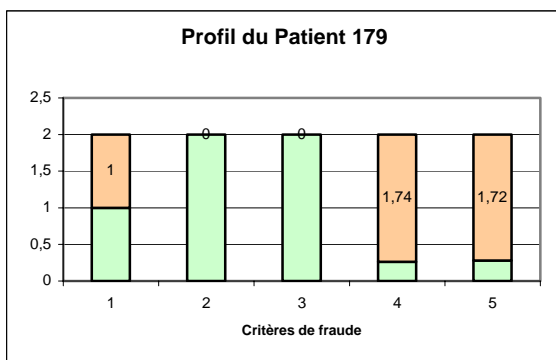
Homme de 59 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 12/03, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **codéine** (Paderyl<sup>®</sup>, antitussif opiacé, 1 boîte de 20 comprimés à 19,5 mg dans la 1<sup>ère</sup> pharmacie, 1 flacon de 150 ml de sirop à 0,1% dans la seconde ; posologie maximale : 8 cp/j ou 8 cuillères à soupe soit 120 ml/j) et de **ranitidine** (Raniplex<sup>®</sup> ou Azantac<sup>®</sup>, anti-ulcéreux anti-sécrétoire gastrique, antihistaminique H<sub>2</sub>, 2+1 boîtes de 28 comprimés à 75 mg) ; ce faible dosage est prescrit dans le traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien à raison de 1 à 2 comprimés par jour (posologie calculée : 3 cp/j).

L'ordonnance du 23/07 a été délivrée deux fois également, le jour même, et a permis l'obtention de **bétahistine** (Betaserc<sup>®</sup>, antivertigineux, 1+2 boîtes de 60 comprimés à 24 mg). La posologie calculée atteint donc 3 fois la dose maximale recommandée, de 48 mg/j.

La codéine, du fait de son potentiel connu de détournement, pourrait faire l'objet d'une fraude ; mais les quantités délivrées sont peu importantes et peuvent correspondre à un complément d'ordonnance. Les quantités obtenues de ranitidine et bétahistine sont supérieures aux doses maximales recommandées, mais l'absence de potentiel de détournement pour ces deux molécules penche là aussi en faveur de l'hypothèse d'un complément d'ordonnance.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical :**

Fiche non disponible (patient non convoqué).

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

Données non disponibles (patient non convoqué).

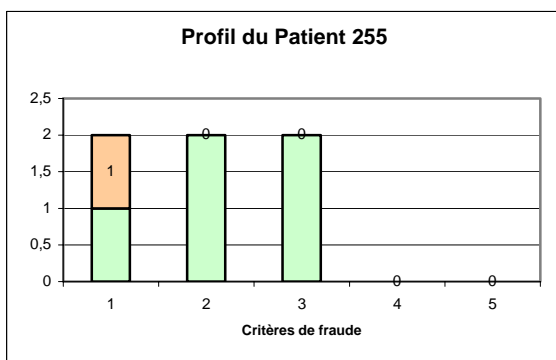
**- Patient 50 (255) :**

Homme de 53 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 12/03, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **lévofloxacine** (Tavanic<sup>®</sup>, ATB, fluoroquinolone, 2+1 boîtes de 5 comprimés à 500 mg ; posologie usuelle : 500 mg à 1g/j) ; celle du 07/09, présentée deux fois le jour même également, a permis l'obtention de **moxifloxacine** (Izilox<sup>®</sup>, ATB, fluoroquinolone, 1+1 boîtes de 7 comprimés à 400 mg ; posologie usuelle : 1 cp/j pendant 7 à 10 jours suivant les indications).

Du fait de l'absence de potentiel de détournement pour ces molécules, il semble qu'il s'agisse d'un complément d'ordonnance. Les quantités délivrées peuvent tout à fait correspondre à une prescription.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patient non convoqué).

### - Patient 51 (464) :

Homme de 42 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

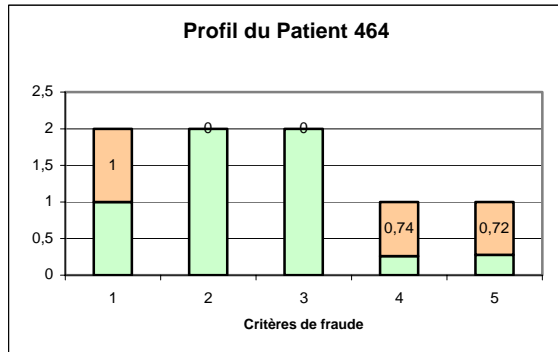
Les deux ordonnances (04/11 et 09/12) ont été présentées deux fois chacune le jour même, et ont permis la délivrance d'**oxazépam** (Séresta<sup>®</sup>, BZD anxiolytique, posologie maximale recommandée : 150 mg/j).

- avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance, 7 boîtes de 20 comprimés à 50 mg dans la première pharmacie et 2 dans la seconde. Posologie calculée pour le mois de novembre : 6 comprimés par jour soit 300 mg/j.

- avec la 2<sup>ème</sup> ordonnance, 10 boîtes de 20 comprimés à 50 mg et 2 de 30 comprimés à 10 mg dans la première pharmacie, et 1 boîte de 20 comprimés à 50 mg dans la seconde. Posologie calculée pour le mois de décembre : 7,3 comprimés à 50 mg et 2 à 10 mg par jour, soit près de 390 mg/j en moyenne.

Les quantités obtenues sont très différentes entre les 2 pharmacies délivrant une même ordonnance, ce qui pourrait indiquer qu'il s'agit d'un complément d'ordonnance. Mais le potentiel de détournement connu de l'oxazépam ainsi que l'importance des quantités obtenues (il y a surconsommation à chaque fois) penchent en faveur de l'hypothèse de la fraude.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (851-1) :

Homme de 42 ans, sous méthadone, connu du Service Médical et déjà convoqué auparavant ; la consommation d'oxazépam est importante (250 mg/j), mais les deux doubles délivrances correspondaient à un complément d'ordonnance. La détection de ce comportement de fraude par le Service Médical a donc été sans suites.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Homme, 42 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	5
Nombre total de pharmacies fréquentées	5
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	51
Nombre total de délivrances sur l'année	58
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	/

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	02/03/05
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Psychose, toxicomanie, hépatite C
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	OUI
Indication médicale initiale du traitement	Toxicomanie

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>NON</b> (complément d'ordonnances)
Conviction du médecin conseil	/
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

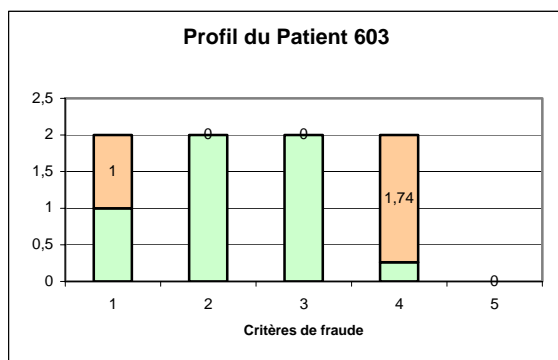
- **Patient 52 (603) :**

Homme de 35 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances, du 20/04 et du 11/07, présentées chacune 2 fois le jour même, ont permis la délivrance de **gluconate de lithium** (Lithioderm<sup>®</sup> gel 8%, traitement local de la dermatite séborrhéique du visage chez l'adulte), à raison de 3+2 tubes de 30 g avec la première ordonnance, 1+2 avec la seconde.

Le gluconate de lithium n'est pas connu pour posséder un potentiel de détournement. De plus, la surface à traiter, que l'on ne connaît pas, conditionne la posologie, donc la quantité délivrée. On peut donc penser ici à un complément d'ordonnance.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical :**

Fiche non disponible (patient non convoqué).

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

Données non disponibles (patient non convoqué).

- **Patient 53 (732) :**

Homme de 28 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

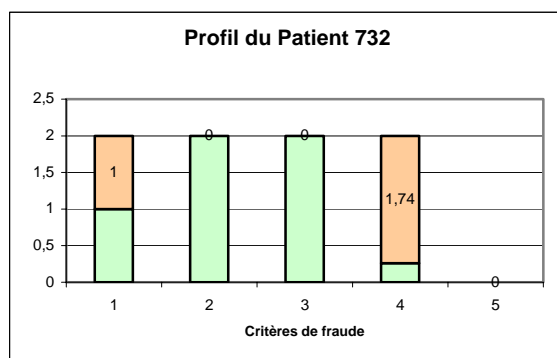
Les deux ordonnances de ce patient ont été présentées le même jour, le 28/09.

Celle du 13/08, présentée 2 fois, a permis la délivrance de deux collyres anti-inflammatoires, l'un à base d'**indométacine** (Indocollyre<sup>®</sup> 0,1%, 2+2 flacons de 5 ml, conservation limitée à 15 jours après ouverture nécessitant la délivrance de 2 flacons par mois) et l'autre à base de **rimexolone** (Vexol<sup>®</sup> 1%, 2+2 flacons de 5 ml, conservation limitée à 4 semaines après ouverture ; posologie très variable en fonction des indications).

Celle du 28/09, présentée deux fois également, a permis l'obtention de **kétoconazole** (Kétoderm<sup>®</sup> 2% gel, antifongique azolé à usage local, unidoses, 3+3 boîtes).

Ces molécules n'ont pas de potentiel de détournement, mais il s'agit peut-être quand même d'une fraude pour obtenir des quantités supérieures à ce qui a été prescrit ; les quantités obtenues, étant à chaque fois les mêmes, ne font pas penser à un complément d'ordonnance.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patient non convoqué).

#### - Patient 54 (839) :

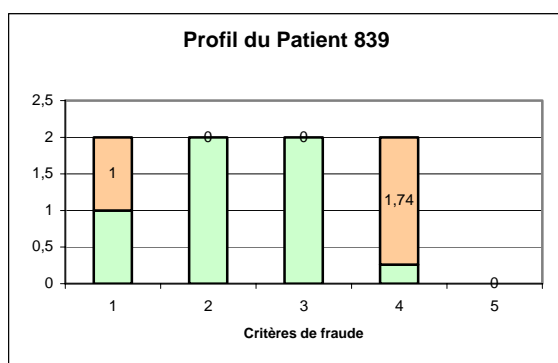
Garçon de 6 ans, 2 prescripteurs (Q = 2), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 17/01, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **dompéridone** (Motilium<sup>®</sup>, anti-émétique antagoniste dopaminergique, et prokinétique, 1+2 flacons de suspension buvable de 200 ml). La posologie recommandée pour un enfant de 6 ans, donc d'environ 20 kg, est de 5 ml 3 fois par jour ; à cette posologie, 3 flacons peuvent donc couvrir 40 jours de traitement.

L'ordonnance du 11/05, présentée deux fois le 27/05, a permis l'obtention de **métoclopramide** (Primpéran<sup>®</sup>, anti-émétique antagoniste dopaminergique, et prokinétique, 1+2 flacons de gouttes buvables de 60 ml, à 2,6 mg/ml). La posologie maximale recommandée est de 0,5 mg/kg/j, soit dans ce cas présent, environ 10 mg/j ; à cette posologie, les 3 flacons délivrés peuvent couvrir environ 45 jours de traitement.

L'âge du patient est un premier élément qui écarte l'hypothèse de la fraude ; de plus, la dompéridone et le métoclopramide n'ont pas de potentiel de détournement connu ; bien que les doses délivrées soient un peu fortes, on peut probablement les attribuer à un complément d'ordonnance. De plus, le poids de l'enfant est peut-être sous-estimé dans nos calculs.

## Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

## Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patient non convoqué).

## Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patient non convoqué).

### - Patient 55 (1107) :

Femme de 55 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances, du 25/02 et du 01/06, présentées le jour même, ont été délivrées chacune deux fois dans leur intégralité. Elles ont ainsi permis l'obtention de :

- **tianeptine** (Stablon<sup>®</sup>, ATD, boîtes de 30 comprimés à 12,5 mg) : 3+3 boîtes pour chaque ordonnance, soit 6 boîtes en février, et 6 en juin. La posologie usuelle est de 12,5 mg, 3 fois par jour ; la posologie calculée atteint le double.

- **zolpidem** (BZD apparentée, hypnotique, boîtes de 14 comprimés à 10 mg) : 2+2 boîtes pour chaque ordonnance, soit 4 boîtes en février et 4 en juin. La posologie usuelle est de 5 à 10 mg/j au coucher, et peut atteindre au maximum 20 mg/j. Pour le mois de février comme pour le mois de juin, le nombre de boîtes délivrées permet de calculer une posologie effective de 20 mg par jour.

- **spironolactone** (diurétique hyperkaliémiant, antialdostérone, boîtes de 30 comprimés à 75 mg) : 2+2 boîtes avec chaque ordonnance, soit 4 boîtes en février et 4 en juin. La posologie maximale recommandée est de 300 mg/j ; il n'y aurait donc pas surconsommation.

- **furosémide** (diurétique hypokaliémiant, diurétique de l'anse, boîtes de 30 comprimés à 40 mg) : 2+2 boîtes avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance, 1+1 boîtes avec la 2<sup>nde</sup>, soit 4 boîtes en février et 2 en juin. La posologie maximale recommandée est de 160 mg/j ; il n'y a donc pas surconsommation, même en février.

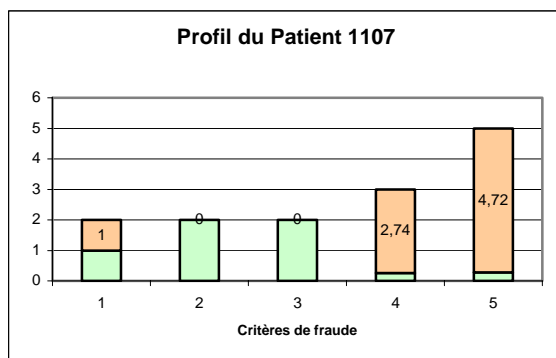
- **acide folique** (Spéciafoldine<sup>®</sup>, antianémique, boîtes de 20 comprimés à 5 mg) : 1+2 boîtes avec la 1<sup>ère</sup> ordonnance, 2+2 boîtes avec la 2<sup>nde</sup>, soit 3 boîtes en février et 4 en juin. La posologie maximale recommandée, de 15 mg/j, n'est dépassée dans aucun cas.

- **fumarate ferreux** (Fumafer<sup>®</sup>, boîtes de 100 comprimés à 66 mg) : 1 boîte à chaque délivrance, soit 2 boîtes en février et 2 en juin. La posologie maximale recommandée est de 200 mg/j, soit 3 comprimés par jour ; une boîte par mois devant suffire, il y a donc dépassement de la posologie maximale, dans l'hypothèse où tout est consommé.

- **esoméprazole** (Inexium<sup>®</sup>, anti-ulcéreux anti-sécrétoire gastrique, inhibiteur de la pompe à protons, boîtes de 28 comprimés à 40 mg) : 1 boîte à chaque délivrance, soit 2 boîtes en février et 2 en juin. Mis à part dans le cas particulier du syndrome de Zollinger-Ellison, où la posologie est doublée, ce médicament se prend à raison de 40 mg/j ; si tout est consommé, il y a donc dépassement de cette posologie maximale.

Pour cette patiente, on peut suspecter la fraude, du fait de la délivrance, en double, de l'intégralité des deux ordonnances, et du fait du potentiel de détournement connu pour la tianeptine, le zolpidem et le furosémide. Il pourrait aussi s'agir d'un trafic de médicaments.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical (441-2) :

Femme de 55 ans, en ALD, contexte d'alcoolisme chronique, cirrhose, et encéphalopathie alcoolique en 2005 ; elle utilisait des copies d'ordonnances pour se procurer du zolpidem et jetait les autres médicaments. La détection de ce comportement de fraude par le Service Médical a été suivie d'un encadrement thérapeutique, d'une action au niveau des professionnels de santé concernés (médecin traitant prévenu), et d'une instruction pour fraude. Pas d'arrêt des prestations compte tenu de l'état clinique et de la nécessité de poursuivre le traitement.

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

- Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation

Sexe, âge	Femme, 55 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	4
Nombre total de pharmacies fréquentées	3
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	31
Nombre total de délivrances sur l'année	38
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	zolpidem : 45 boîtes

- Données issues de la convocation

Date de la convocation	27/04/06
Présent à la convocation	OUI
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Alcoolisme, cirrhose
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Alcoolisme, cirrhose

- Bilan de la convocation

Comportement de fraude	<b>OUI</b> (copies d'ordonnances)
Motivé par	Dépendance
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	Signalement à la CPAM
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	Requête à 6 mois

### - Patient 56 (1163) :

Femme de 51 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 6 délivrances au total (bien que P = 4 ; les 2 ordonnances, présentées ensemble le même jour, et cela à 2 reprises, ont été

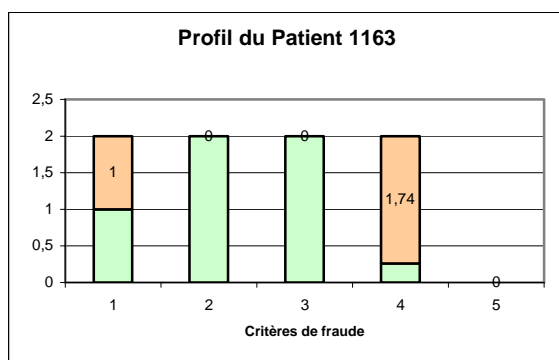
comptabilisées informatiquement comme 2 délivrances et non 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 16/09, présentée 1 fois le jour même et 2 fois le 02/11, a permis la délivrance de **véralipride** (Agréal<sup>®</sup>, inhibiteur non œstrogénique des bouffées de chaleur, boîtes de 20 gélules à 100 mg ; posologie : 1 gélule par jour en cures de 20 jours au maximum), à raison de 2 boîtes le 16/09 et 1+1 le 02/11. On remarque donc un non respect des recommandations (le traitement doit être de courte durée et limité à quelques cures de 20 jours).

L'ordonnance du 22/10, présentée 1 fois le jour même et 2 fois le 02/11, a permis l'obtention de Spasmine<sup>®</sup> (association d'extrait de **valériane** et de poudre d'**aubépine**, spécialité de phytothérapie indiquée dans le traitement symptomatique des états neurotoniques et des troubles mineurs du sommeil, boîtes de 30 comprimés) : 6 boîtes le 22/10, et 2+4 le 02/11 ; le renouvellement de l'ordonnance, un peu prématuré, provoque donc un dépassement de la posologie maximale recommandée, de 6 comprimés par jour.

Les molécules délivrées ne possèdent pas de potentiel de détournement, et bien que la prise d'Agréal<sup>®</sup> ne semble pas suivre les recommandations, et que le renouvellement de l'ordonnance de Spasmine<sup>®</sup> survienne un peu trop tôt, on peut supposer qu'il n'y a pas fraude.

#### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

#### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

#### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

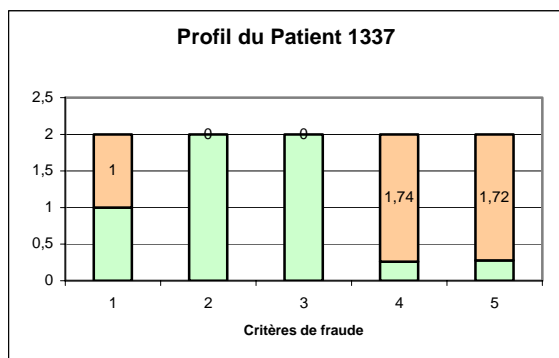
#### - Patient 57 (1337) :

Femme de 43 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

Les deux ordonnances (25/08 et 20/10), présentées chacune deux fois le jour même, ont permis la délivrance de **venlafaxine** (Effexor<sup>®</sup>, ATD, boîtes de 30 comprimés à 50 mg). Dans les deux cas, le patient a obtenu 4 boîtes dans la première pharmacie et 1 dans la seconde, soit une posologie calculée de 250 mg/j. Dans les dépressions, cette molécule est prescrite à raison de 75 mg/j pendant 15 jours, puis si besoin jusqu'à 150 voire 225 mg/j. La posologie calculée, bien que légèrement supérieure à cette dose maximale recommandée, reste donc compatible avec une prescription médicale.

La fraude pourrait être pour cette patiente une hypothèse envisageable, du fait du potentiel de détournement connu de la venlafaxine. Mais les quantités délivrées, très inégales d'une pharmacie à l'autre, font plutôt penser à un complément d'ordonnance ; de plus il ne semble pas y avoir de surconsommation.

**Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

**Compte-rendu du Service Médical (441-3) :**

Femme de 43 ans, dont le comportement de multiprésentation a été attribué un des compléments d'ordonnances, pour obtenir la posologie prescrite (6/j). Après avoir contacté le médecin traitant, le Service Médical a donc classé le dossier sans suites.

**Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

- *Bilan des données de remboursement dont disposait le médecin conseil lors de la convocation*

Sexe, âge	Femme, 43 ans
Nombre de médecins différents sur toute l'année	2
Nombre total de pharmacies fréquentées	2
Nombre maximal de pharmacies différentes vues le même jour	2
Nombre total de prescriptions sur l'année	13
Nombre total de délivrances sur l'année	21
Quantité totale délivrée de chaque médicament surconsommé (ou dont la consommation a alerté)	venlafaxine : 64 boîtes

- *Données issues de la convocation*

Date de la convocation	Patiente non convoquée
Présent à la convocation	
ATCD médicaux particuliers (pathologie)	Trouble bipolaire
Fraude déjà connue	NON
Toxicomanie déjà connue	NON
Indication médicale initiale du traitement	Trouble bipolaire

- *Bilan de la convocation*

Comportement de fraude	<b>NON</b> (complément d'ordonnances)
Conviction du médecin conseil	Certitude
Actions engagées par le Service Médical	/
Actions engagées par la CPAM	/
Suivi éventuel	/

**- Patient 58 (1488) :**

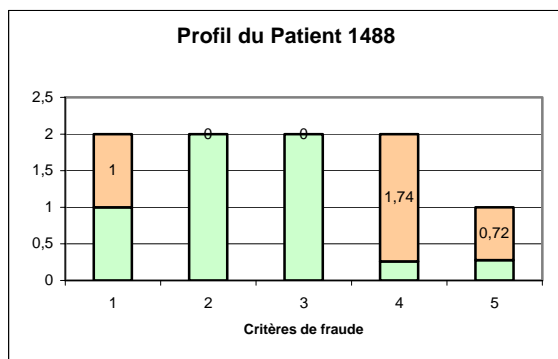
Femme de 37 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 20/06, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **lorazépam** (Témesta<sup>®</sup>, BZD anxiolytique), à raison d'1 boîte de 30 comprimés à 2,5 mg dans une première pharmacie, et 2 boîtes de 30 comprimés à 1 mg dans une seconde. La posologie maximale recommandée, de 7,5 mg/j, n'est donc pas dépassée.

L'ordonnance du 25/07, présentée deux fois le 01/08, a permis l'obtention de **sulfate de magnésium** (Spasmag<sup>®</sup>, 1+2 boîtes de 5 ampoules de 10 ml à 1,2g/10ml, solution injectable ; posologie dans le traitement des hypokaliémies aiguës associées à une hypomagnésémie : perfusion intraveineuse de 6 à 8 g de sulfate de magnésium par 24 heures jusqu'à normalisation de la magnésémie).

Bien que le lorazépam ait un potentiel de détournement connu, l'hypothèse du complément d'ordonnance semble la plus probable, du fait des quantités relativement faibles délivrées. Pour le sulfate de magnésium, qui lui n'est pas connu pour être détourné, cela semble aussi être le cas, la posologie calculée étant inférieure à la posologie maximale recommandée.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

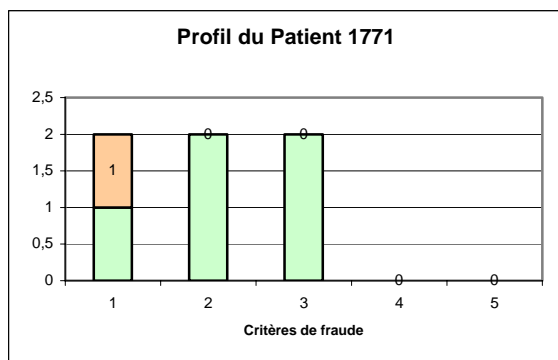
#### - Patient 59 (1771) :

Fille de 6 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 17/10, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **chlorhexidine** (Biseptine<sup>®</sup>, antiseptique externe, 1+1 flacons de 250 ml) ; celle du 24/10, présentée deux fois le jour même également, a permis l'obtention d'**oxacilline** (Bristopen<sup>®</sup>, antibiotique, pénicilline du groupe M, 3+1 flacons de 60 ml à 250 mg / 5 ml ; la posologie maximale pour un enfant de 6 ans, donc d'environ 20 kg, peut atteindre 2 g/j ; les 4 flacons délivrés correspondent à un traitement de 6 jours).

L'âge de la patiente est un premier élément qui écarte l'hypothèse de la fraude ; de plus, la chlorhexidine et l'oxacilline ne possèdent pas de potentiel de détournement, et les quantités délivrées peuvent tout à fait correspondre à une prescription. L'hypothèse du complément d'ordonnance est donc probablement à retenir.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

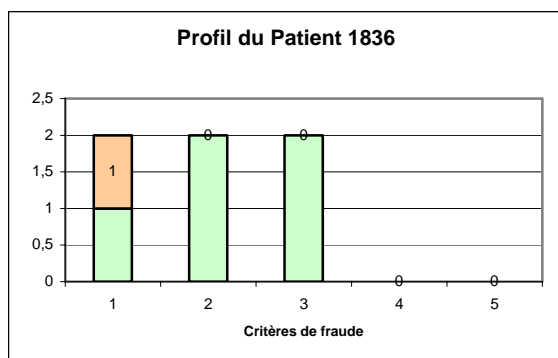
### - Patient 60 (1836) :

Femme de 28 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 04/04, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance de **triclocarban** (Septivon<sup>®</sup>, antiseptique externe, 1+1 flacons de 500 ml) ; celle du 30/05, présentée deux fois le jour même également, a permis l'obtention de Baume Aroma<sup>®</sup> (crème antalgique à base d'essence de girofle, d'huile essentielle de piment de Jamaïque, et de salicylate de méthyle, 1+1 tubes de 50 g), et de **promégestone** (Surgestone<sup>®</sup>, progestatif de synthèse, 1+1 boîtes de 10 comprimés à 0,25 mg ; posologie : 0,125 à 0,500 mg/j du 16<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle).

Du fait de l'absence de potentiel de détournement pour les molécules délivrées, il semble qu'il s'agisse d'un complément d'ordonnance.

### Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### Compte-rendu du Service Médical :

Fiche non disponible (patiente non convoquée).

### Résultats de la demande de données complémentaires par patient :

Données non disponibles (patiente non convoquée).

### - **Patient 61 (2028) :**

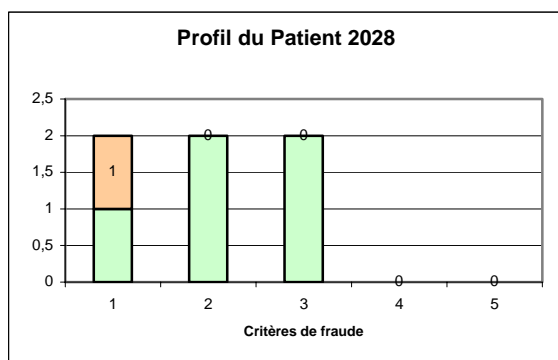
Individu de 30 ans, 1 prescripteur (Q = 1), 2 ordonnances (O = 2), 4 délivrances au total (P = 4), dans 2 pharmacies différentes sur l'année (T = 2), avec un maximum de 2 pharmacies différentes vues le même jour (U = 2).

L'ordonnance du 16/02, présentée 2 fois le jour même, a permis la délivrance d'**insuline** : Lantus 100UI/ml Optiset<sup>®</sup>, insuline retard, solution injectable, boîtes de 5 stylos préremplis de 3 ml, à raison d'1 boîte dans chaque pharmacie ; et Insuman rapid 300UI/3ml Optiset<sup>®</sup>, insuline d'action rapide et brève, solution injectable, boîtes de 5 stylos préremplis de 3 ml, à raison d'1 boîte dans chaque pharmacie.

L'ordonnance du 27/05, présentée deux fois le jour même également, a permis l'obtention de **trétinoïne** (Effederm<sup>®</sup> 0,05%, antiacnéïque, acide rétinoïque), 1 tube de 30 g de crème dans chaque pharmacie.

Du fait de l'absence de potentiel de détournement pour ces molécules, il semble qu'il s'agisse d'un complément d'ordonnance. De plus il est impossible de calculer un dépassement de posologies pour ces médicaments, donc de conclure à une surconsommation.

### **Profil basé sur les 5 critères de détermination de la fraude :**



1. Nombre d'ordonnances multiprésentées au cours de l'année.
2. Nombre moyen de délivrances par ordonnance.
3. Nombre total de pharmacies vues.
4. Nombre de répétitions de l'ordonnance complète.
5. Total des scores associés aux DCI.

### **Compte-rendu du Service Médical :**

Fiche non disponible (patient non convoqué).

### **Résultats de la demande de données complémentaires par patient :**

Données non disponibles (patient non convoqué).

### **Annexe 3 :**

**Fiche de notification d'une pharmacodépendance au CEIP  
(formulaire de « Déclaration obligatoire d'un cas de  
pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une  
substance, plante, médicament ou tout autre produit ayant  
un effet psycho-actif »)**



**Déclaration obligatoire d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou tout autre produit ayant un effet psychoactif mentionné à l'article R.5219-2 du code de la santé publique**

PHARMACODEPENDANCE

Articles R. 5219-1 à R. 5219-15 du code de la santé publique

*Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Le droit d'accès du patient s'exerce auprès du centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance auquel a été notifié le cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave, par l'intermédiaire du praticien déclarant ou de tout médecin déclaré par lui. Le droit d'accès du praticien déclarant s'exerce auprès du centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance auquel a été notifié le cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978.*

DECLARATION A ADRESSER AU : Centre de Pharmacodépendance
CACHET du praticien déclarant

**PATIENT**

Nom (3 premières lettres) ..... Prénom (3 premières lettres) ..... Département de résidence .....

Age réel/estimé ..... ans      Sexe F ~      M ~      Poids       Taille   
(barrer la mention inutile)

Activité professionnelle      Oui ~ (y compris lycéens, étudiants)      Préciser : .....  
Non ~      Préciser : .....

Situation familiale :      Seul ~      Entouré ~      Enfants à charge ~

**Antécédents**

- **Antécédents médicaux, sérologiques, psychiatriques, etc :**
  
- **Antécédents d'abus ou de dépendance :** (préciser antécédents : consommation d'alcool ; tabac ; opiacés ; cannabis ; stimulants ; etc... quantités consommées par jour et ancienneté)

**Description clinique**

(être aussi complète que possible ; détailler le mode d'utilisation, par exemple association systématique à l'alcool, etc.)

**Gravité :**

- ~ Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation
- ~ Incapacité ou invalidité permanente
- ~ Mise en jeu du pronostic vital
- ~ Décès

(Si suivi prévu par un autre médecin, préciser ses coordonnées) :

**Evolution :** (si connue)

- ~ décès, préciser date : .../.../....      et cause :
- ~ hospitalisation, préciser date : .../.../.....
- ~ séquelles, préciser :
- ~ sevrage, préciser date : .../.../....
- ~ autre, préciser : .....

**Médicaments (1) ou autres produits : (consommés actuellement ou arrêtés récemment)**

Nom	Voie d'administration (2)	Posologie (3)	Date de début	Date de fin	Commentaires (4)	Effets recherchés

- (1) y compris traitements de substitution
- (2) préciser voie orale, IV, nasale, inhalation, autre
- (3) préciser posologie ou quantité moyenne par prise, par jour ou par semaine si consommation occasionnelle. Noter si augmentation récente de posologie (6 derniers mois)
- (4) préciser la forme utilisée (aérosol, ampoule, buvard, comprimé, décoction, feuille, graine, poudre, résine, etc.)

**Mode d'obtention :**

~ prescription (motif à préciser) : ..... ~ autre (à préciser) : .....

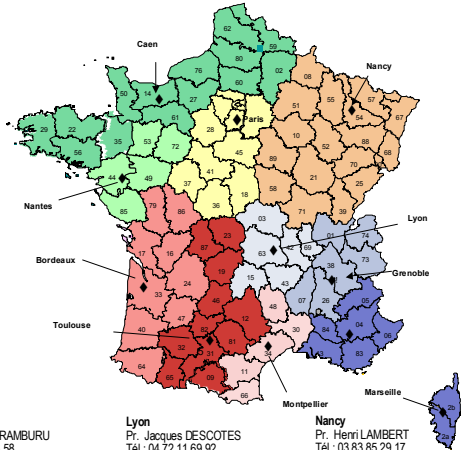
**Dosages, recherche de produits éventuellement consommés :**

Date	Produit recherché	Prélèvement biologique	Résultat

**Tentative(s) antérieures(s) d'arrêt (préciser dates, modalités, évolution) :**

**Commentaires :**

**A qui déclarer**



<p><b>Bordeaux</b> Dr Françoise HARAMBURU Tél : 05 57 57 46 58 Fax : 05 57 57 46 60 francoise.haramburu@pharmaco.u-bordeaux2.fr</p>	<p><b>Lyon</b> Pr. Jacques DESCOTES Tél : 04 72 11 69 92 Fax : 04 72 11 69 95 jacques.descotes@chu-lyon.fr</p>	<p><b>Nancy</b> Pr. Henri LAMBERT Tél : 03 83 85 29 17 Fax : 03 83 85 97 71 cep@chu-nancy.fr</p>
<p><b>Caen</b> Pr Antoine Coquerel Tél : 02 31 06 46 70 Fax : 02 31 06 46 73 cep.nordouest@chu-caen.fr</p>	<p><b>Marseille</b> Pr. Jean Pierre BLAYAC Tél : 04 91 74 50 90 Fax : 04 91 74 50 54 joelyne.arditi@ap-hm.fr</p>	<p><b>Nantes</b> Pr. Pascale JOLLIET Tél : 02 40 08 40 96 Fax : 02 40 08 40 97 pharmacodependance@chu-nantes.fr</p>
<p><b>Grenoble</b> Dr Michel Mallaret Tél : 04 76 76 51 46 Fax : 04 76 76 56 55 pharmacodependance@chu-grenoble.fr</p>	<p><b>Montpellier</b> Pr. Jean Pierre BLAYAC Tél : 04 67 33 67 49 Fax : 04 67 33 67 51 pharmacodependance@chu-montpellier.fr</p>	<p><b>Paris</b> Pr. Sylvain DALLY Tél : 01 40 05 42 66 Fax : 01 40 05 42 67 samira.djezzar@rb.ap-hop-paris.fr</p>
<p><b>Toulouse</b> Dr. Maryse LAPEYRE-MESTRE Tél : 05 62 26 06 90 Fax : 05 61 25 51 16 cep.toulouse@odt.fr</p>		

**Définitions (Article R.5219-1 du Code de la santé publique)**

**Pharmacodépendance** : Ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs **substances psychoactives** devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont le **désir obsessionnel** de se procurer et de prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente ; l'état de dépendance peut aboutir à l'**auto-administration** de ces substances à des doses **produisant des modifications physiques ou comportementales** qui constituent des problèmes de santé publique.

**Abus** : Utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs **substances psychoactives**, ayant des conséquences préjudiciables pour la santé physique ou psychique.

**Pharmacodépendance grave ou abus grave** : pharmacodépendance ou abus léthal ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation

**L'obligation de signalement**

Article R. 5219-13 du code de la santé publique : "Tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme ayant constaté un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou autre produit mentionné à l'article R. 5219-2, en fait la déclaration immédiate, au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté."  
"De même, tout pharmacien ayant eu connaissance d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave de médicament, plante ou autre produit qu'il a délivré, le déclare aussitôt au centre d'évaluation et

**Annexe 4 :**

**Poster du Congrès annuel de la Société Française de Toxicologie, Paris, 23 et 24 octobre 2006 : « Intoxication médicamenteuse chronique : pharmacodépendance ou troubles du comportement ? »**

# INTOXICATION MEDICAMENTEUSE CHRONIQUE : PHARMACODEPENDANCE OU TROUBLES DU COMPORTEMENT ?

Marie GERARDIN-MARAIS\*, Caroline VICTORRI-VIGNEAU\*, Catherine GANIERE-MONTEIL\*\*, Katia LAROOUR\*, Dominique SIMON\*\*\*, Jacques PIVETTE\*\*\*, Pascale JOLLIET\*.\*

\* Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances de Nantes - \*\* Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie, CHU de Nantes - \*\*\* Service Médical de L'Assurance Maladie des Pays de la Loire

## INTRODUCTION

Le réseau français des CEIP (Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances) dispose de différents outils permettant d'évaluer le potentiel de pharmacodépendance des substances psychoactives médicamenteuses ou non. En complément de ces outils, le CEIP de Nantes bénéficie d'un partenariat avec le Service Médical de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire. A partir des fichiers de remboursement, il est possible d'identifier des patients atypiques, présentant une surconsommation importante de médicaments associée à un comportement de fraude.

## MATERIEL ET METHODE

Une requête régionale (Pays de la Loire) a été effectuée sur l'année 2005, afin d'identifier les personnes ayant présenté le même jour la même ordonnance dans plusieurs pharmacies. Les patients ayant eu ce comportement à 3 reprises ou plus dans l'année ont été sélectionnés et convoqués pour une consultation avec un médecin conseil.

Le CEIP et le laboratoire de toxicologie du CHU de Nantes ont analysé les données cliniques de ces patients et proposé des hypothèses sur la toxicologie des molécules dans ces situations particulières de consommation massive chronique.

## RESULTATS

**1 Patients sélectionnés :** 17 personnes : 12 femmes et 5 hommes, âgés de 22 à 68 ans.

**2 Médicaments présents sur les ordonnances :** Différentes classes pharmacologiques sont retrouvées mais la plupart des médicaments en cause sont des psychotropes (voir figure 1).

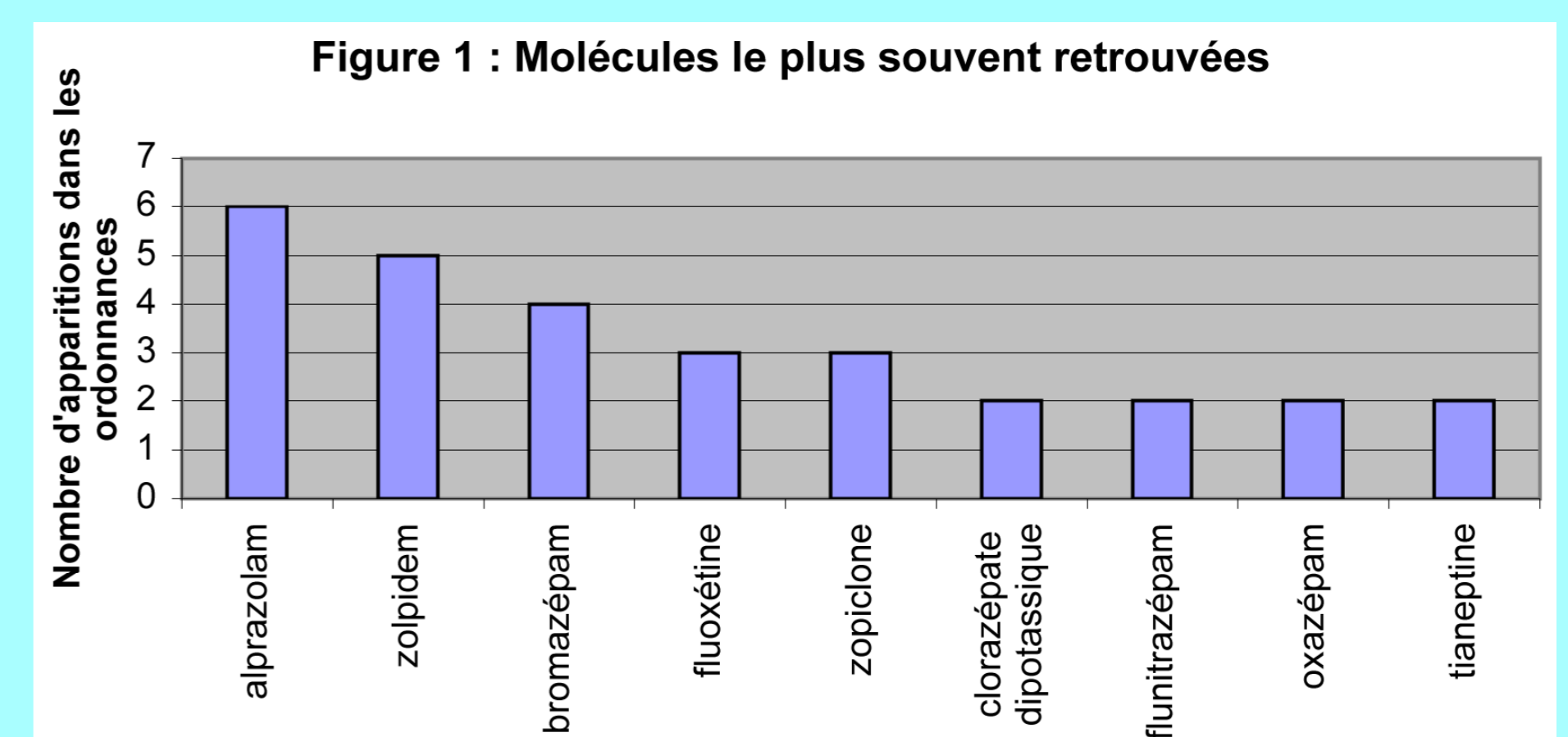
### 3 Comportements identifiés

#### Trafic (3 patients)

sexe et âge	f 44	h 37	f 68
nb médecins en 2005	2	26	6
nb pharmacies en 2005	22	27	4
nb délivrances en 2005	105	351	33
molécules (nb de boîtes en 2005)	bromazépam (179) alprazolam (102) tramadol (84) zolmitriptan (42) dompéridone (53)	flunitrazépam (492)	paracétamol (266) fluoxétine (92) lévothyroxine (27)

#### Surconsommation (14 patients)

sexe et âge	f 27	h 39	f 36	f 43	f 42	f 32	f 51	f 34	f 53	f 42	h 22	h 43	f 40	h 23
nb médecins en 2005	8	19	18	3	11	14	3	65	4	10	31	5	5	6
nb pharmacies en 2005	27	27	16	5	26	47	4	66	4	22	21	43	44	23
nb délivrances en 2005	50	176	70	22	77	57	17	88	39	97	51	119	94	90
molécules (facteur estimé de dépassement de la poso max recommandée)	zolpidem (27) fluoxétine (4)	zopiclone (23) alprazolam (1) paroxétine (2)	nitrazépam (17) zolpidem (?) alprazolam (11)	zopiclone (16) sertraline (1)	zolpidem (12) bromazépam (1)	oxazépam (10) alprazolam (6) zolpidem (5) zopiclone (?)	zolpidem (8) oxazépam (4)	bromazépam (5)	flunitrazépam (4)	alprazolam (3) fluoxétine (3) clorazépate	bromazépam (?) clorazépate (2) alprazolam (3)	tianeptine (18)	tianeptine (17)	nadolol (7)



## DISCUSSION - CONCLUSION

Le critère de sélection choisi a permis d'identifier des patients présentant un comportement de fraude caractérisé par la falsification d'ordonnances et/ou le nomadisme médical. Les médicaments les plus fréquemment en cause (figure 1) sont également présents dans le "top-ten" des médicaments les plus retrouvés en 2005 par l'outil OSIAP des CEIP, qui collige les ordonnances falsifiées.

Trois profils distincts de consommateurs peuvent être dégagés :

**Profil abus/dépendance :** Pour ces patients, les médicaments impliqués dans les ordonnances falsifiées ont été prescrits pour des raisons médicales, la dépendance est donc une conséquence de la prise thérapeutique. Il s'agit d'utilisateurs abusifs de plusieurs médicaments, principalement des benzodiazépines et apparentés, associés dans certains cas à des antidépresseurs de la famille des Inhibiteurs de la Recapture de Sérotonine. Seulement 4/14 patients ont des antécédents de toxicomanie connus, le comportement de fraude détecté par cette requête est une conséquence dommageable de leur état de dépendance.

**Profil trafic :** Il s'agit de patients falsifiant des ordonnances afin de revendre les médicaments. 2/3 de ces patients ont des problèmes de toxicomanie, et les médicaments donnant lieu au trafic ne leur ont pas été prescrits.

**Profils particuliers :** 3 patients présentent un profil particulier : un seul médicament est responsable de l'abus et entraîne un renforcement du comportement de fraude.

- Il s'agit de la **tianeptine** pour 2 patients, sans antécédent de toxicomanie connu et sans autre consommation associée. La tianeptine est, comme l'amineptine (retirée du marché en 2001), un antidépresseur susceptible d'entraîner une véritable addiction du fait de ses effets dopaminergiques. Ces 2 molécules, de structure tricyclique, présentent une grande marge de sécurité en cas de surdosage aigu et une faible cardiotoxicité comparativement aux tricycliques classiques.

- Un autre patient consomme régulièrement 30 cp/j de **nadolol**. La surconsommation serait justifiée non par une pharmacodépendance, mais par une recherche d'anxiolyse à chaque prise, chez un sujet présentant des traits de personnalité anxieuse avec éléments phobiques. Chez ce patient, l'abus de nadolol n'est pas associé à une co-médication synergique ou potentialisatrice qui pourrait majorer la toxicité du bêta-bloquant. Des signes cliniques sont cependant apparus après 6 mois de prise régulière, justifiant une hospitalisation en cardiologie devant un tableau clinique de bradycardie importante. Ce comportement compulsif, proche de l'addiction dans ses critères d'identification, et dirigé vers une substance non psychoactive, s'apparente à une addiction comportementale.

Nous remarquons au travers des cas décrits ici que des sujets peuvent absorber chroniquement des posologies médicamenteuses très supérieures à celles de l'AMM sans pour autant développer des signes patents de toxicité. Pour certaines classes thérapeutiques comme les benzodiazépines, nous retrouvons 2 explications : la pharmacodépendance qui entraîne une tolérance ou la recherche volontaire d'effets psychiques positifs qui remplacent les propriétés pharmacodynamiques classiques.

Dans les profils particuliers, concernant les antidépresseurs, on peut souligner le plus large index thérapeutique de ces molécules permettant chez certains patients un surdosage "asymptomatique". Une variabilité interindividuelle de biotransformation ne peut pas, par ailleurs, être exclue. L'absence d'effet cardiaque grave lors d'un surdosage en bêta-bloquant éliminé par le rein reste sans explication. On peut évoquer la possibilité d'une susceptibilité individuelle pharmacodynamique ou une bonne compensation physiologique, notamment parasymphatique, chez ce sujet jeune (23 ans).

**Nom – Prénoms :** LAROOUR-MÉNIER Katia

**Titre de la Thèse :** Création d'un outil de détection de la fraude par falsification d'ordonnances, à partir des bases de données régionales de l'Assurance Maladie.

---

**Résumé de la Thèse :**

En France, l'évaluation de l'abus et de la pharmacodépendance est réalisée par les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), coordonnés par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Pour mener à bien cette mission, ces centres disposent de différents outils. L'un d'eux consiste à recueillir et étudier les ordonnances falsifiées qui sont détectées par les pharmaciens d'officine. Cependant, cette détection est en pratique difficile, pour plusieurs raisons : la généralisation de l'usage de l'informatique pour prescrire, qui rend facile la création de fausses ordonnances, l'utilisation assez restreinte d'ordonnances sécurisées, qui devaient permettre de limiter la fraude, les vols de plus en plus nombreux de blocs d'ordonnances...

La création, par le CEIP de Nantes, d'un outil original de détection de la fraude par falsification d'ordonnances, à partir des bases de données régionales de remboursement de l'Assurance Maladie, apporte un nouvel éclairage dans l'évaluation de la pharmacodépendance, en permettant une détection *a posteriori* de la fraude : en sélectionnant et en classant des assurés à comportement "suspect", procédant à des présentations multiples d'ordonnances portées au remboursement, cet outil permet de mettre en évidence les médicaments donnant lieu à des abus. De plus, en se dégageant des préjugés que le pharmacien peut avoir face à des médicaments connus pour être détournés, il permet la découverte et le suivi de nouvelles tendances de consommation, non détectées en officine.

Ce travail souligne les intérêts, différents mais complémentaires, de l'Assurance Maladie et du CEIP, dans la lutte contre la fraude et la pharmacodépendance.

---

**Mots clés :**

PHARMACODEPENDANCE, CEIP, ORDONNANCES FALSIFIEES, DETECTION, FRAUDE, ASSURANCE MALADIE.

---

**Jury :**

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie, Nantes  
Membres du jury : Mme Pascale JOLLIET, Professeur de Pharmacologie, Nantes  
Mme Caroline VICTORRI-VIGNEAU, Pharmacien, Nantes  
M. Dominique SIMON, Médecin-conseil, Nantes  
M. Bernard SAUVETRE, Pharmacien, 112 Bd Robert Schuman, Nantes

---

**Adresse de l'auteur :** Katia LAROOUR, 8 rue de Drennec, 29910 TREGUNC