

# UNE ACTION RENFORCÉE ET CIBLÉE CONTRE LA FRAUDE

En 2024, la CPAM de l'Aube a renforcé sa mobilisation contre les fraudes portant atteinte à la solidarité nationale, en cohérence avec la stratégie ambitieuse portée par la COG 2023-2027. Cette action s'inscrit dans une volonté claire de protéger les fonds publics, d'anticiper les risques émergents et de sécuriser les pratiques des acteurs de santé.

Grâce à une intensification des opérations de contrôle et à une vigilance accrue face aux comportements frauduleux, **2 054 668 € de fraudes ont été détectés et stoppés**, représentant une progression de près de 5% par rapport à 2023. En parallèle, **1 067 908 € de fraudes ont été évités** grâce à des actions de prévention et de contrôle renforcées, mises en œuvre en amont des remboursements.

Au total, **314 signalements** ont été reçus, principalement issus des services internes, de partenaires institutionnels, mais aussi des professionnels de santé, assurés et employeurs. **197 signalements ont donné lieu à une investigation**, et **122 ont fait l'objet de suites valorisables**, intégrées dans les résultats de la lutte contre la fraude.

Les contrôles menés, pour certains en lien avec le service médical, ont couvert un large spectre : les soins de ville, les indemnités journalières, les établissements de santé, les pensions d'invalidité, l'aide médicale d'état (AME), etc.

En 2024, la politique de sanctions s'est également intensifiée :

- **75 procédures de pénalités financières** ont été engagées, représentant 265 867 € de montants notifiés ;
- **28 lettres de mise en garde** ont été adressées ;
- **19 procédures pénales** ont été déclenchées.

La CPAM de l'Aube poursuit ainsi une politique volontariste et cohérente, conciliant des mesures préventives, un accompagnement des acteurs et des actions de contrôles, afin de garantir un usage juste et responsable des ressources de l'Assurance Maladie.

## Focus sur...

### la commission des pénalités financières

La commission des pénalités financières est chargée de donner un avis sur les faits relevant d'inobservations des règles du code de la sécurité sociale ou des règles de facturations des professionnels de santé, susceptibles d'entraîner une pénalité financière.

Composée de représentants des assurés et des professionnels de santé, elle s'est réunie à trois reprises (les 23 octobre, 12 et 13 novembre 2024) pour examiner les dossiers susceptibles de sanctions.

## 2 054 668 €

DE FRAUDES  
DÉTECTÉS ET STOPPÉS

## 1 067 908 €

DE FRAUDES  
ÉVITÉS