



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Charente-Maritime



**MINISTÈRE
DE LA JUSTICE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La Rochelle, le 19 mai 2026

- DOSSIER DE PRESSE -

LUTTE CONTRE LA FRAUDE

La caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime adapte ses moyens et renforce ses partenariats pour mieux lutter contre les nouvelles typologies de fraude

SOMMAIRE

1. Un résultat record pour la lutte contre les fraudes en 2025 avec 723 M€ de fraudes détectées et stoppées au niveau national, un montant en hausse de 15 % par rapport à l'année précédente.

..... Page 3

2. La lutte contre la fraude à la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime, une priorité, avec près de 5,9 millions d'euros de fraudes détectées et évitées.

..... Page 3

3. La mobilisation des Pôles Interrégionaux d'Enquêteurs Judiciaires pour faire face aux bandes organisées et aux modes opératoires les plus innovants

..... Page 4

4. Innover pour mieux détecter et mieux stopper les fraudes : signature d'une convention entre la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime et les Parquets de La Rochelle et de Saintes

..... Page 6

INVITATION POINT PRESSE

La caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime adapte ses moyens et renforce ses partenariats pour mieux lutter contre les nouvelles typologies de fraude.

Pour réduire les risques de fraudes et éviter de verser des sommes indues, l'Assurance Maladie privilégie les actions et les dispositifs agissant en amont, afin de sécuriser l'ensemble du système de santé. Grâce à cette stratégie préventive, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé, en 2025, 723 millions d'euros (M€) de fraudes.

La caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime fait de la lutte contre la fraude un de ses enjeux majeurs de développement.

La complexité et l'évolution constante des formes de fraudes commises au préjudice de l'Assurance Maladie conduit localement à renforcer la **coopération entre les magistrats du Parquet du tribunal judiciaire de La Rochelle et de Saintes**. À l'occasion de **la signature officielle de la convention** entre les parties prenantes, vous êtes conviés au point presse :



le mardi 19 mai 2026 à 15 h 30,
dans les locaux de la caisse d'assurance maladie
situés 55 rue de Suède, à La Rochelle.

EN PRÉSENCE DE :

- David XARDEL - Directeur général de la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime ;
- Arnaud MÉNAGER - Directeur financier de la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime
- Sophie DEBAS - Procureure adjointe près le Tribunal judiciaire de La Rochelle ;
- Benjamin ALLA - Procureur de la République près le Tribunal judiciaire de Saintes.

ORDRE DU JOUR :

- bilan et perspectives de la lutte contre la fraude en Charente-Maritime ;
- signature officielle de la convention entre la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime et les Parquets de La Rochelle et de Saintes ;
- prises de parole des parties prenantes ;
- réponses à vos questions.

CONTACT PRESSE :



Le secteur Communication de la caisse d'assurance maladie
de la Charente-Maritime
comm.cpam-larochelle@assurance-maladie.fr

Suivez-nous sur nos réseaux sociaux :



Assurance Maladie de la Charente-Maritime



@cpam17.bsky.social

1. Un résultat record pour la lutte contre les fraudes en 2025 avec 723 M€ de fraudes détectées et stoppées au niveau national, un montant en hausse de 15 % par rapport à l'année précédente.

En 2025, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé 723 millions d'euros (M€) de fraudes, un montant en hausse de 15 % par rapport à l'année précédente. Ce résultat, supérieur à l'objectif fixé de 550 M€, reflète la montée en puissance des dispositifs de prévention et de détection, ainsi que l'efficacité des actions engagées. Mais il témoigne également de la nécessité d'une mobilisation continue face à de nouvelles menaces caractérisées par des stratégies d'envergure, déployées par des fraudeurs « professionnalisés ». Dans ce cadre, l'Assurance Maladie agit à tous les niveaux avec un objectif clair : protéger durablement notre système de santé.

2. La lutte contre la fraude à la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime, une priorité, avec près de 5,9 millions d'euros de fraudes détectées et évitées.

En Charente-Maritime, 3 937 497 € de fraudes subies (en hausse de 38 % par rapport à 2024) ont été détectées et 1 986 756 € de fraudes ont été évitées grâce aux actions engagées par les équipes de la caisse d'assurance maladie.

En 2025, le préjudice subi notifié par la caisse d'assurance maladie se décompose de la façon suivante :

- 266 559 € pour les assurés (6.77 %) ;
- 2 873 503 € pour les professionnels de santé (72.98 %) ;
- 797 435 € pour les établissements (20,25 %).

Tout comme au niveau national, l'essentiel des fraudes détectées, en nombre, est le fait d'assurés alors qu'inversement, en montant, les fraudes commises par les professionnels de santé sont plus importantes. Ces fraudes sont donc moins nombreuses mais plus coûteuses.

Quelques chiffres clés :

- **10 agents investigateurs** œuvrent désormais au quotidien au sein de la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime pour lutter contre la fraude. Nos effectifs sont régulièrement renforcés afin de participer au renforcement de notre stratégie de contrôle ;
- **886 signalements internes et externes** reçus et exploités par la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime ;
- **L'ensemble des collaborateurs** sensibilisés et formés à la détection, un enjeu pour tous ;
- **191 suites contentieuses engagées** dont 20 dépôts de plainte en 2025.

Exemple d'une fraude émanant d'un assuré :

Mme P

Dans le cadre de l'étude d'un dossier pour l'indemnisation d'un arrêt de travail, réception de bulletins de salaire de la part d'une assurée, salariée auprès de plusieurs employeurs. Signalement interne de la part du pôle Prestations en espèces : au cours de la période de travail, l'assurée était indemnisée au titre de la maladie.

Investigations menées par la Lutte contre la fraude (LCF) : droit de communication bancaire, interrogation des différents employeurs et audition de l'assurée.

La poursuite d'une activité non autorisée rémunérée a été prouvée au cours de l'arrêt de travail.

Préjudice subi par la CPAM : 16 962.94 €.

Procédure de pénalité financière pour fraude.

Exemple d'une fraude émanant d'un professionnel de santé en ville :

M. E, masseur-kinésithérapeute

Signalement externe d'un assuré qui s'étonne de la durée et la fréquence des séances de kiné facturées à l'un de ses proches.

Analyse des remboursements du masseur-kinésithérapeute (MK), qui apparaît hyperactif au vu de la typologie de sa patientèle et de son contexte d'exercice.

Exploitation des comptes bancaires par la LCF : découverte d'une activité salariée supplémentaire exercée par le MK.

Reconstitution de son agenda d'après l'exhaustivité des actes facturés et des données fournies par son employeur (emploi du temps) qui a permis de déterminer que le temps de travail n'était pas réalisable (journées de plus de 24h d'activité).

Interrogation des structures où le MK intervenait (audition du personnel).

Il a été établi que des séances étaient facturées alors que la durée de prise en charge n'était de l'ordre que de quelques minutes.

Préjudice subi calculé par la caisse primaire : 143 333.24 €.

Concernant le préjudice évité, en 2024, l'essentiel du préjudice avait été enregistré sur les audioprothésistes (1,3 millions d'euros) où l'Assurance Maladie a renforcé drastiquement ses contrôles en amont (contrôle a priori de l'ensemble des facturations sur des audioprothésistes ciblés). Cela a permis de ne plus enregistrer de fraude massive sur cette catégorie en 2025 et de valoriser l'importance des actions de prévention du risque de fraude.

Il est cependant important de préciser que la fraude demeure une exception, ce montant est en effet à ramener à l'ensemble des prestations versées par la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime en 2025, soit plus de 2,4 milliards d'euros.

3. La mobilisation des Pôles Interrégionaux d'Enquêteurs Judiciaires pour faire face aux bandes organisées et aux modes opératoires les plus innovants

Dans un contexte marqué par l'évolution rapide des pratiques frauduleuses, plus complexes et plus organisées, **l'Assurance Maladie mobilise 1 700 agents dédiés, spécialement formés à la lutte contre les fraudes :**

- data-scientists ;
- juristes ;
- agents agréés assermentés ;
- praticiens conseils ;
- et, depuis un an, **60 enquêteurs judiciaires** regroupés au sein des 6 Pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires (PIEJ), avec une double compétence :
 - la détection et l'investigation de dossiers qui nécessitent ces nouveaux pouvoirs d'enquêtes, notamment ceux d'origine « cyber » ;
 - l'appui aux caisses d'assurance maladie rattachées au pôle dans l'investigation de fraudes à enjeux.

LES ENQUÊTEURS JUDICIAIRES : DE NOUVEAUX EXPERTS POUR MUSCLER L'ARSENAL ANTIFRAUDES

LES MISSIONS

- Identifier les mécanismes de fraude et terrains d'escroqueries nouveaux
- Réaliser des actions judiciaires en lien avec les Parquets :
 - Des enquêtes sous pseudo sur les réseaux sociaux, le dark web ou les messageries cryptées
 - Des auditions libres et des procès-verbaux
- Apporter leur expertise aux CPAM sur les dossiers complexes
- Renforcer la coopération avec les forces de l'ordre et la justice



DES AGENTS AUX PROFILS VARIÉS

- Agents de la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie
- Agents expérimentés issus des forces de l'ordre
- Agents issus des autres branches de la Sécurité sociale

LES 4 TYPES DE FRAUDES À ENJEU

- Les fraudes à fort préjudice financier potentiel
- Les fraudes à dimension interrégionale ou nationale
- Les fraudes en bande organisée
- Les fraudes présentant un mode opératoire innovant

Fortement investie sur cette thématique tant au niveau régional qu'au niveau national par sa participation à de nombreux groupes de travail, **la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime fait partie des 6 Pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires choisis et travaille plus particulièrement pour les deux régions Nouvelle-Aquitaine et Occitanie.**

Notre Pôle interrégional d'enquêteurs judiciaires (PIEJ) est composé d'une équipe pluridisciplinaire de 9 enquêteurs judiciaires (pour moitié des anciens officiers de police judiciaire) et 1 data analyst.

En 2025, 10 dossiers à forts enjeux ont été pris en charge d'un point de vue administratif par le PIEJ de La Rochelle et 11 dossiers sont en phase judiciaire. Les mis en cause sont les suivants : 22 assurés, 3 professionnels de santé, 2 transporteurs, 9 employeurs et 1 fournisseur. Pour les dossiers judiciairisés, 8 sont en co-saisine avec les services de police et gendarmerie, 3 autres affaires sont traitées exclusivement par le PIEJ sous l'autorité des parquets compétents.

Nous avons principalement travaillé en 2025 au PIEJ de La Rochelle sur la problématique des faux avis d'arrêt de travail et sur les dossiers coquille vide afin de remonter les têtes de réseau. L'affaire actuellement en cours concerne plus de 250 arrêts de travail pour un préjudice de près de 700 000 € (entre préjudice subi et évité). Afin de mieux lutter contre ce type de fraude, le data analyst du PIEJ a travaillé sur une solution machine learning afin de détecter les sociétés coquilles vides au plus tôt, et si possible avant le paiement des indemnités journalières. Des tests sont actuellement en cours.

C'est une réelle reconnaissance nationale du savoir-faire et de l'engagement de la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime dans la lutte contre la fraude.

La caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime fait de la lutte contre la fraude un de ses enjeux majeurs de développement et est convaincue de l'enjeu stratégique autour de ce pôle.

Pour réduire les risques de fraudes et éviter de verser des sommes indues, l'Assurance Maladie privilégie les actions et les dispositifs agissant en amont, afin de sécuriser l'ensemble du système de santé. **Cette stratégie préventive a ainsi permis d'éviter 286 M€ de fraudes en 2025** et demeure aujourd'hui l'axe prioritaire des actions antifraudes de l'Assurance Maladie.

4. Innover pour mieux détecter et mieux stopper les fraudes : signature d'une convention entre la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime et les Parquets de La Rochelle et de Saintes

Définie à la mi-2023, la stratégie de fermeté de l'Assurance Maladie s'est accentuée, avec une volonté claire de sanctionner les fraudeurs et de dissuader toute tentative de détournement du système, dans laquelle s'inscrit la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime. L'Assurance Maladie s'est adaptée aux nouvelles formes de fraude notamment en développant de nouveaux outils, de nouvelles méthodes et de croisement de données :

- **Un fort investissement dans les systèmes d'information** : ceux-ci permettent de gagner en efficacité, grâce au recours d'outils sophistiqués de type big data pour la détection. Par exemple, via une carte des flux (mapping) permettant de mettre en évidence les liens entre médecins et pharmaciens et assurés, en cas de suspicion de trafic de médicaments.
- **Le développement des services numériques en santé** : ceux-ci permettent de mieux tracer les transactions et faciliter les contrôles. Ainsi, l'ordonnance numérique, rend plus difficile la falsification des prescriptions.
- **Les évolutions juridiques et réglementaires** : une coopération renforcée au fil des ans, l'Assurance Maladie, avec les différents services de l'État, contribue à faire évoluer le cadre juridique existant pour faire progresser les techniques de détection et d'investigation.
- **L'activation de tous les canaux possibles de détection** : via le repérage de données atypiques de dépenses de santé ou de prescriptions comme l'exploitation de signalements d'assurés.
- **Le recours à des task forces**, qui regroupent une équipe nationale et les experts de la lutte contre la fraude de terrain, et qui permettent une organisation du travail plus coordonnée et une plus grande réactivité face aux fraudes à enjeux. En 2021 et 2022, depuis la mise en place de ces task forces, le temps nécessaire aux contrôles dans les centres de santé a été divisé par deux.
- **Les partenariats renforcés avec d'autres acteurs clés** (autres branches de la Sécurité sociale, police et gendarmerie, justice, impôts, etc.). Car tous sont essentiels pour lutter plus efficacement contre les fraudes, notamment face aux fraudes en bande organisée.

La complexité et l'évolution constante des formes de fraudes commises au préjudice de l'Assurance Maladie conduit localement à renforcer la coopération entre les magistrats du Parquet du tribunal judiciaire de La Rochelle et de Saintes.

La présente convention a pour objectif :

- l'amélioration de la constitution des dossiers de fraudes grâce à un échange en bilatéral ou dans le cadre des réunions du CODAF ¹ ;
- la recherche de l'efficacité des poursuites judiciaires en apportant une réponse graduée aux fraudes identifiées ;
- la dissuasion des usagers du système social de transgresser les règles grâce à une collaboration affichée et visiblement efficace.

¹ Comité opérationnel départemental antifraude.