



HAL
open science

Lutte anti-fraude : moyens de maîtrise envisageables dans le secteur des mutuelles

Emmanuel Laffort, Nicolas Dufour Docteur En Gestion

► **To cite this version:**

Emmanuel Laffort, Nicolas Dufour Docteur En Gestion. Lutte anti-fraude : moyens de maîtrise envisageables dans le secteur des mutuelles. Préventique, 2018, 157, pp.82-83. <hal-03335990>

HAL Id: hal-03335990

<https://hal.science/hal-03335990v1>

Submitted on 6 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Lutte anti-fraude : moyens de maîtrise envisageables dans le secteur des mutuelles

Nicolas Dufour
Docteur en gestion, Professeur affilié
Paris School of Business

Emmanuel Laffort
Docteur en gestion, consultant
Chercheur associé au CREG,
UNIV PAU & PAYS ADOUR
emmanuel.laffort@univ-pau.fr

Les mutuelles santé ont pris conscience tardivement de l'enjeu financier et d'image que représente la fraude aux prestations santé. Ce risque opérationnel, situé sur le cœur de métier des mutuelles, fait aujourd'hui l'objet d'une réelle attention dans la déclinaison des politiques de contrôle interne et de gestion des risques. L'objet de cet article est de mieux cerner les enjeux associés à ce type de fraudes et les actions de maîtrise possibles pour des mutuelles et assureurs de personnes confrontés à l'enjeu de la fraude.

La fraude aux mutuelles, un débat ancien, une prise de conscience récente

Les mutuelles au sens strict sont des établissements délivrant des services financiers et régis par le Code de la Mutualité¹. Toutefois, les groupements de mutuelles ont pour certains historiquement mis en place des activités complémentaires dans le domaine de l'économie sociale et solidaire (actions de prévention auprès de personnes en situation de dépendance, de risques aggravés de santé, personnes âgées, etc.).

Le cœur de métier d'une mutuelle réside dans son activité de complémentaire santé (dit régime complémentaire, en opposition au régime obligatoire de base des remboursements géré par la Sécurité Sociale). À ce titre elles commercialisent et gèrent des garanties de type frais de soin (dentaire, optique, kinésithérapie, hospitalisation, transport en ambulance, recours à une infirmière libérale, etc.) mais également en prévoyance depuis plusieurs années (versement d'indemnités, de rentes ou de capitaux au titre de l'incapacité, de l'invalidité issues des accidents de la vie, versement de capitaux décès aux bénéficiaires du contrat souscrit, etc.).

La fraude aux mutuelles consiste sur ces différentes activités à tirer parti d'informations pour se faire attribuer de manière illicite et indue des prestations santé ou des capitaux prévoyance au détriment des intérêts de la mutuelle et des différents adhérents qui composent la mutualité. L'impact des pratiques frauduleuses pour les mutuelles se traduit généralement par un surcoût des complémentaires santé pour l'ensemble des adhérents toutefois nous verrons dans ce chapitre que cet impact va bien au-delà de simples enjeux d'équilibrages techniques des contrats santé. Car en fin de compte, la fraude aux mutuelles ne se réduit pas à une

¹ On distingue les mutuelles du livre II (activité d'assurance, de réassurance et de capitalisation dont complémentaire santé) des activités relevant des livres I (règles générales applicables aux mutuelles, unions de mutuelles, fédérations) et III (activités de prévention, d'action sociale, de services à la personne à vocation de prévention de la santé etc.).

problématique de surcoût de 2 à 3 euros par contrat souscrit pour chaque adhérent. L'enjeu de la fraude n'est pas une simple problématique répercutée sur l'adhérent. Il est bien plus vaste et comprend des enjeux d'éthiques, d'image, de respect de la réglementation et de pilotage pérenne de l'organisation **qui peuvent conduire finalement à remettre en cause du système lui-même.**

Les prestations les plus concernées / moyens de maîtrise associés

Juridiquement, aucune définition de la fraude aux prestations en assurance santé n'existe. Cependant, l'ALFA (Agence de Lutte contre la Fraude à l'assurance) définit la fraude comme le fait d'« *agir volontairement en vue de se faire régler par une entreprise d'assurance une indemnité, ou de faire exécuter une prestation, qui n'est pas due, tant dans son principe que dans son étendue* ».

Il convient de distinguer la fraude aux prestations de l'abus de prestations. L'abus de prestations résulte d'une consommation excessive des adhérents, mais cette consommation ne résulte pas d'une envie de nuire et est le plus souvent réalisée de manière inconsciente. La fraude nécessite une réelle volonté de tromper ou de retirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance.

Type d'activité	Exemples de fraudes possibles	Actions de prévention envisageables	Actions de protection envisageables
Prise en charge optique et tiers-payant optique	Fraude au tiers-payant opticien : production de faux justificatifs visant à obtenir des remboursements de forfaits optiques indus	Sécurisation des réseaux de tiers-payant, intégration de clauses de contrôle interne dans les conventions avec les entreprises de tiers-payant Blocage des paiements réalisés sans justificatifs validés Contrôles réguliers en lien avec des opticiens-conseils	Intégration de contrôles bloquants pour des montants au-delà de seuils de vigilance Mise en place d'une double validation des remboursements
Prise en charge frais de soin dentaire	Actes médicalement injustifiés visant à faire croire à obtenir des remboursements de prise en charge indus en imposant des actes de soins dentaires à un patient	Action de sensibilisation / vigilance des adhérents face aux pratiques trompeuses et actes médicalement injustifiés pouvant engendrer des mutilations	Contrôle permanent portant sur les montants de prestations remboursés par professionnel de santé
Garantie incapacité-invalidité	Fausse déclaration d'incapacité / cumul emploi et rente d'incapacité-invalidité	Formation des opérateurs en charge du traitement des dossiers sur les justificatifs pouvant être faux / sur les critères de vigilance Mise en place d'alerte automatique sur les cas très fréquents par client ou de montants anormaux	Contrôle de cohérence des justificatifs par échantillon aléatoire Contrôle de cohérence et validation croisée sur les dossiers de montants élevés

La fraude aux prestations est difficile à prouver. Le code de la Mutualité ne prévoit pas de sanction spécifique pour la fraude aux prestations, seule la déchéance en cas de fausse déclaration intentionnelle est mentionnée dans le code. Ce sont les statuts, règlements mutualistes et notices d'informations qui précisent les sanctions applicables en cas de fraude.