



## Fraude en santé et prévoyance : des marges de progrès pour les assureurs

Fraude en santé et prévoyance : des marges de progrès pour les assureurs : Si les organismes assureurs, quelle que soit leur famille, gagnent globalement en maturité sur le sujet de la fraude en assurance de personnes, de nombreuses disparités subsistent entre ces acteurs quant aux bonnes pratiques. Difficile d'estimer de manière précise l'ampleur de la fraude à l'assurance, que ce soit en IARD ou en santé/vie. Les estimations diffèrent fortement selon les sources et les perceptions : 2,5 milliards d'euros non déclarés par an en IARD, entre 2 et 20% concernant les frais de santé ... Mais la lutte contre la fraude en assurance de personnes, si elle devient de plus en plus prioritaire, reste inégale selon les acteurs. C'est ce degré de maturité qu'a voulu estimer **Optimind** Winter, dans une enquête réalisée en ligne (méthode Cawi) en septembre 2017 auprès de 25 acteurs de la santé/prévoyance : 11 mutuelles, 7 assureurs, 4 groupes de protection sociale, un délégataire de gestion et deux acteurs extérieurs. Si, sur ces 25 acteurs interrogés, un seul ne se dit pas concerné par la fraude en assurance de personnes, le coût estimé de cette fraude est loin des estimations précédemment évoquées : un seul l'évalue au-delà de 500 000 euros annuels, la majorité (58%) l'estimant entre 100 et 500 000 euros par an. Le dentaire prioritaire, l'hospitalisation moyennement suivie. Quels dispositifs sont aujourd'hui mis en place auprès de ces acteurs du monde de l'assurance ? Seuls 12 des 25 dispositifs sondés couvrent à la fois la fraude externe et les abus, là où 2 dispositifs ne couvrent même pas la fraude externe... Concernant les postes de dépenses couverts, le dentaire est évalué dans 89% des dispositifs mis en place, l'optique dans 83%, la prévoyance dans 71% et les autres postes (hospitalisations, transports médicaux...) dans 61%. Sans surprise, si les dispositifs évalués laissent apparaître tant de disparités, c'est surtout une question de moyens et d'objectifs. Si seulement 20% des équipes analysées ne sont composées que d'une personne (seulement dans des mutuelles), seules 20% des équipes en comptent plus de cinq. Et leurs attributions sont inégales : ainsi, seul 7 des 25 répondants incluent l'évaluation des scénarios de fraude dans leurs compétences – « ce qui doit devenir un outil incontournable de la lutte contre la fraude », note Dan Chelly, senior partner risk management chez **Optimind** Winter. Une attribution qui, toutefois, nécessite une base de données de cas avérés et/ou une anticipation des cas prévisibles... La détection de la fraude est elle aussi inégale: la méthode la plus utilisée (60% des répondants) reste... le suivi manuel des anomalies détectées. 36% ont construit des référentiels, là où 28% se basent uniquement sur des processus. De même, si deux-tiers des acteurs interrogés ont mis en place des indicateurs de lutte contre la fraude, seul un quart suit à la fois les taux de détection, d'élucidation et de recouvrement.