

# Lutte contre les fraudes par la Caf et la CPAM du Cantal

Données et chiffres 2025



**Dossier de presse**  
Juin 2026



**l'Assurance  
Maladie**  
Agir ensemble, protéger chacun

Cantal

## Introduction

*« La Caf et la CPAM du Cantal se sont organisées pour assurer une politique de lutte contre les fraudes efficace afin de préserver notre système de sécurité sociale. »*

### 1 | Des résultats en hausse depuis 4 ans

#### 2 | La Caf du Cantal

- Origines des dossiers
- Motifs de fraudes
- Sanctions prises

#### 3 | La CPAM du Cantal

- Répartition par préjudices
- Acteurs mis en cause
- Les assurés, des acteurs clés
- Des nouveaux leviers pour prévenir et sécuriser notre système

### 4 | Une coopération essentielle entre acteurs

## Contacts presse

### Service communication

04 71 46 57 17

04 71 46 58 13

06 64 72 86 39

06 13 20 33 77

[communication@caf15.caf.fr](mailto:communication@caf15.caf.fr)  
[presse.cpam-cantal@assurance-maladie.fr](mailto:presse.cpam-cantal@assurance-maladie.fr)





## **Des résultats en hausse, renforçant la sécurisation de nos systèmes**



En 2025, la branche Maladie a détecté et stoppé 723 millions d'euros de fraudes, soit une hausse de 15 % par rapport à l'année précédente. La branche Famille a détecté 508 millions d'euros de fraudes, un niveau de détection en augmentation de 13 % par rapport à 2024.

Ces résultats obtenus témoignent de l'efficacité de la stratégie mise en place, notamment le déploiement de dispositifs de prévention, de moyens de détection, et de sanctions renforcées.

Localement, la Caf et la CPAM du Cantal se sont organisées pour assurer une politique de lutte contre les fraudes efficace afin de préserver notre système de sécurité sociale.

**En 2025, la caisse d'allocations familiales du Cantal a versé près de 130 millions d'euros de prestations. Pour la caisse d'assurance maladie du Cantal, ce montant s'élève à près de 594 millions d'euros.**

Sur cette même année, **99 dossiers Caf ont été qualifiés de frauduleux pour un préjudice total de 602 255 €**, soit un préjudice moyen de 6 083 €. Une augmentation du montant de près de 20 % par rapport à 2024.

**Côté CPAM, ce sont 96 dossiers qualifiés de frauduleux pour un préjudice total de 803 511 €.** Un montant en hausse de près de 45 % par rapport à l'an dernier.

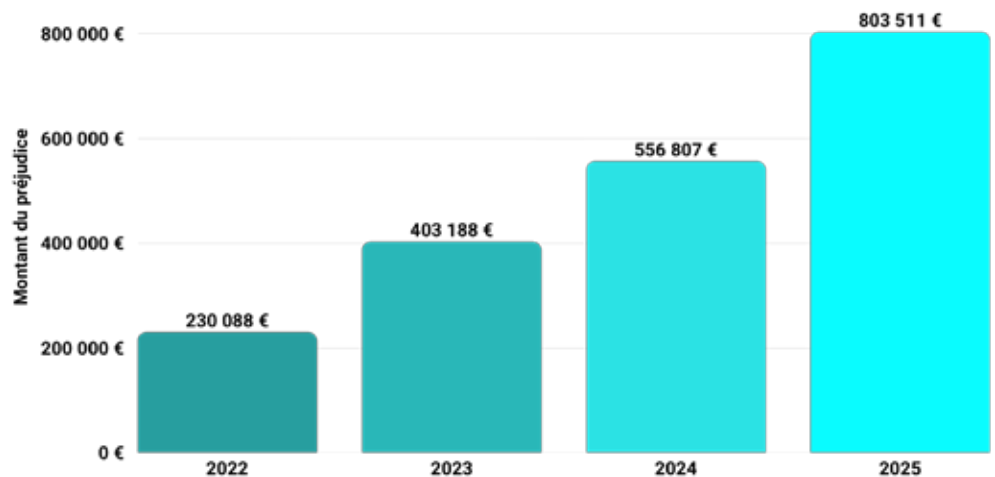
## 1

## Des résultats en hausse depuis 4 ans

**Des résultats en constante augmentation, témoignant de la mobilisation de la Caf et de la CPAM du Cantal pour contrôler la bonne gestion des fonds publics et de lutter contre les fraudes.**

**Un montant de préjudice multiplié par 3,5 depuis 2022 pour la CPAM**

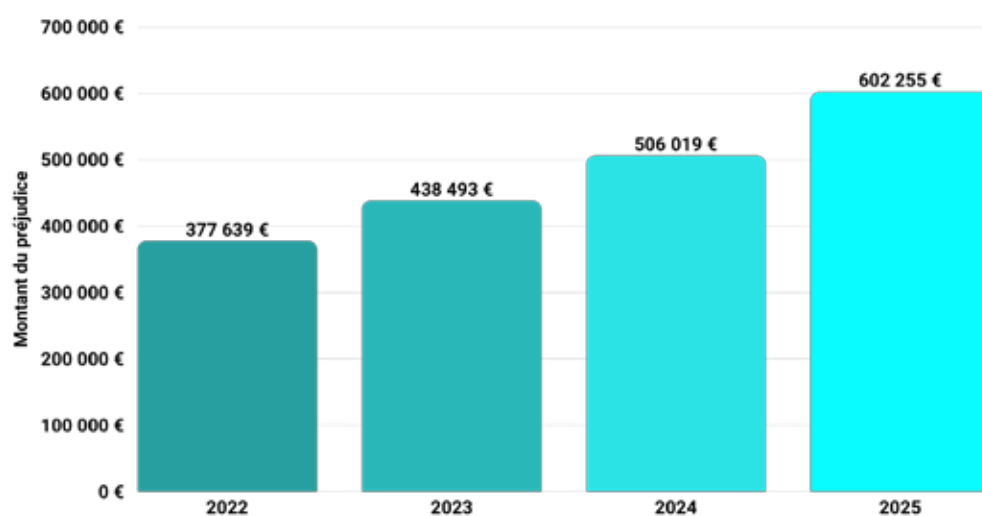
Ces résultats témoignent de l'amélioration constante des dispositifs de prévention et de détection des fraudes et de l'efficacité des actions menées, tout en soulignant la nécessité de poursuivre les efforts face aux défis persistants.



Cette dynamique s'inscrit dans la continuité d'une stratégie renouvelée en sortie de crise sanitaire, dont les effets se confirment année après année. Fondée sur quatre piliers clés (évaluer, prévenir, détecter et contrôler, sanctionner), elle s'appuie sur un renforcement significatif des moyens humains ainsi que sur une organisation optimisée.

## Un montant de préjudice multiplié par 1,5 depuis 2022 pour la Caf

Dans un système largement fondé sur leurs déclarations, la Caf du Cantal doit s'assurer par des contrôles que chaque versement de ces fonds publics correspond aux droits des allocataires.

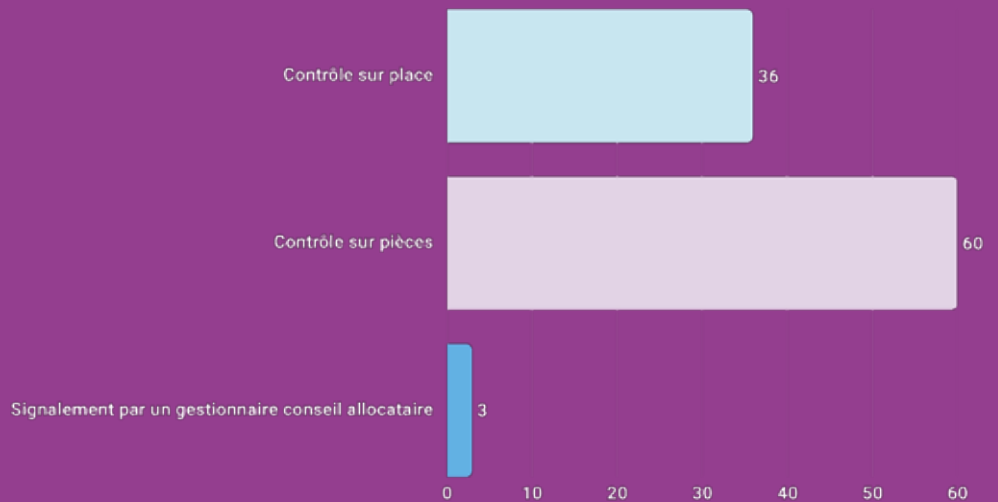


## 2

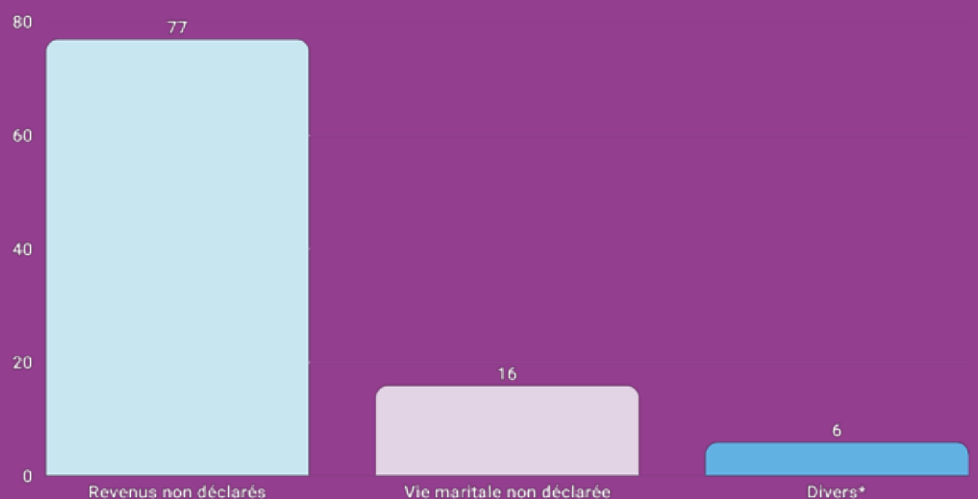
## La Caf du Cantal

En 2025, ce sont donc 99 dossiers (+ 33 par rapport à 2024) qui ont été qualifiés de frauduleux pour un préjudice total de 602 255 € (+ 19,02 % par rapport à 2024), soit un préjudice moyen de 6 083 €.

### Origines des dossiers



### Motifs de la fraude



\*enfants non scolarisés, faux micro-entrepreneur, non-occupation du logement, résidence hors de France, situations professionnelles des enfants non déclarées

## Organisation locale

Les indus sont qualifiés en fraude par décision du directeur de la Caf. En pratique, le pouvoir de décision est délégué en interne à une commission administrative fraude qui se réunit plusieurs fois dans l'année.

Pour que la commission puisse qualifier un indu de frauduleux, il faut **un élément matériel et un élément intentionnel**.

### Un élément matériel

Il y a principalement trois types d'éléments matériels pouvant servir de base à une fraude :

- la fausse déclaration, la déclaration incomplète, ou l'omission de déclaration ;
- le faux et usage de faux ;
- l'escroquerie.

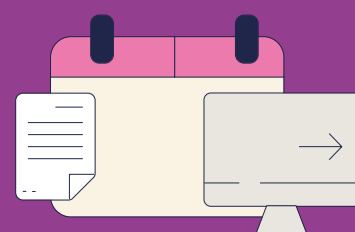
### Un élément intentionnel

Pour qualifier un indu de frauduleux, la Caf doit porter au dossier un faisceau d'indices permettant d'établir que les faits ont été commis sciemment par l'allocataire ou le tiers. Certaines situations établissent d'elles-mêmes l'intention :

- le faux ou l'usage de faux ;
- l'escroquerie a fortiori en bande organisée ;
- la fausse déclaration portant sur des éléments simples tels que la situation de famille, professionnelle, l'adresse, la nationalité, le nombre de personnes à charges.

D'autres cas peuvent faire fortement soupçonner l'intention :

- absence de déclaration de tout ou partie du patrimoine ou des actifs financiers,
- au moins deux déclarations inexactes/non déclarations portant sur les ressources trimestrielles ou annuelles,
- au moins deux omissions ou apposition de mentions inexactes sur les questionnaires adressés par les Caf,
- non déclaration au-delà de six mois d'un changement de situation ayant des conséquences sur les prestations : mariage, reprise du travail.

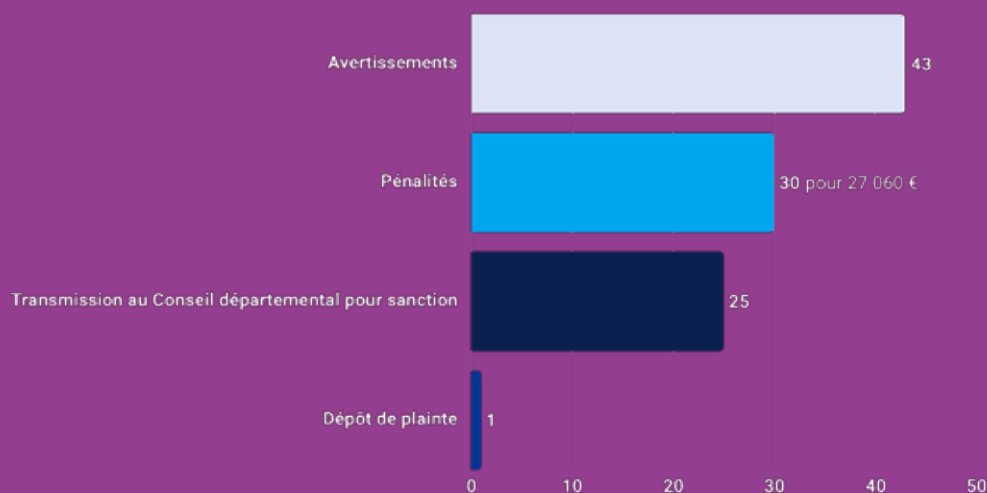


## Application de la prescription en cas de fraude

La prescription biennale s'applique sauf en cas de fraude ou fausse déclaration. L'existence de pénalités en cas de fraude, pouvant être prononcées en dehors de toute décision judiciaire par le directeur de la Caf, conduit à considérer que la Caf a légalement la possibilité d'apprécier la fraude.

De ce fait, la prescription du recouvrement de l'indu et sa détection pourra être portée au-delà de 2 ans, mais limitée à 3 ans, par assimilation au délai de prescription pénale en matière de délits. En cas de fraude particulièrement grave notamment faux et usage de faux et escroquerie, la prescription quinquennale peut être appliquée.

## Sanctions prises



Un simple avertissement peut être prononcé. Il s'agit, dans les cas de fraude les moins graves et lorsque la situation financière de l'allocataire est précaire, de notifier à l'usager que la fraude a été découverte, qu'il n'y a pas de sanction financière, ni de poursuite pénale compte tenu de sa situation, mais qu'en cas de récurrence des sanctions interviendront.

Des pénalités administratives peuvent être décidées (le montant des pénalités est en fonction du montant du préjudice subi par la Caf).

Une plainte peut être déposée, avec constitution de partie civile. Cette action est même obligatoire lorsque le préjudice est supérieur à 8 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 32 040 € en 2025).

Pour rappel, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, dans le cadre du renforcement des actions de lutte contre les abus et les fraudes, la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la Sécurité sociale pour 2023 a introduit, dans son article 100, une modification du code de la Sécurité sociale en vue d'appliquer une majoration des indus de 10 % en cas de fraude avérée aux prestations familiales, aux aides au logement, à l'AAH, à la PPA et au RSA.

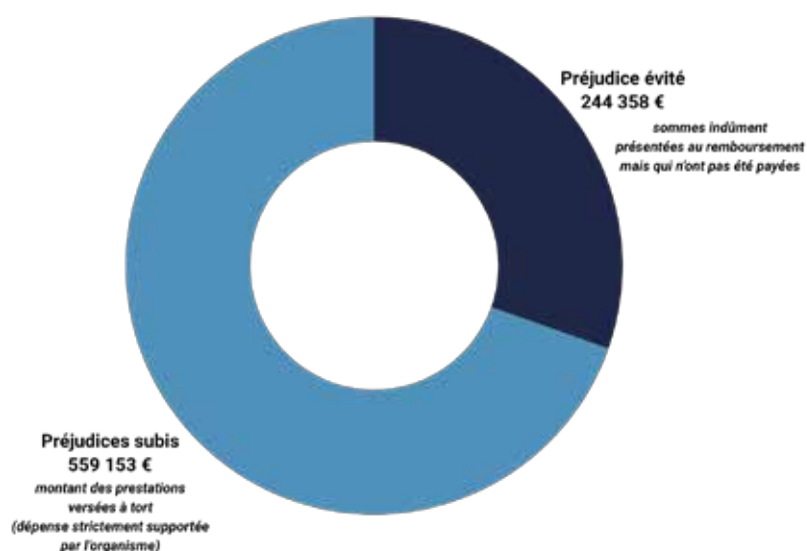


## 3

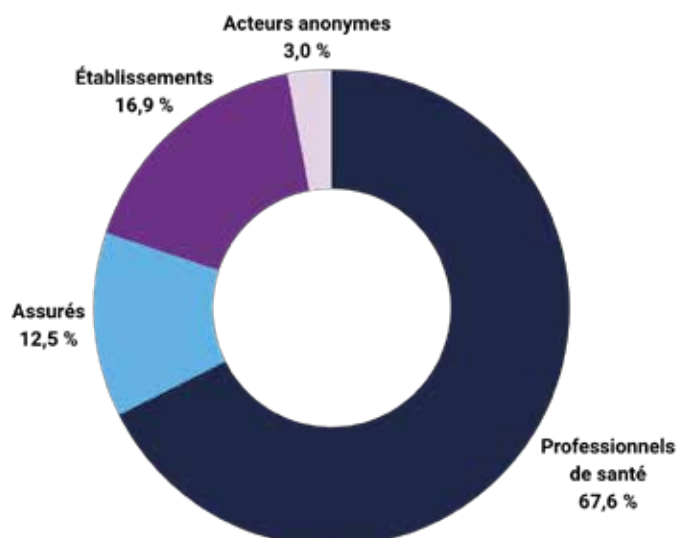
## La CPAM du Cantal

En 2025, ce sont donc 96 dossiers (- 3 par rapport à 2024) qui ont été qualifiés de frauduleux pour un préjudice total de 803 511 € (+ 44,3 % par rapport à 2024).

### Répartition des préjudices



### Acteurs mis en cause



Comme au niveau national, les fraudes commises par les professionnels de santé libéraux (dont les centres de santé) constituent la plus grosse part du préjudice (67,6 %).

Il est toutefois important de rappeler que la fraude demeure le fait d'une minorité. Les montants détectés restent à mettre en perspective avec l'ensemble des prestations versées par la CPAM du Cantal en 2025 (près de 600 millions d'euros).

## Les assurés, des acteurs clés

Dans le cadre de ses missions de lutte contre la fraude et de sécurisation des remboursements de soins, la CPAM du Cantal peut être amenée à vérifier la réalité de soins facturés en sollicitant directement les assurés.

Lorsque les contrôles nécessitent de recueillir un nombre important de témoignages, le dispositif repose sur l'envoi d'un courrier de demande d'informations dans le cadre de l'article 202 du Code de procédure civile relatif aux attestations de témoins.

Les assurés sont alors sollicités pour confirmer ou infirmer la réalisation des soins déclarés. Ils peuvent transmettre leur réponse par mail, par courrier postal ou directement à l'accueil de la caisse.

Ces témoignages constituent des éléments déterminants pour la constitution et l'analyse des dossiers, la participation des assurés étant ainsi essentielle pour garantir la fiabilité des vérifications et renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude.



## Des nouveaux leviers pour prévenir et sécuriser notre système

### Des solutions sécurisées pour verrouiller les risques de fraude

Pour prévenir les fraudes en amont, l'Assurance Maladie déploie des outils sécurisés qui limitent les possibilités de falsification et de détournement. Cette stratégie repose sur la sécurisation des procédures tout au long du parcours de soins.

Sur le champ des arrêts de travail, deux dispositifs complémentaires ont permis de réduire significativement les fraudes :

- le téléservice e-AAT, qui permet aux professionnels de santé de transmettre directement et de manière sécurisée les arrêts de travail à l'Assurance Maladie ;
- Le formulaire Cerfa sécurisé, qui renforce la protection des arrêts de travail papier et empêche leur falsification.

Ces dispositifs sont également renforcés sur le champ des médicaments, avec une même logique de sécurisation, de la prescription à la délivrance :

- L'ordonnance numérique  
Avec ce dispositif, la prescription par le médecin s'appuie sur un logiciel d'aide à la prescription référencé et une base médicaments associée, accessible via l'usage d'une carte sécurisée. Chaque ordonnance est enregistrée dans la base des données e-prescription et dotée d'un QR code véhiculant un identifiant unique de prescription.
- L'ordonnance sécurisée  
Obligatoire pour la délivrance de certains médicaments sensibles, elle repose sur un format sécurisé et des mentions obligatoires rédigées en toutes lettres.
- Asafo-Pharma  
Accessible depuis l'espace professionnel des pharmaciens, cet outil permet de signaler rapidement toute suspicion de fausse ordonnance et de diffuser des alertes à l'ensemble des officines lorsqu'une nouvelle fraude est détectée. D'ici la fin de l'année, il permettra également aux pharmaciens de vérifier si un assuré fait l'objet d'une suspension de prise en charge pour certains médicaments.
- ADAC  
Accessible depuis l'espace professionnel des pharmaciens, cet outil aide à détecter les atypies de consommation pour certaines catégories de produits sensibles. En affichant les quantités déjà remboursées et la date de la dernière délivrance, il permet de repérer des situations inhabituelles et de sécuriser la délivrance des médicaments.

## Des évolutions législatives pour améliorer la lutte contre les fraudes

Le projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales, récemment adopté, vient renforcer l'arsenal juridique à disposition des organismes publics pour lutter plus efficacement contre la fraude et protéger notre système. Il vise à mieux détecter les fraudes, faciliter le recouvrement des indus et renforcer les sanctions à l'encontre des fraudeurs.

Pour l'Assurance Maladie, plusieurs mesures constituent des avancées majeures :

- Le renforcement des échanges de données entre l'Assurance Maladie obligatoire et les organismes complémentaires ;
- L'accès à certaines bases de données de la Direction générale des Finances publiques afin de faciliter les investigations ;
- La sécurisation des facturations de transports sanitaires grâce à l'obligation de géolocalisation des véhicules ;
- La possibilité de prononcer des sanctions financières à l'encontre des employeurs en cas de sous-déclaration des accidents du travail ;
- L'interdiction des sites internet proposant la délivrance d'arrêts de travail sans échange direct avec un médecin ;
- La possibilité de déposer une plainte pénale unique lorsque plusieurs caisses sont victimes d'une même fraude ;
- Le renforcement des dispositifs de recouvrement des indus frauduleux.



# 4 Une coopération entre acteurs essentielle

## Les pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires

Dans un contexte d'évolution rapide de fraudes de plus en plus complexes et organisées, l'Assurance Maladie mobilise, au sein de ses 6 pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires (PIEJ) répartis sur l'ensemble du territoire, des équipes pluridisciplinaires dotées de prérogatives judiciaires renforcées. En lien étroit avec la justice et les forces de l'ordre, elles assurent la détection et le traitement des schémas frauduleux à l'échelle nationale.

La CPAM du Cantal s'appuie sur le PIEJ de Grenoble, couvrant les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté. Près de deux ans après sa mise en place, celui-ci poursuit son déploiement.

Concernant la CPAM du Cantal, le PIEJ de Grenoble a conduit des investigations sur un dossier de fraude aux tests antigéniques (TAG), qui représente à lui seul environ un tiers du préjudice en 2025. Au-delà de l'enjeu financier, ce dossier illustre la valeur ajoutée du PIEJ, permettant le traitement de fraudes aux mécanismes complexes à dimension territoriale étendue.

## Les partenaires locaux

Les comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) ont pour mission de renforcer la coopération entre les services de l'État, de favoriser le partage d'informations et de coordonner des actions de contrôle conjointes.

Dans le département du Cantal, le CODAF est co-présidé par le Préfet et le Procureur de la République. Il rassemble les principaux services de l'État et organismes de protection sociale, dont la CPAM, l'Urssaf, la Caf, la MSA, les forces de l'ordre, les finances publiques et les services de l'emploi.

En contribuant à renforcer la détection et la constitution des dossiers de fraude grâce aux échanges interservices et aux travaux menés en comité, le CODAF participe également à la dissuasion des comportements frauduleux, par la visibilité et la cohérence affichée de la coopération entre organismes et des

suites données aux signalements et contrôles.

Un exemple illustre parfaitement cette coordination : une entreprise de transport sanitaire a fait l'objet d'un signalement à la CPAM par la gendarmerie à la suite d'infractions relevées lors d'un contrôle routier. À l'issue des investigations, le transporteur a été condamné pénalement pour escroquerie, en plus du remboursement des transports frauduleux indûment facturés à la CPAM, ainsi que d'une pénalité financière. Coût total de la fraude pour le mis en cause : 20 625 € (7 000 € de sanction pénale, 5 170 € d'indu et 8 455 € de pénalités).

## **Le service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE)**

Dans un environnement caractérisé par l'émergence de nouveaux risques et par la complexification croissante des mécanismes frauduleux, le SNLFE agit au service et avec le réseau des 101 Caf. En effet, les fraudes détectées sont souvent identifiées initialement par les Caf qui communiquent l'information au SNLFE pour une analyse approfondie. Une fois l'étendue du phénomène caractérisé, les Caf réalisent les contrôles sur les cibles identifiées.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 a introduit un nouveau dispositif qui permet désormais aux contrôleurs nationaux spécialisés du SNLFE d'exercer des prérogatives de police judiciaire. Depuis janvier 2025, et dans le cadre des procédures de commissionnement prévues par les textes, les CNS ont ainsi pu :

- engager des co-saisines avec les services d'enquête, d'initiative ou sur saisine du Parquet ;
- dresser des procès-verbaux transmis directement au procureur de la République ;
- conduire des auditions pénales libres ;
- et, lorsque l'enquête le justifie, diligenter des enquêtes sous pseudonyme.

A titre d'exemple, un signalement du SNLFE a nécessité un contrôle sur place par la Caf du Cantal. Le contrôleur a relevé que l'allocataire n'avait pas signalé à la Caf la totalité de ses revenus depuis 2022 (non-déclaration et minoration de salaires). Le préjudice pour la Caf s'élevait à la somme totale de 19 231 €, dont 12 137 € de RSA. Le dossier a été qualifié de frauduleux et transmis au Conseil départemental pour sanction dans le cadre de la convention entre les deux structures.



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Cantal

Caf et CPAM du Cantal  
15 rue Pierre Marty 15000 Aurillac



Caf du Cantal  
CPAM du Cantal



Caf du Cantal  
CPAM du Cantal  
(Assurance Maladie)



Caf et CPAM du Cantal

