Option Finance

> 15 juillet 2025 à 9:01

PAYS: FRA
TYPE: web
EAE: €28.44
AUDIENCE: 2091

TYPOLOGIE DU SITE WEB: Finance/Financial Planning and Manageme
VISITES MENSUELLES: 63591.00
JOURNALISTE: Al
URL: tribune-assurance.optionfinance.fr

> Version en ligne

Fraude en assurance santé : les complémentaires à la manœuvre

Alors que la lutte contre la fraude à l'Assurance maladie s'intensifie, les complémentaires santé, malgré un niveau de maturité encore hétérogène, s'emparent, elles aussi, du sujet en déployant des dispositifs et en mettant en place des contrôles ciblés. Elles misent sur une communication efficace pour prévenir et accompagner ces dispositifs, qu'elles considèrent comme un argument commercial différenciant. Pour plus d'efficacité, elles en appellent à une coordination avec l'Assurance maladie.

Alors que la lutte contre la fraude à l'Assurance maladie s'intensifie, les complémentaires santé, malgré un niveau de maturité encore hétérogène, s'emparent, elles aussi, du sujet en déployant des dispositifs et en mettant en place des contrôles ciblés. Elles misent sur une communication efficace pour prévenir et accompagner ces dispositifs, qu'elles considèrent comme un argument commercial différenciant. Pour plus d'efficacité, elles en appellent à une coordination avec l'Assurance maladie.

Alexandre Eby & Morgan Riou, Data Lab, Galea & Associés

En matière de lutte contre la fraude en santé, 2024 a marqué une avancée majeure pour l'Assurance maladie : 628 M€ détectés et stoppés (+35 % par rapport à 2023), dont 263 M€ avant même leur versement, ce qui traduit à la fois l'ampleur croissante du phénomène et l'efficacité renforcée des dispositifs de contrôle mis en œuvre.

Cette dynamique repose sur la combinaison d'actions ciblées – contrôles intensifiés, outils numériques et investigation des réseaux sociaux, brigades spécialisées, sanctions durcies, notamment déconventionnement – soutenues par une orientation affirmée en faveur d'une

Tous droits de reproduction réservés.

tolérance zéro. Elle souligne aussi l'enjeu stratégique que représente la lutte contre la fraude pour la soutenabilité du système dans son ensemble.

Les fraudes détectées impliquent les assurés, mais également les professionnels de santé et les établissements de soins. L'analyse de la répartition de ces fraudes montre que les professionnels de santé et les établissements de soins, bien que n'étant concernés que par un peu plus d'un quart des cas recensés, concentrent près de 70 % des préjudices financiers. Les principales professions responsables des fraudes détectées sont les audioprothésistes, les pharmaciens, les infirmiers, les transporteurs et les centres de santé. Les points de vigilances identifiés concernent notamment les arrêts de travail (avec l'émergence de nouvelles méthodes de faux certificats vendus en ligne), les audioprothèses (dont les montants de fraudes identifiées ont été multipliés par cinq en un an), et le trafic de médicaments (antidouleurs, traitements du diabète et anticancéreux). À l'inverse, les assurés sont responsables de la moitié des situations détectées mais ne représentent que 18 % des montants.

La fraude étant l'affaire de tous, l'Assurance maladie a mis en place des canaux privilégiés pour permettre une meilleure coopération avec les assurés ou encore les pharmaciens afin de signaler les suspicions et remboursements anormaux, la généralisation du tiers payant facilitant la fraude. Or, si les efforts de contrôle ciblent prioritairement les actes remboursés en partie par le régime obligatoire, les assureurs complémentaires sont également exposés à ce phénomène sur des actes non remboursés par le régime de base.

Une fraude aidée par les outils numériques

En matière d'assurance santé et prévoyance, le montant des fraudes est estimé entre 5 et 7 % des prestations par l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa). Les typologies de fraude sont diverses : actes fictifs ou redondants, ordonnances et devis falsifiés, collusions autour du tiers payant ou des mesures réglementaires de type 100 % santé garantissant un reste à charge nul, ou encore arrêts maladie injustifiés. À côté des fraudes ponctuelles, des pratiques plus sophistiquées, voire organisées, se mettent en place : certains fraudeurs développent des mécanismes industrialisés, exploitant les zones grises du système de remboursement, avec des stratégies pouvant être adaptées à chaque assureur.

Le recours aux réseaux sociaux s'est structuré, notamment pour l'usurpation d'identité, le phishing ou le trafic de documents médicaux (arrêts de travail, ordonnances ou devis). Ces fraudes concernent les assurés comme les professionnels de santé et s'appuient sur des canaux, tels que Snapchat ou Telegram, pour diffuser les pratiques frauduleuses au plus grand nombre, en jouant sur l'appât du gain « facile et rapide ».

Tous droits de reproduction réservés.

Des actions ciblées avant paiements

À leur échelle, certaines complémentaires santé constatent qu'une détection efficace peut entraîner une baisse des coûts de sinistralité dans une fourchette assez large, comprise entre 1 et 5 %. Cette prise de conscience ne peut que renforcer l'intérêt stratégique de ces démarches mais reflète également les écarts de maturité entre acteurs. Plusieurs d'entre eux ont déjà engagé des démarches structurées, avec des résultats concrets et des retours sur investissement relativement rapides. Le recouvrement des indus de prestations, en cas de détection de la fraude après paiement, étant mission impossible, l'objectif prioritaire est d'optimiser la détection en amont du paiement : l'enjeu est de bloquer les paiements associés aux suspicions de fraude afin de lancer des investigations complémentaires tout en limitant les délais de vérification, puisqu'il faut aussi maintenir la réactivité, la compétitivité et l'attractivité de l'assureur.

Pour ce faire, l'identification de scénarios de fraude récurrents, à la liquidation ou à la souscription, a permis à un certain nombre d'acteurs de mettre en place des contrôles permanents. Ces actions ciblées à fort impact se basent sur des schémas de fraude, mis à jour régulièrement en fonction des tendances, et/ou de l'utilisation de modèles d'IA pour la détection d'atypismes et de documents falsifiés. Par ailleurs, de nombreux assureurs allouent également des moyens importants à des cellules spécialisées composées d'experts en fraude, de gestionnaires augmentés, de médecins-conseils et d'experts médicaux. Ils forment également régulièrement leurs équipes aux évolutions réglementaires, à la fraude documentaire ou encore à l'analyse des devis dentaires, optiques et auditifs. Ces initiatives s'accompagnent nécessairement d'une veille numérique active. De leur côté, les adhérents de l'Alfa partagent aussi, via des circulaires, bon nombre d'informations sur les fraudes avérées au sein du réseau.

Organismes assureurs : des situations hétérogènes

Parallèlement, l'alliance avec des partenaires externes, dotés d'outils de lutte contre la fraude éprouvés et souvent renforcés par l'IA, s'avère cruciale : en témoignent les partenariats tissés par les réseaux de soins (Almerys avec HD Control, Itelis avec IT Control, Santéclair avec son offre Lutte Anti-Fraude...), les prestataires de tiers payant, les éditeurs de logiciels de gestion (Assia et son partenariat technologique avec l'Alfa), ainsi que la présence de fournisseurs spécialisés comme Shift Technology, acteur majeur de la détection de fraude par l'IA, ou Basylic, spécialisé dans la détection de fraude documentaire.

Ces décisions s'inscrivent dans une stratégie globale de gestion des risques dans laquelle le risque de fraude santé est intégré à la cartographie de l'entité, parfois en tant que risque majeur permettant une remontée en conseil d'administration, un suivi particulier en comité

Tous droits de reproduction réservés.

d'audit, ainsi que sa prise en compte dans l'évaluation du besoin global de solvabilité dans le cadre de l'ORSA.

Si certains organismes assureurs se sont dotés de services dédiés formés à la détection de fraude et d'outils de data science et intelligence artificielle, d'autres s'appuient encore essentiellement sur des traitements manuels et des contrôles a posteriori des remboursements. Malgré des indicateurs de performance et des retours sur investissement rapidement encourageants pour les structures engagées, certains acteurs demeurent en retrait — parfois par manque de moyens, mais aussi, plus préoccupant, à cause d'une sous-estimation de l'exposition réelle de leur portefeuille. On observe également, chez certains acteurs ayant recours à la délégation de gestion, une tendance à transférer cette responsabilité au gestionnaire.

Intégrer les enjeux de fraude et de déperdition dans les indicateurs de performance des organismes, au même titre que la qualité de service ou la satisfaction client, permet de mieux piloter l'efficience des prestations, d'objectiver les efforts de maîtrise des coûts et de structurer une culture interne de gestion des risques, indispensable à la soutenabilité économique des contrats. L'objectif est clair : faire de la gestion du risque un pilier de gouvernance, au service de la soutenabilité du modèle.

Les outils techniques ne suffisent pas sans une communication claire. En interne, elle diffuse la culture du risque et assure une bonne circulation de l'information entre tous les acteurs. En externe, elle renforce la prévention et la dissuasion. De plus en plus d'organismes valorisent leur engagement antifraude dans leur communication client, renforçant ainsi confiance et transparence.

Un besoin de coopération renforcée avec l'Assurance maladie

Un des obstacles majeurs à une réponse coordonnée entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les complémentaires réside dans l'absence de cadre juridique clair pour le partage d'informations. Pourtant, les fraudes les plus complexes se nichent souvent dans les interstices entre les deux régimes : chevauchements de remboursements, incohérences dans le tiers payant, fausses déclarations croisées, professionnels de santé suspects.

Une proposition de loi, déposée en mai 2025 et reprenant les mesures d'abord censurées par le Conseil constitutionnel dans le cadre de la LFSS 2025, a pour but de permettre un meilleur échange d'informations entre les organismes, notamment en cas de suspicion de fraude, avec des garde-fous en matière de protection des données. En parallèle, les assureurs attendent des mesures concrètes comme l'accès à certaines bases, l'interopérabilité des systèmes d'alerte ou

Tous droits de reproduction réservés.

l'harmonisation des référentiels. Il en va, selon eux, de l'efficacité collective de la lutte antifraude.

En avançant de telles demandes, les acteurs de l'assurance complémentaire ont longtemps été incompris, ce qui a accentué chez eux un sentiment d'impuissance. Les temps ont l'air de changer : lors du 44 e congrès de La Mutualité de juin 2025, la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités a réaffirmé la volonté du gouvernement de travailler à une meilleure articulation entre l'Assurance maladie et les complémentaires santé, pour une amélioration de l'efficacité globale en matière de lutte contre la fraude.

Déperdition et fraude : vers une lecture élargie du risque

La lutte contre la fraude doit s'inscrire dans un contexte plus large de vigilance contre la déperdition des prestations, pour une vision de l'ensemble des paiements à tort. Cette dernière inclut des pratiques qui, sans relever de l'acte frauduleux intentionnel, engendrent des pertes significatives pour les complémentaires : erreurs de paramétrage des systèmes de gestion, surconsommation incitée par des forfaits mal dimensionnés, souscription opportuniste encouragée par des délais de carence trop généreux, redondances de remboursements entre régimes, facturations inappropriées ou erronées, surpaiement dû à une absence de diagnostic ou à une mauvaise transmission de l'information (dans le cas d'une ALD par exemple).

Cette approche plus large devrait permettre de ne pas cantonner la lutte à la seule fraude avérée, mais d'y intégrer également l'identification des dysfonctionnements structurels qui pèsent sur la performance globale du système. En mobilisant les mêmes outils – détection automatisée, analyse des flux, audits de paramétrage, expertises métier –, les complémentaires peuvent non seulement repérer les fraudes, mais aussi mettre en lumière des zones d'inefficience parfois coûteuses telles que des remboursements excessifs ou des schémas d'usage déviants. Il s'agit, in fine , de construire une politique de maîtrise des risques qui dépasse le simple champ du contrôle pour s'inscrire dans une logique d'optimisation durable.

Le risque de fraude dans une stratégie globale de pilotage

La lutte contre la fraude doit donc être intégrée à une stratégie globale de pilotage des risques fondée sur la donnée, la connaissance métier, la coordination efficace, l'amélioration continue des processus et la responsabilisation des acteurs et du marché.

Dans un contexte de pilotage technique sous pression, alors que la concurrence est rude et que chaque dépense doit être optimisée, lutter contre la fraude consiste à protéger l'équilibre

Tous droits de reproduction réservés.
https://onclusive.com/en-gb/talk-to-us/

technique des contrats de santé, préserver le pouvoir d'achat des assurés, renforcer la confiance du marché et consolider les bases du modèle de l'assurance. C'est aussi, plus largement, instaurer une culture de vigilance partagée et une mutualisation juste, sans laquelle aucune solidarité durable ne peut exister.

La communication, un pilier de la culture de la vigilance

La mise en œuvre d'outils techniques, bien que nécessaire, ne peut être pleinement efficace sans une communication claire. En interne, la diffusion de la culture du risque et le partage fluide d'informations entre services, avec les partenaires et à tous les maillons de la chaîne, sont essentiels pour bâtir un dispositif efficace, ne laissant aux fraudeurs aucun canal sans surveillance.

En externe, une communication active dans une démarche de prévention et de dissuasion s'impose également. De plus en plus d'acteurs intègrent aujourd'hui la lutte contre la fraude dans leur communication client, valorisant ainsi une posture responsable et collective. Cette transparence devient à la fois un facteur de différenciation sur un marché concurrentiel et un levier pour renforcer la confiance et l'adhésion des assurés et souscripteurs.

Tous droits de reproduction réservés.