

## **LUTTE CONTRE LES FRAUDES : En 2024, des résultats records et une mobilisation renforcée**

### **Contacts presse**

#### **Caisse nationale de l'Assurance Maladie**

[presse.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:presse.cnam@assurance-maladie.fr)

Clara Goutaudier - 01 72 60 15 62

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37

Léo Leroy – 01 72 60 19 86

Alice Roznowiez– 01 72 60 22 83

#### **Agence Hopscotch**

[cnam-presse@hopscotch.fr](mailto:cnam-presse@hopscotch.fr)

Sabine Doligé - 0679184279

Manon Cholat-Serpoud - 0670351983

Retrouvez toute notre actualité sur **nos réseaux sociaux** :



# SOMMAIRE

<b>COMMUNIQUÉ DE SYNTHÈSE</b>	P. 3
<b>Partie 1 – Résultats 2024 : un bilan record caractérisé par une forte progression des fraudes évitées</b>	P. 5
a) Des résultats inédits avec un préjudice évité de + 55 % par rapport à 2023	
b) Fraude aux prestations de santé : des profils variés, une lutte intensifiée	
c) Une stratégie contentieuse efficace	
<b>Partie 2 – Face à la menace numérique, une riposte collective et des contrôles renforcés</b>	P. 12
a) S'appuyer sur une expertise humaine et de nouvelles prérogatives d'enquête	
b) De nouveaux outils au service de la détection et de la prévention	
c) La lutte contre les fraudes, une nécessité pour tous d'être mobilisés et vigilants	

# Luttecontrelesfraudes # Préservationdusystèmeedesanté

### **Lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie : davantage d'escroqueries stoppées avant qu'elles ne causent un préjudice financier**

**L'Assurance Maladie présente les résultats de la lutte contre les fraudes menée en 2024. Grâce à une stratégie toujours plus efficace, ce sont 628 millions d'euros de fraudes qui ont été détectées et stoppées, un montant record, en hausse de près de 35 % par rapport à 2023. Fait remarquable, le montant des fraudes évitées est en forte hausse cette année, représentant 263 millions d'euros non détournés grâce à la prévention et aux nouvelles actions de contrôle a priori.**

**Cette progression est le résultat d'une intensification des opérations de surveillance, d'un renforcement des moyens humains et technologiques, mais aussi d'une fermeté croissante face aux fraudeurs. Cette année, 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.**

#### **Plus d'escroqueries évitées, plus de fraudes sanctionnées**

Si la détection des fraudes commises par les professionnels de santé a globalement augmenté (+ 26 % d'évolution sur les résultats, comparé à 2023), le préjudice détecté et stoppé lié aux fraudes aux audioprothèses a bondi, multiplié par plus de cinq en 1 an pour atteindre 115 millions d'euros (contre 21 en 2023). L'Assurance Maladie a durci les sanctions en multipliant les radiations et les refus de conventionnement de centres d'audioprothèses et en engageant des poursuites pénales.

Les centres de santé, toujours sous surveillance, ont fait l'objet de contrôles qui ont permis de détecter 39 millions d'euros de fraudes et ont conduit au déconventionnement de 30 centres, contre 21 en 2023. Les fraudes commises par les assurés représentent également un axe majeur de vigilance, notamment sur les arrêts de travail : les fraudes aux indemnités journalières (IJ) ont grimpé en 2024, représentant 42 millions d'euros contre 17 millions en 2023. L'intensification des contrôles en amont du paiement des arrêts de travail, a permis de bloquer 60 % des montants frauduleux avant leur versement, limitant de ce fait fortement les pertes pour le système de santé.

La politique de fermeté face aux fraudeurs a abouti à une hausse significative des poursuites engagées : près de 20 000 actions contentieuses ont été menées en 2024, soit le double de l'année précédente, parmi lesquelles plus de 8 400 procédures pénales et 7 000 pénalités financières.

#### **Une nouvelle riposte pour combattre les fraudes numériques**

Pour contrer la multiplication des fraudes numériques, 6 unités d'enquêteurs judiciaires composées de 60 agents dotés de compétences en investigation numérique et de prérogatives judiciaires ont été créées. Ces pôles ont le droit d'enquêter sous pseudonyme, d'infiltrer des réseaux frauduleux et d'intervenir le plus en amont possible afin que les services de police ou gendarmerie neutralisent ensuite rapidement ces fraudeurs. Cette approche innovante et pro-active s'appuie sur une collaboration étroite avec les forces de l'ordre et la justice pour mener des enquêtes de grande envergure et traiter les fraudes à fort enjeu financier à dimension inter-régionale, voire nationale.

Dans le même temps, l'Assurance Maladie a déployé de nouveaux outils pour faciliter le repérage des fraudes. Asafo-Pharma, un téléservice à disposition des pharmaciens, leur a déjà permis de signaler plus de 7 300 suspicions de fausses ordonnances depuis son introduction dans les officines en août 2024. Un nouveau dispositif d'authentification des arrêts de travail a également vu le jour : les Cerfa

sécurisés, dont l'utilisation sera obligatoire en juin 2025, ont pour objectif d'endiguer le foisonnement des fraudes aux indemnités journalières.  
Ces avancées marquent un tournant décisif dans la stratégie de lutte contre les fraudes, en garantissant une traçabilité accrue et une réduction drastique des risques de falsification.

## Partie 1 – Résultats 2024 : un bilan record caractérisé par une forte progression des fraudes évitées

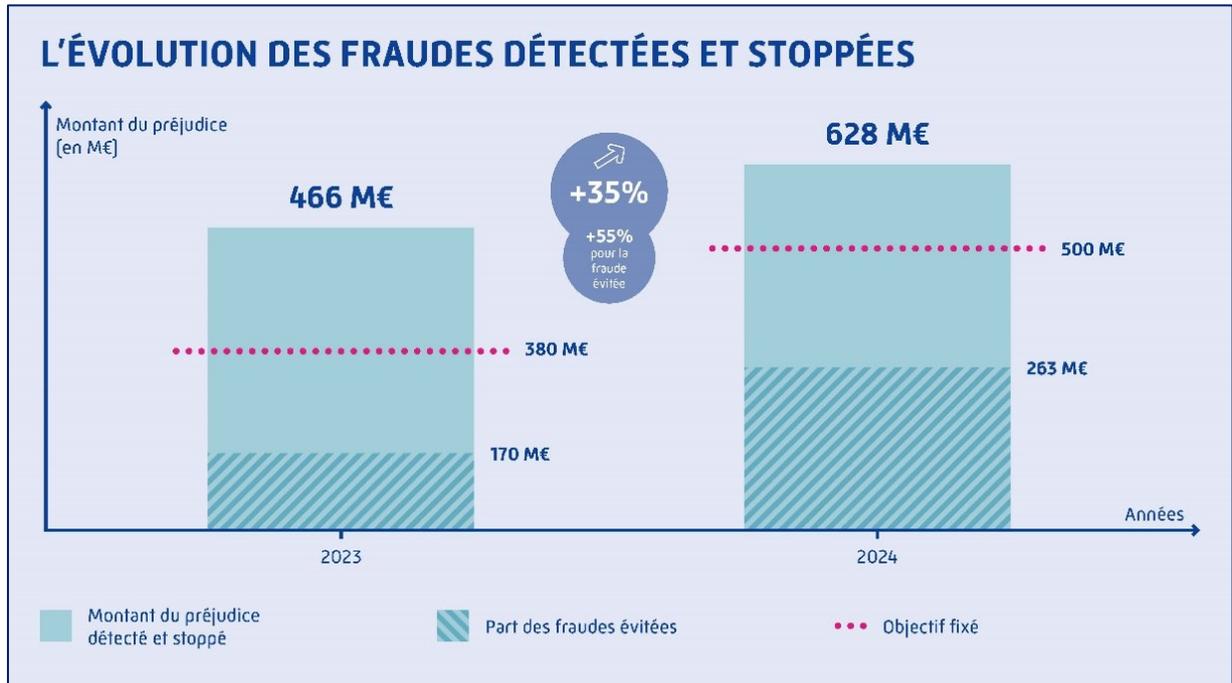
### a) Des résultats inédits avec un préjudice évité de + 55 % par rapport à 2023

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.



## b) Fraudes aux prestations de santé : des profils variés, une lutte intensifiée

Loin des clichés, les fraudes ne se limitent pas aux assurés et aux cartes Vitale. Les fraudes à l'Assurance Maladie sont complexes et protéiformes, mêlant des pratiques isolées et des réseaux organisés.



A l'instar des années précédentes, la **répartition des fraudes par catégories d'acteurs** montre que plus de la moitié des fraudes détectées et stoppées sont commises par des assurés, et ce, pour 18 % des montants, du fait de leur impact financier proportionnellement inférieur aux autres fraudes.

Les fraudes commises par les professionnels de santé, quant à elles, représentent 27 % des fraudes en nombre, mais pour des montants bien plus élevés, soit 68 % du préjudice.

- **Fraudes des assurés : des contrôles ciblés sur les arrêts de travail**

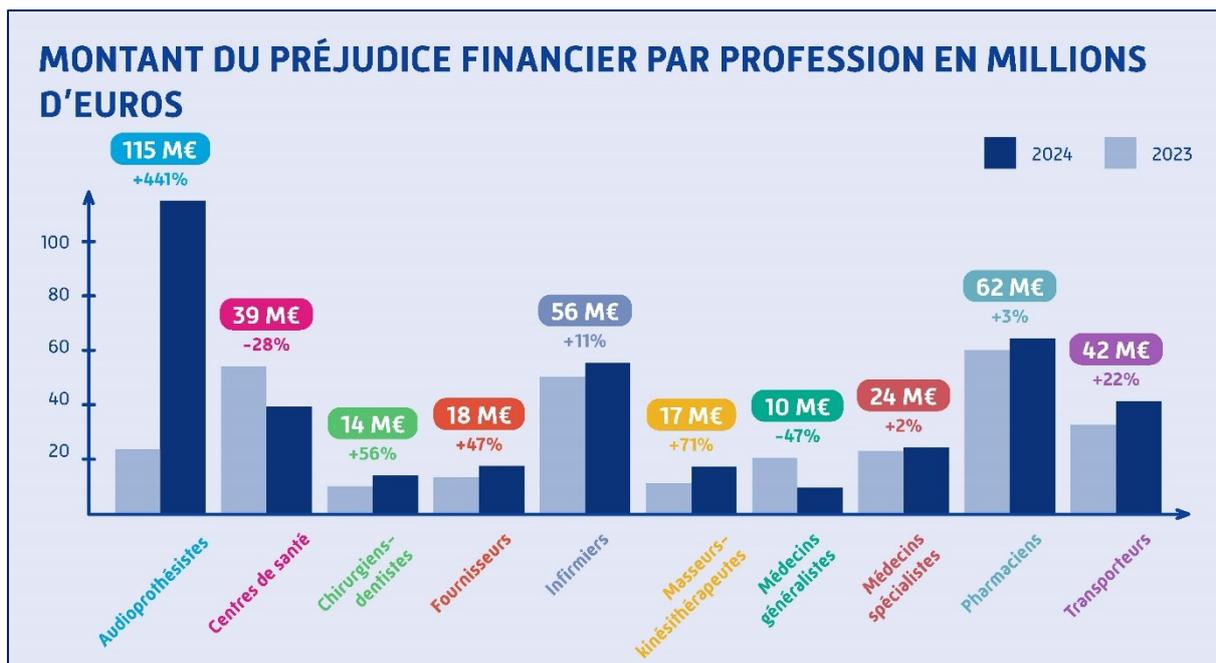
Représentant en 2024 un préjudice détecté et stoppé de près de 109 millions d'euros, les fraudes commises par des assurés demeurent un terrain de mobilisation prioritaire pour l'Assurance Maladie. L'année 2024 est caractérisée par un accroissement significatif des résultats issus des contrôles des fraudes aux arrêts de travail, qui ont permis de détecter et stopper 42 millions d'euros de fraudes (soit 2,4 fois plus qu'en 2023).

Cette hausse s'explique principalement par une **recrudescence des faux arrêts de travail vendus sur les réseaux sociaux**, avec des kits « prêts à l'emploi » composés de faux arrêts – souvent de plusieurs mois – et de faux certificats de travail. L'objectif de ces kits est de détourner directement l'argent public de l'Assurance Maladie et non pas d'obtenir des jours d'arrêts de travail de manière frauduleuse. Ces fraudes ayant été rapidement repérées, des contrôles approfondis et ciblés en amont du paiement des arrêts de travail ont été déployés et renforcés tout au long de l'année. **Les montants détectés au titre des faux arrêts de travail s'élèvent ainsi à près de 30 millions d'euros en 2024**, contre 8 millions d'euros en 2023 :

60 % des montants des fraudes ont pu être stoppés avant le versement des indemnités journalières par l'Assurance Maladie.

Les contrôles approfondis sur les arrêts de travail ont également permis de détecter et stopper 11 millions d'euros de préjudice lié à l'exercice d'une activité non autorisée par le médecin pendant la période.

- **Professionnels de santé en ville : des résultats portés par les actions menées contre les fraudes aux audioprothèses**



La répartition par profession de santé souligne des résultats particulièrement en hausse sur le champ des audioprothésistes, pour lesquels **le préjudice détecté et stoppé est multiplié par plus de cinq en un an et atteint 115 millions d'euros**, contre 21 millions en 2023 (cf encadré). Dans ce montant, plus des **trois quarts des fraudes ont été évités** (88 millions d'euros de préjudice).

Les **résultats de la lutte contre les fraudes commises par des professions de santé ont globalement augmenté pour chaque catégorie**, avec des taux variables. Cela reflète l'efficacité des contrôles renforcés et des actions préventives mises en place. Toutefois, ces fraudes restent limitées à une **minorité d'acteurs**, la très grande majorité des professionnels de santé exerçant leur activité dans le respect des règles.

Les fraudes commises par les infirmiers, dont le préjudice détecté et stoppé s'élève à 56 millions d'euros, relèvent principalement de facturation d'actes non réalisés, de falsification d'ordonnances ou encore de doubles facturations. Quant aux transporteurs, la facturation de transports non réalisés, les surfacturations kilométriques ou encore la falsification d'ordonnances expliquent un montant détecté et stoppé de 41,5 millions d'euros.

- **Fraudes dans les établissements de santé : des contrôles renforcés pour des résultats en hausse**

**L'augmentation des contrôles dans les établissements de soins et médico-sociaux a également produit des résultats significatifs.** L'essentiel de la progression des résultats provient des contrôles sur la double facturation des mêmes soins. En effet, lorsqu'ils sont déjà inclus dans les dotations versées aux Ehpad, HAD et SAD<sup>1</sup> les soins concernés ne peuvent être facturés séparément en soins de ville, au risque de les prendre en charge une seconde fois. Ces contrôles ont permis de détecter et stopper près de **63 millions d'euros** de préjudice financier en 2024, contre **36 millions** en 2023.

**L'Assurance Maladie a également relancé les contrôles liés à la tarification à l'activité (T2A), qui assurent le respect de la tarification des actes par les établissements de soins,** après plusieurs années de suspension liée à la crise sanitaire. L'année 2024 a été consacrée à la réactivation du dispositif, en collaboration avec les agences régionales de santé (ARS), pour définir les priorités nationales et régionales de contrôle, et pour reconstituer les équipes de contrôle grâce à un dispositif de formation important. L'objectif est ainsi de contrôler plus de 30 000 séjours : les premiers déplacements dans les établissements ont commencé début 2025.

#### **Audioprothèses : refus de conventionnement, radiations, pénalités financières et peines de prisons pour empêcher les escrocs de sévir et les punir**

**Les fraudes aux aides auditives s'appuient sur des stratagèmes complexes et variés, mais connus et rapidement détectés par l'Assurance Maladie :** usurpation d'identité d'assurés, facturations fictives, prescriptions frauduleuses, exercice illégal de la profession d'audioprothésiste et entreprises fantômes sans locaux ni personnel qualifié.

Au-delà du préjudice financier, l'impact de ces pratiques est également sanitaire : des aides auditives mal réglées ou non délivrées empêchent les assurés de bénéficier de l'appareillage dont ils ont besoin.

**L'Assurance Maladie s'est donc fortement mobilisée afin de stopper rapidement et fermement ces pratiques, en collaboration étroite avec les représentants de la profession.** L'avenant 1 à la convention des audioprothésistes, signé le 18 octobre 2024, solidifie ce partenariat et renforce les engagements en matière de contrôle et de qualité. Désormais, pour que l'audioprothésiste puisse pratiquer le tiers payant au profit de l'assuré (et donc lui éviter une avance de frais importante), il est obligatoire (à quelques rares exceptions) d'effectuer une facture avec la carte Vitale des assurés. Cela doit éviter des usurpations d'identité. D'ores et déjà, l'impact de l'avenant est visible : le taux de télétransmission avec carte Vitale est passé de 45 % en moyenne sur le dernier trimestre 2024 à plus de 90 % en février 2025.

Le contrôle des **demandes de conventionnement** de nouveaux centres d'audioprothèses a été renforcé : près d'une centaine de dossiers **ont été refusés en 2024** parce que les conditions d'exercice n'étaient pas respectées (absence d'audioprothésiste diplômé et/ou

<sup>1</sup> Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.  
HAD : hospitalisation à domicile.  
SAD : services d'autonomie à domicile.

de local conforme). Cette vigilance accrue a freiné l'implantation de nouveaux acteurs frauduleux.

Le contrôle des facturations en appelant directement les assurés<sup>2</sup> s'est poursuivi tout au long de l'année : en tout, 55 000 factures ont été contrôlées de manière approfondie et plus de 20 000 factures ont été rejetées, pour un montant de plus de 31 millions d'euros de préjudice évité. **Résultat : plus de 3 euros sur 4 de fraudes stoppées avant même qu'elles ne se réalisent, avec 88 millions d'euros évités sur un total de 115 millions détectés et stoppés.**

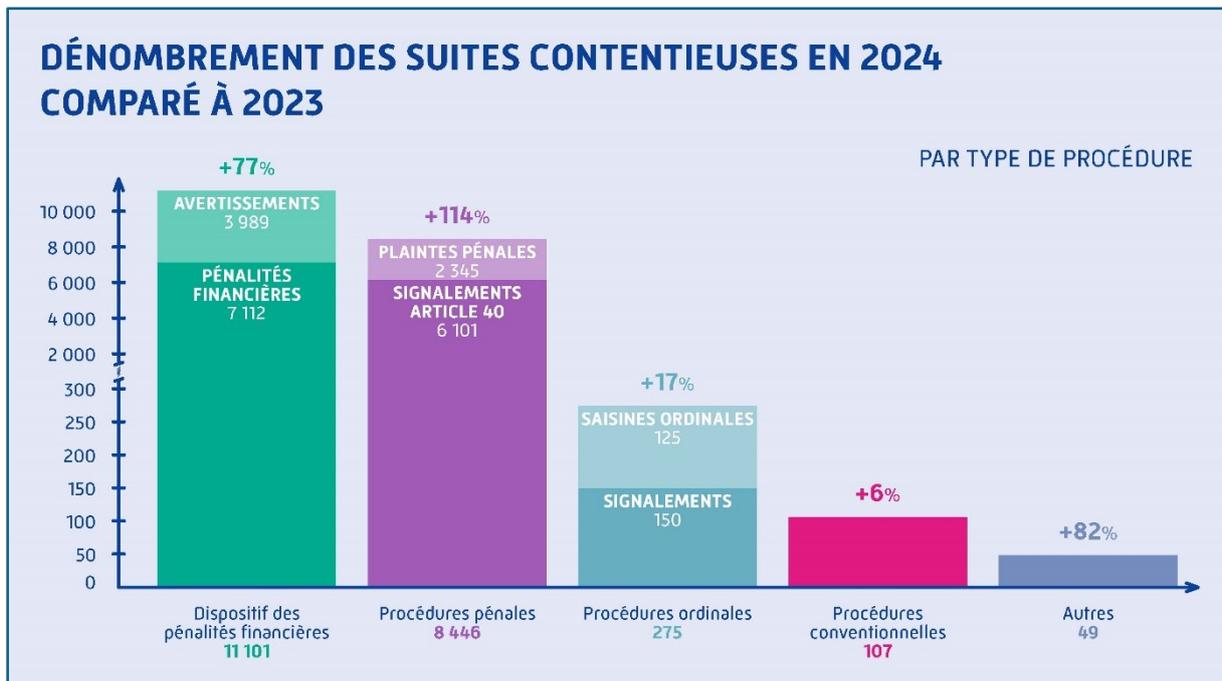
Sur le volet judiciaire, la stratégie contentieuse s'est intensifiée : près de **500 procédures contentieuses** ont été engagées, mêlant **pénalités financières, plaintes pénales et signalements au procureur**. Désormais, les fraudeurs s'exposent à des **interdictions de gestion et des peines de prison**, un tournant décisif dans la lutte contre ces fraudes.

L'impact de toutes ces actions de contrôle et de sanction est déjà palpable : des **fraudes stoppées, des flux financiers coupés, et une dissuasion efficace**.

L'Assurance Maladie continue cette année de perfectionner sa stratégie de détection pour empêcher toujours plus rapidement les escrocs d'agir.

### c) Une stratégie contentieuse efficace

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. Ainsi, en 2024, **20 000 actions contentieuses** (procédures pénales, ordinaires ou conventionnelles, sanctions administratives) ont été engagées, soit le double de l'année précédente.



<sup>2</sup> Stratégie présentée lors de la conférence de presse de l'Assurance Maladie du 5 octobre 2023.

**Au titre des sanctions administratives, l'Assurance Maladie a notifié plus de 7 000 pénalités financières en 2024**, soit le double du nombre de 2023, pour 50 millions d'euros, un montant cumulé également multiplié par deux par rapport à l'année précédente.

Ces pénalités financières ont concerné dans près de 9 cas sur 10 des assurés, et ce principalement en lien avec la détection des faux arrêts de travail.

Outre la hausse du nombre de pénalités, les montants moyens se sont accrus grâce aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 qui renforce l'arsenal répressif. **La pénalité peut désormais atteindre 300 % du préjudice supporté par l'Assurance Maladie.** Ainsi, le montant moyen d'une pénalité est de 4 354 € pour un assuré, soit une augmentation de 82 % par rapport à 2023.

Signes d'une collaboration fructueuse avec les services de police, de gendarmerie et la justice, les procédures pénales arrivent en deuxième position des suites contentieuses les plus engagées. On en dénombre 8 400, un chiffre qui a plus que doublé par rapport à 2023, dont plus de 6 000 signalements article 40 au procureur et près de 2 350 plaintes pénales déposées.

En 2025, **la stratégie sera renforcée avec une surveillance accrue des fraudeurs récidivistes pour lesquels des sanctions plus fortes**, notamment des déconventionnements d'office de professionnels de santé, pourront être appliquées. L'objectif reste inchangé : empêcher durablement le détournement des ressources de la solidarité nationale pour préserver notre système de protection sociale.

## Les centres de santé sous surveillance accrue

En 2024, la lutte contre les fraudes des **centres de santé** est restée une priorité pour l'Assurance Maladie. Ces structures, au nombre de **2 900 en 2024**, ont fait l'objet d'un renforcement des contrôles pour enrayer des dérives de plus en plus sophistiquées, dans la continuité des efforts engagés depuis plusieurs années.

Cette action s'inscrit dans une dynamique forte, avec **plus de 90 millions d'euros de fraudes détectées et stoppées en deux ans**, dont **39 millions en 2024**, et **58 millions d'euros en 2023**.

Certains établissements, davantage guidés par les intérêts financiers que par la délivrance de soins de qualité aux assurés sociaux, ont ainsi facturé des actes médicaux non réalisés ou non nécessaires, souvent en contournant les règles de cotation. Face à cette situation, l'Assurance Maladie a poursuivi la stratégie qui a fait ses preuves depuis 2021 : **contrôler simultanément tous les centres affiliés à un même réseau, grâce à une task force déployée à l'échelle nationale**. Cette approche globale évite les situations dans lesquelles les fraudeurs déplacent leur activité d'un établissement à un autre lorsqu'un contrôle est annoncé. **Désormais, lorsque la fraude est avérée, c'est l'ensemble des centres du réseau qui est visé par des déconventionnements massifs**.

En 2024, **le recours à la procédure de déconventionnement** – qui empêche les centres concernés de facturer des actes remboursables, détournant ainsi une majorité des patients vers des structures où leurs soins sont pris en charge – s'est accentué, avec 30 centres de santé concernés (contre 21 en 2023), dont 25 dans le cadre des task force nationales.

L'Assurance Maladie applique ainsi une **politique de sanction rapide et ferme**, avec quatre leviers d'action :

- a) **récupération des indus et pénalités financières** : les montants fraudés sont récupérés avec des pénalités pouvant atteindre **300 % du préjudice** ;
- b) **déconventionnement** : les centres identifiés comme frauduleux sont exclus du système, limitant leur capacité à poursuivre leurs abus ;
- c) **actions pénales** : en collaboration étroite avec les parquets et l'Office central de lutte contre le travail illégal (**OCLTI**), l'Assurance Maladie agit pour une **saisie rapide des actifs** des fraudeurs et **porte plainte systématiquement** contre les centres de santé en infraction ;
- d) **signalements aux Ordres** des professionnels de centres qui sont repérés pour pratique dangereuse.

## Partie 2 – Face à la menace numérique, une riposte collective et des contrôles renforcés

---

Les **fraudes liées au numérique** prennent de l'ampleur et représentent un défi majeur pour la préservation du **système de santé**. Exploitant les failles technologiques et humaines, des **réseaux organisés** détournent des **ressources essentielles de la solidarité nationale**, mettant en place des mécanismes de fraude toujours plus sophistiqués.

Recrutement via les réseaux sociaux, usurpation d'identité, phishing, création de fausses sociétés et falsification de documents sont devenus leurs principaux leviers d'action, avec des pratiques qui se sont diversifiées et professionnalisées. Par exemple, des individus sont **recrutés en ligne** pour participer à des **trafics de médicaments** ou obtenir des **remboursements frauduleux** contre commission. **Les escroqueries par hameçonnage (phishing)** se perfectionnent, et de **faux SMS et e-mails** imitant **l'Assurance Maladie** circulent, alimentant un **marché clandestin** où ces données sont revendues et réutilisées à des fins frauduleuses.

Certaines **bandes organisées** vont encore plus loin en créant de toutes pièces des **sociétés fictives de soins**, qui facturent des **prestations inexistantes**. En parallèle, la **vente en ligne de documents falsifiés – ordonnances, arrêts maladie** – s'est structurée, facilitant leur diffusion et leur usage abusif.

Face à ces menaces, **l'Assurance Maladie renforce son dispositif de riposte**. La **surveillance numérique est intensifiée**, la **coopération avec les forces de l'ordre consolidée** et la **sensibilisation des assurés accrue**. **L'objectif est clair** : entraver ces nouvelles formes de fraudes, préserver **l'équité d'accès aux soins** et garantir la **pérennité de notre système de protection sociale**.

### a) S'appuyer sur une expertise humaine et de nouvelles prérogatives d'enquête

L'Assurance Maladie a renforcé ses équipes avec une **augmentation de 10 % des effectifs dédiés à la lutte contre les fraudes** depuis 2023. C'est sur **l'engagement et les expertises variées (praticien-conseil, juriste, enquêteur, statisticien)** de plus de **1 600 agents dédiés (contre 1 500 en 2024)** que **l'Assurance Maladie s'appuie dans sa stratégie globale de lutte contre les fraudes**.

Parmi eux, **six pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires (PIEJ)** et **une unité de contrôle et d'investigations des fraudes émergentes (UCIFE)** rattachée à la Cnam ont été créés<sup>3</sup>, dotant les agents agréés et assermentés de **pouvoirs de police judiciaire, dont des pouvoirs de cyberenquête**. Composés au total de **60 agents spécialisés**, incluant des **enquêteurs judiciaires** (dont près de la moitié issue des forces de police ou de gendarmerie), des **statisticiens** et des **managers expérimentés**, les PIEJ disposent de prérogatives pour infiltrer et démanteler les réseaux criminels.

---

<sup>3</sup> Dans le cadre des nouvelles dispositions prévues par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023.

**Les PIEJ sont rattachés à différentes CPAM réparties sur l'ensemble du territoire** (Lille, Paris, Blois, La Rochelle, Grenoble, Marseille), et sont animés par l'UCIFE. Cette organisation interrégionale permet une coordination sur la France entière et des habilitations au niveau national dans les investigations.

**Les PIEJ se concentrent sur les fraudes à fort impact, c'est-à-dire celles qui peuvent causer de lourdes pertes financières, ont une dimension interrégionale ou nationale, sont organisées en bande, ou utilisent un mode opératoire nouveau.** Ils interviendront également pour faire face à la fraude sur les réseaux sociaux et le *dark web*.

## 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

**Le pôle d'enquêteurs de la CPAM de Paris :  
un pôle inter-régional moteur en matière de lutte contre les fraudes**

**Chiffres clés des actions de la CPAM 75 en matière de lutte contre les fraudes en 2024 :**

- 46 agents dédiés (presque le double de 2022), dont 13 au PIEJ
- **1 920 signalements internes et externes reçus et exploités par la CPAM 75**
- **504 suites contentieuses** engagées *dont 158 actions pénales.*
- **38 millions d'euros** de préjudice détecté et stoppé en 2024.
- 13 professionnels de santé déconventionnés depuis 2022.

**Le PIEJ : un pôle moteur dans la lutte contre les fraudes :**

- compétence sur **11 départements** (les 8 départements d'Île-de-France, la Martinique, la Guyane et la Guadeloupe)
- une équipe composée de **11 enquêteurs judiciaires** (dont **4 ex-policiers ou gendarmes**), 1 manager et 1 data-scientist
- **5 dossiers** de fraudes de grande ampleur (fraudes >100 000 € par dossier) déjà en cours de traitement.

**Exemples de dossiers traités par les pôles d'enquêteurs judiciaires**

- **Enquête sur un trafic de fausses ordonnances**

Les services de police ont signalé à l'Assurance Maladie le vol d'ordonnances d'un médecin hospitalier. Des médicaments onéreux (traitements pour le cancer ou la sclérose en plaque notamment) ont ainsi été prescrits et récupérés par plusieurs individus dans différentes pharmacies d'Île-de-France. Plus de 300 000 € de fraudes ont été détectés au total. Les investigations révèlent une fraude en bande organisée avec de possibles reventes sur les réseaux sociaux. Le PIEJ a repéré les utilisateurs des fausses ordonnances, et ainsi surveille les reventes en ligne pour identifier les revendeurs et les signaler aux services de police qui pourront ainsi directement interpellier les individus concernés.

- **Fraude à l'identité**

Les services de la police aux frontières ont détecté de potentielles fausses identités sur la base de cartes d'identité falsifiées. Le PIEJ de Paris a été saisi pour aider la police à détecter de possibles fausses identités ou usurpations d'identité et éviter tout remboursement (soins, médicaments ou arrêts de travail) sur les comptes de ces faux individus. La caisse d'allocations familiales a également contribué aux recherches dans son fichier d'allocataires. Avec ces échanges de fichiers, le PIEJ a également pu retrouver directement les vraies identités de fraudeurs sur la base de recherches sur Internet avec des outils d'investigation dédiés. Les enquêteurs judiciaires prennent ainsi le relais de la police pour apporter leur expertise sur cette typologie de fraudes.

## b) De nouveaux outils au service de la détection et de la prévention

L'Assurance Maladie renforce ses outils pour atteindre un double objectif : prévenir les fraudes et soutenir les professionnels de santé pour garantir des échanges sécurisés et efficaces.

**DEUX NOUVEAUX OUTILS EN CAS DE SUSPICION DE FRAUDES**

**POUR LES ASSURÉS**

**Signalement en ligne de remboursements douteux**

- Un formulaire disponible sur son compte ameli permet de signaler une prise en charge suspecte.
- Un système d'alerte pour notifier les assurés des remboursements effectués au profit d'un tiers et renforcer leur vigilance vis-à-vis des fraudes.

**POUR LES PHARMACIENS**

**ASAFO-Pharma : disponible depuis ameli pro**

Outil à destination des pharmaciens pour :

- signaler et consulter les ordonnances frauduleuses.
- rechercher des signalements par numéro de sécurité sociale.

Chaque signalement entraîne l'envoi automatique d'un mail au médecin prescripteur pour authentifier l'ordonnance.

La mise en commun des données nationales permet à l'Assurance Maladie de repérer plus rapidement les réseaux et les trafics de médicaments.

**TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS REÇUS PAR LES SERVICES DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES**

- **Des nouveaux outils technologiques pour lutter contre les fausses ordonnances**

**En 2024, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé plus de 13 millions d'euros de fraudes (contre 11,5 millions d'euros l'année précédente) liées aux trafics de médicaments et aux fausses ordonnances.** Il s'agit principalement d'ordonnances frauduleuses fabriquées de toutes pièces, d'ordonnances vierges volées ou encore d'ordonnances rédigées par un médecin puis modifiées par les assurés.

Au-delà des cas d'usage personnel, l'Assurance Maladie, en lien avec les services d'enquête et la justice, note **une recrudescence des cas de trafics en bandes organisées qui collectent des médicaments obtenus avec de fausses ordonnances.** Ces dernières sont présentées aux pharmaciens par des assurés recrutés sur les réseaux sociaux. Souvent vulnérables, ils acceptent moyennant rémunération de prendre le risque de se procurer frauduleusement des médicaments qui seront ensuite revendus par les trafiquants, principalement à l'étranger.

Pour faire face à ces trafics, l'Assurance Maladie a renforcé ses dispositifs de contrôle avec **la diffusion à l'été 2024 de l'outil Asafo Pharma (alerte sécurisée aux fausses ordonnances).** Cet outil sécurisé, accessible depuis l'espace professionnel ameli pro et simple d'utilisation, permet aux officines de signaler toute suspicion de fausse ordonnance et à l'Assurance Maladie d'alerter rapidement l'ensemble des pharmacies de France de nouvelles ordonnances frauduleuses.

Depuis fin janvier 2025, Asafo a par ailleurs intégré de nouvelles évolutions afin de faciliter la lutte contre les fausses ordonnances. Il permet désormais de **rechercher directement une ordonnance via le NIR (numéro d'inscription au répertoire) de l'assuré, d'automatiser la vérification en envoyant un mail au médecin prescripteur et de recevoir sa confirmation ou son refus d'authentification.**

Grâce à cet outil, en l'espace de 7 mois depuis le 1<sup>er</sup> aout 2024, **7 300 suspicions de fausses ordonnances** ont déjà été transmises par les pharmaciens aux caisses, et l'Assurance Maladie en a adressé 2 000 aux pharmacies. Dans les trois quarts des cas, les caisses ont confirmé le caractère frauduleux des ordonnances signalées par les pharmaciens.

De par l'ampleur de son réseau, **Asafo permet également à l'Assurance Maladie d'avoir une visibilité nationale sur les fausses ordonnances et les principaux produits faisant l'objet de fraudes. Ainsi, en 2025, avec ses nouveaux enquêteurs judiciaires, l'Assurance maladie pourra mieux identifier les trafics de médicaments sur le territoire, enquêter sur les réseaux sociaux et les messageries cryptées sur lesquelles se développent ces trafics et ainsi identifier les revendeurs pour transmission de ces informations aux services d'enquête et à la justice.**

**Les produits actuellement les plus concernés par des fausses ordonnances sont des antalgiques et les traitements du diabète** (insuline, antidiabétiques, capteurs et lecteurs de glycémie). Les anticancéreux, de par leur prix élevé, sont également souvent concernés par des fausses ordonnances.

Enfin, à terme, **le recours généralisé à l'ordonnance numérique permettra de réduire les risques de faux.** Avec ce système, la prescription est sécurisée, tant pour éviter les erreurs de dispensation que pour empêcher les falsifications. Le QR code présent sur l'ordonnance papier remise au patient permet au pharmacien de consulter la base sécurisée des ordonnances numériques et de vérifier la cohérence entre la prescription enregistrée par le médecin dans la base et les informations figurant sur l'ordonnance remise par le patient. À fin février 2025, 37 000 médecins ont créé au moins une ordonnance numérique et 12 070 officines en ont déjà traité une. 56 millions d'ordonnances numériques ont déjà été créées. À date, 17 logiciels médecins et 8 logiciels pharmaciens sont utilisés.

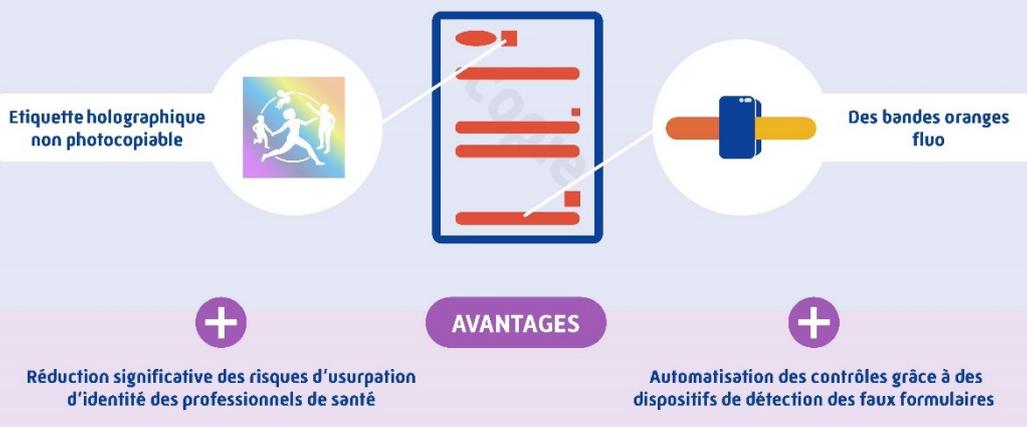
- **Fraude aux arrêts de travail : des documents sécurisés**

**Faux avis d'arrêts de travail, transmission de faux bulletins de salaire ou encore falsification d'arrêts de travail prescrits** sont autant de fraudes traquées par les services de l'Assurance Maladie.

À compter de juillet 2025, **l'utilisation de Cerfa sécurisés deviendra obligatoire pour les envois papier** : dotés de composants de sûreté (hologramme, bande qui change de couleur en cas de photocopie, QR code...), ils permettront de diminuer significativement les possibilités de fraudes.

## LE CERFA SÉCURISÉ : OUTIL CLÉ DE LA LUTTE CONTRE LES ARRÊTS DE TRAVAIL FRAUDULEUX

UN FORMULAIRE COMPRENANT DES ÉLÉMENTS DE SÉCURITÉ POUR LIMITER LES RISQUES DE FAUX



En complément, l'Assurance Maladie **renforce son incitation à l'utilisation de l'arrêt de travail dématérialisé (e-AAT)**, qui représente déjà 79 % des arrêts envoyés. L'e-AAT, télétransmis via le compte amelipro, est aujourd'hui considéré comme **le vecteur le plus sécurisé contre la fraude et l'usurpation d'identité**. La télétransmission offre en effet des conditions de sécurité renforcées et des délais de prise en charge plus courts. Pour ce faire, les professionnels de santé ont été sensibilisés par des messages d'information à l'émergence des fraudes aux arrêts de travail. La convention médicale valorise ainsi le recours à l'e-AAT par le biais du forfait structure, qui deviendra la dotation numérique à compter de 2026.

## E-AAT : LE VECTEUR LE PLUS SÉCURISÉ POUR TRANSMETTRE LES ARRÊTS DE TRAVAIL

### LES AVANTAGES POUR LES MÉDECINS

- + Sécurité renforcée et risque de faux réduit grâce à une transmission directe à la CPAM du patient
- + Une simplicité d'usage depuis leur espace amelipro

### LES AVANTAGES POUR LES ASSURÉS

- + Transmission directe de l'arrêt à leur caisse d'Assurance Maladie
- + Délais de prise en charge réduits



**Lutte contre les abus d'arrêts de travail :**

Le renforcement des contrôles des arrêts de travail par le service médical de l'Assurance Maladie demeure une priorité majeure. En 2024, ce service a réalisé 680 000 actions sur les arrêts de travail (versus 670 000 en 2023).

**Ainsi, l'an dernier, 230 000 contrôles ciblés avec examen médical ont été menés** ; dans 33 % des cas l'arrêt a été jugé médicalement non justifié et suspendu (contre 30 % en 2023). En complément, **450 000 assurés ont fait l'objet d'actions ciblées (contre 410 000 en 2023)** sous forme de **rendez-vous téléphoniques ou physiques** avec un infirmier du service médical ou un conseiller service (CSAM), afin d'évaluer leur situation et d'orienter ceux en difficulté vers des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle.

**c) La lutte contre les fraudes, une nécessité pour tous d'être mobilisés et vigilants**

L'Assurance Maladie renforce également **le rôle des assurés** dans la détection des fraudes. Depuis l'été 2024, **le compte ameli permet aux assurés de signaler les actes suspects**, facilitant ainsi la réaction rapide de l'Assurance Maladie. Ce dispositif sera encore amélioré en 2025 pour le rendre plus intuitif et accessible, en rendant possible pour les assurés de déclarer une suspicion de fraude directement à partir de la liste des paiements de leur compte.

À partir du second semestre, **l'Assurance Maladie alertera directement chaque assuré lors de remboursements effectués pour son compte au profit de professionnels de santé**. En effet, la pratique du tiers payant, qui facilite l'accès aux soins de tous, peut dans le même temps engendrer une moindre vigilance de la part de tous sur les montants pris en charge par la solidarité nationale. L'envoi de mails à échéance régulière permettra ainsi d'informer chaque assuré quand des paiements sont effectués à un tiers en son nom : en cas de suspicion de fraude liée notamment à des prises en charge d'actes ou de soins qui n'ont pas eu lieu, chaque assuré pourra facilement alerter sa CPAM.

**L'Assurance Maladie encourage tous les assurés à une vigilance accrue, notamment par la consultation régulière des relevés de remboursements et le signalement rapide de tout acte qui leur paraît suspect.**