

DOSSIER DE PRESSE

La Rochelle, le 27 mai 2025

LUTTE CONTRE LA FRAUDE : face à la menace, notamment numérique, une riposte collective et des contrôles renforcés.

SOMMAIRE

1. Un résultat record pour la lutte contre les fraudes en 2024 avec un montant total de 628 millions d'euros de préjudice détecté et stoppé au niveau national

..... Page 3

2. La lutte contre la fraude à la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime se renforce avec près de 5,8 millions d'euros de fraudes détectées et évitées, en nette augmentation.

..... Page 4

3. La mise en place de notre pôle interrégional d'enquêteurs judiciaires, pour mieux lutter contre la fraude cyber et la fraude organisée

..... Page 6

INVITATION POINT PRESSE

LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE MALADIE : face à la menace, notamment numérique, une riposte collective et des contrôles renforcés.

La lutte contre la fraude à la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime s'intensifie avec près de 5,8 millions d'euros de fraudes détectées et évitées, en nette augmentation. Le renforcement de nos moyens, de nos stratégies de contrôle et de nos expertises a permis de mieux lutter contre la fraude en 2024.

Cette année, dans le cadre de la lutte contre la fraude, les risques liés au numérique ont représenté un axe fort de mobilisation, notamment via la création de pôles d'enquêteurs disposant de nouveaux pouvoirs : des prérogatives de police judiciaire qui doivent permettre de gagner en rapidité et en efficacité dans la lutte contre les fraudes. La mise en place en Charente-Maritime d'un des pôles Interrégionaux d'enquêteurs judiciaires (PIEJ), œuvrant pour l'ensemble des caisses des régions Nouvelle-Aquitaine et Occitanie, vient renforcer, en 2025, notre capacité à agir sur la cyber fraude et face à la fraude organisée.

David XARDEL, directeur général et Arnaud MÉNAGER, directeur comptable et financier de la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime vous invitent à un point presse :



**le mardi 27 mai 2025 à 10 h 00,
dans les locaux de la caisse d'assurance maladie
situés 55 rue de Suède, à La Rochelle.**

ORDRE DU JOUR :

- **présentation du bilan 2024 de la lutte contre la fraude ;**
- **réponse à vos questions ;**
- **interviews de notre directeur général et notre directeur comptable et financier ;**
- **visite de notre pôle PIEJ et témoignage de l'un de nos enquêteurs.**

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](#)



[@CPAM_17](#)



[@cpam17.bsky.social](#)

1. Un résultat record pour la lutte contre les fraudes en 2024 avec 628 millions d'euros de préjudice détecté et stoppé au niveau national

L'année 2024 est marquée par une progression significative des résultats de la lutte contre les fraudes, avec un montant total de 628 millions d'euros de préjudice détecté et stoppé. Cette augmentation de 35 % par rapport à 2023 illustre l'efficacité croissante de la stratégie et des moyens déployés par l'Assurance Maladie, permettant de dépasser l'objectif fixé en 2024 à 500 millions d'euros. Depuis 2021, les résultats ont ainsi quasiment triplé.

Ce bilan s'accompagne d'une dynamique encore plus marquante : le préjudice évité atteint un niveau sans précédent de 263 millions d'euros, en progression de 55 % en un an.

En effet, une lutte contre les fraudes efficace doit intervenir le plus en amont possible, avant que l'Assurance Maladie ne subisse un préjudice plutôt qu'après sa survenue. C'est l'enjeu prioritaire de notre stratégie : éviter les fraudes en agissant par anticipation.

Le préjudice évité correspond ainsi aux actions menées pour empêcher des paiements indus ou modifier un comportement déviant : ainsi, en 2024, de nombreux contrôles a priori ciblés ont eu pour objectif de stopper les comportements frauduleux avant même les paiements par l'Assurance Maladie et éviter ainsi des dépenses injustifiées. Ces contrôles s'inscrivent ainsi pleinement dans la nouvelle stratégie de contrôle et de lutte contre les fraudes, déployée depuis mi-2022, avec une priorité donnée à la prévention de la fraude.

2. La lutte contre la fraude à la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime se renforce, avec près de 5,8 millions d'euros de fraudes détectées et évitées, en nette augmentation.

En Charente-Maritime, 2 842 151 € de fraudes subies (en hausse de 25 % par rapport à 2023) ont été détectées et 2 989 114 € de fraudes ont été évitées grâce aux actions engagées par les équipes de la caisse d'assurance maladie.

En 2024, le préjudice subi notifié par la caisse d'assurance maladie se décompose de la façon suivante :

- 596 092 € pour les assurés (21 %) ;
- 1 773 857 € pour les professionnels de santé (63 %) ;
- 472 202 € pour les établissements (16 %).

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 clefs :

- 8 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 ;
 - 850 signalements internes et externes reçus et exploités par la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime (ce chiffre prend en compte aussi les signalements traités mais non ouverts) ;
 - 274 suites contentieuses engagées dont 7 actions pénales (= résultat CPG de toutes les suites valorisées en 2024).
- Exemple d'une fraude émanant d'un assuré :

Mme M était en arrêt au titre d'une maladie professionnelle depuis 2019. Son employeur a signalé à la caisse qu'elle avait une autre activité professionnelle. Les investigations menées sur ses comptes bancaires et auprès des partenaires a permis d'établir qu'elle s'était salariée auprès d'autres employeurs durant son arrêt et qu'elle percevait également des revenus en lien avec une activité indépendante. Un préjudice subi de 27 534.25 € lui a été notifié, assorti d'une pénalité financière pour fraude.

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

Un taxi d'un autre département nous transmettait des facturations pour des transports concernant un assuré, vers un établissement situé en région parisienne. Après investigation, notamment auprès des professionnels de santé indiqués comme prescripteurs et de l'assuré qui était renseigné comme transporté, il s'est avéré qu'il s'agissait d'actes fictifs et que les transports n'avaient jamais été réalisés. La caisse d'assurance maladie a donc porté plainte, pour un préjudice qui s'élève à 47 421 € pour facturation d'actes fictifs.

Une infirmière procédait notamment à des modifications sur les prescriptions médicales et nous retrouvions des problématiques d'actes fictifs et de mauvaises cotations sur ses facturations. Le préjudice s'élevait pour la caisse d'assurance maladie à 246 459 €.

Concernant le préjudice évité, l'essentiel du préjudice a été enregistré sur les audioprothésistes (1,3 millions d'euros) où l'Assurance Maladie a renforcé drastiquement ses contrôles en amont (contrôle à priori de l'ensemble des facturations sur des audioprothésistes ciblés).

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 2024, soit plus de 2,4 milliards d'euros (2 461 706 423 € exactement).

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 :

- **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](#), qui va devenir la norme en 2025, va rendre plus difficile la falsification des prescriptions ;
- **les évolutions juridiques et réglementaires** : 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 ;

- **les partenariats renforcés avec d'autres acteurs clés** (autres branches de la Sécurité sociale, police et gendarmerie, justice, impôts...). Car tous sont essentiels pour lutter plus efficacement contre les fraudes, notamment face aux fraudes en bande organisée ;
- **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.

3. La mise en place de notre pôle interrégional d'enquêteurs judiciaires, pour mieux lutter contre la fraude cyber et la fraude organisée

Depuis plusieurs années, il est observé un développement des fraudes à l'Assurance Maladie dont les modes opératoires exploitent Internet et les réseaux sociaux : fausses ordonnances, faux arrêts de travail, faux IBAN, etc.

La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2023 permet d'octroyer des pouvoirs de police judiciaire à des enquêteurs des caisses de Sécurité sociale, incluant des compétences de cyber-enquête.

Ces agents, agréés et assermentés, auront la faculté de participer à des échanges électroniques, y compris avec les personnes susceptibles d'être les auteurs d'infractions (réalisation sous pseudonyme), afin de lutter contre les infractions d'escroquerie, de faux et usage de faux, etc.

La caisse nationale d'assurance maladie a donc créé 6 pôles interrégionaux dotés de 60 collaborateurs, 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.

Fortement investie¹ 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 travaillera pour les 2 régions : Nouvelle-Aquitaine et Occitanie.**

¹ Le directeur de la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime, David XARDEL, est directeur coordonnateur fraudes en Nouvelle-Aquitaine et notre directeur comptable et financier, Arnaud MENAGER est le représentant des directeurs financiers.

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

Notre pôle interrégional d'enquêteurs judiciaires (PIEJ) est composée d'une équipe pluridisciplinaire :

- 9 enquêteurs judiciaires (pour moitié des anciens officiers de police judiciaire) et 1 data analyst dédiés au PIEJ ;
- une compétence sur 2 régions (Nouvelle-Aquitaine et Occitanie).

Nous avons principalement travaillé en 2024 et début 2025 sur la problématique des faux avis d'arrêt de travail et sur un dossier en lien avec une complémentaire ce qui permet de démontrer l'importance de la transversalité en dehors même du périmètre de l'Assurance Maladie.

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.