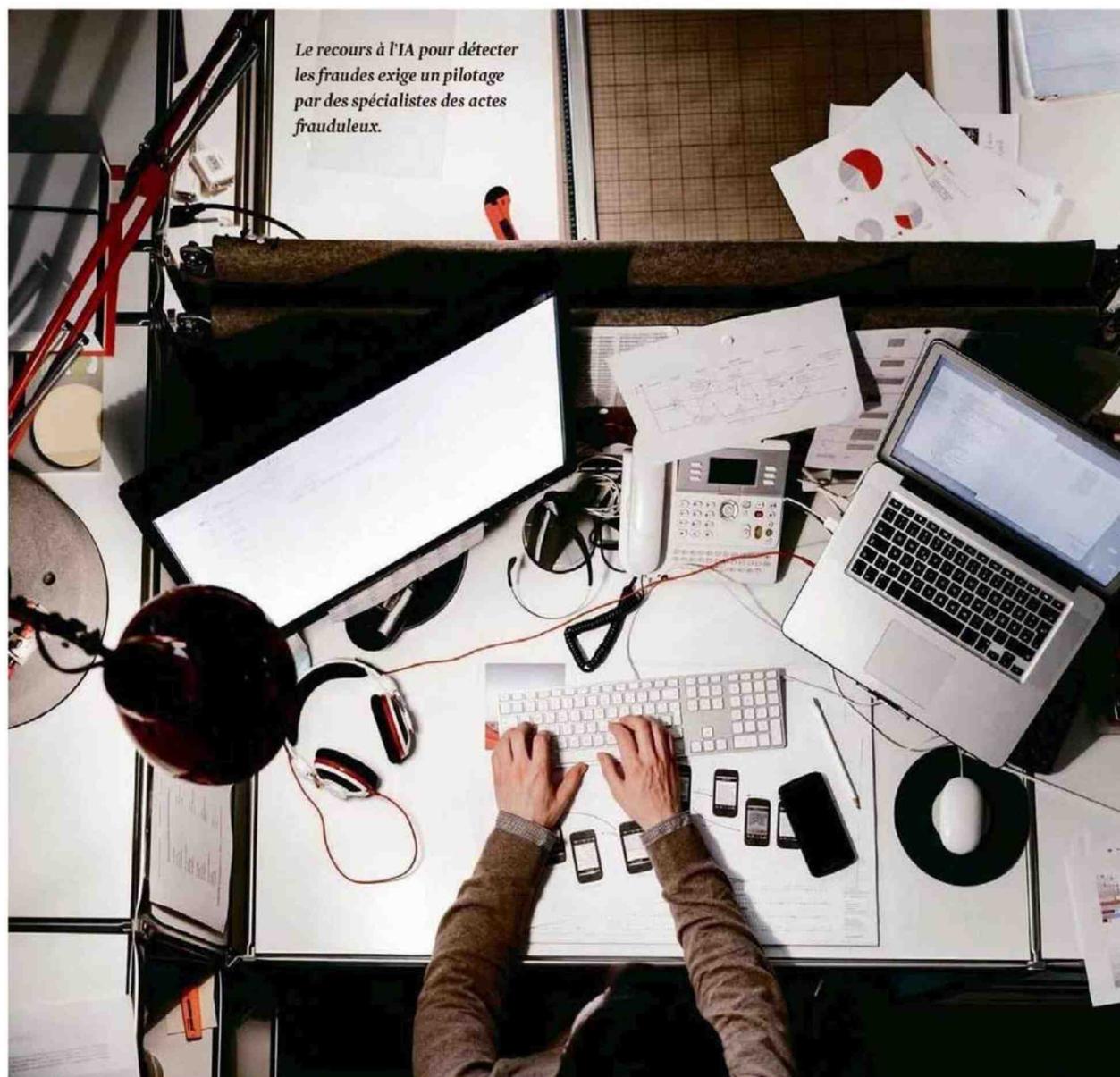


LE DOSSIER

SANTÉ

LE NOUVEL ARSENAL DE LA LU



ITE CONTRE LA FRAUDE



Face à l'ampleur des fraudes, les organismes complémentaires d'assurance maladie multiplient les investissements numériques, les recrutements de spécialistes et les actions de communication.

C'est une combine en plein essor qui inquiète les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam). Avec un simple smartphone, n'importe quel assuré peut désormais rentrer en contact, via Snapchat ou Telegram, avec des « faussaires 2.0 » capables de fabriquer des facturations d'actes fictifs. But de la manœuvre : transmettre ces documents falsifiés aux complémentaires santé d'assurés fraudeurs, afin qu'ils puissent se faire rembourser des frais... qu'ils n'ont jamais dépensés.

« L'assuré envoie aux escrocs sa grille tarifaire de remboursement, fournit ses identifiants de mutuelle, sa pièce d'identité, sa carte Vitale et de tiers payant et ses interlocuteurs anonymes s'occupent de tout », détaille Maxence Bizien, directeur de l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa), qui précise qu'une fois l'encaissement réalisé sur le compte de l'assuré, « 50 % de la somme prise en charge par la complémentaire est reversée aux escrocs ».

En 2022, les organismes complémentaires membres de l'Alfa ayant répondu à son enquête annuelle sur la fraude ont ainsi identifié 30 M€ de fraudes en santé et 90 M€ en prévoyance. Toutefois, selon les chiffres de

France Assureurs, le montant des fraudes liées à la protection sociale serait beaucoup plus élevé : il représenterait 5 à 7 % des prestations versées par les Ocam en santé et prévoyance, soit entre 2,6 Md€ et 3,7 Md€. Une somme dans laquelle on retrouve les arnaques à l'initiative des assurés, mais aussi et surtout celles orchestrées par les professionnels de santé, qui représentent 80 % des fraudes détectées.

Dans ce contexte, pour les Ocam, « confrontés à l'augmentation du coût du risque, au vieillissement de la population et à des équilibres mis à mal par différents transferts de charge, la lutte contre la fraude au tiers payant devient un vrai levier de pilotage », estime Alexandre Eby, responsable du pôle assurance au sein du cabinet d'actuariat Galéa.

Pour endiguer ce phénomène, les organismes peuvent s'appuyer sur les services d'un réseau de détectives privés déployé par l'Alfa, mais aussi sur les actions de contrôle de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), qui ont ►►



80%

La part des fraudes provenant des professionnels de santé

SOURCE : ALFA

466 M€
Le montant de fraude détecté par l'Assurance maladie en 2023

Santé : le nouvel arsenal de la lutte contre la fraude

►►► permis d'éviter l'an dernier 466 M€ de fraudes, soit 50 % de plus qu'en 2022. En parallèle, les organismes d'assurance ont également décidé de s'emparer du problème, en affinant en amont leur stratégie de détection de la fraude et en s'appuyant sur de nouveaux outils.

Recruter des spécialistes de l'analyse de données

Afin de mieux identifier les fraudeurs, les acteurs du monde de l'assurance ont d'abord fait le choix de muscler leurs effectifs. En témoignent les centaines de fiches de postes de gestionnaire fraude et d'expert fraude publiées sur divers sites de recrutement. « Les profils les plus recherchés sont les data scientists, ces professionnels capables de manipuler les données et de détecter des récurrences, et les correspondants fraudes, souvent des gestionnaires sinistres expérimentés. Une expertise que nous renforçons au sein de notre pôle », détaille Thierry Cassagneres, directeur des sinistres chez Generali France.

Philippe Drapier, directeur général du réseau Carte Blanche



SHIFT TECHNOLOGY

“ L'IA peut détecter un faux document en analysant les éventuelles manipulations d'image et en identifiant les informations incohérentes. ”

DAVID DUMAS-LATTAQUE
RESPONSABLE DE
LA SATISFACTION
CLIENT SANTÉ ET
PRÉVOYANCE POUR
SHIFT TECHNOLOGY

Partenaires, confirme ce mouvement : « Nous avons considérablement renforcé nos équipes pour créer une section qui se consacre au contrôle des factures émises par des professionnels de santé », précise-t-il.

Dans cette traque aux aigrefins, les profils spécialisés dans les évolutions législatives propres au secteur sont précieux. « Nous constatons une augmentation des pratiques frauduleuses qui se calent sur les évolutions des garanties liées aux nouveaux plafonds définis par la réforme du 100 % Santé », observe Patrick Duhutrel, directeur du développement commercial et de la relation client d'Almerys. Florence Courtet, responsable de la maîtrise des coûts des risques de l'opérateur de tiers payant, renchérit : « Dans ce combat, nous avons besoin de personnes ayant une très bonne connaissance du secteur, des évolutions réglementaires, des tarifs et des niveaux de prise en charge. »

Pour cibler au mieux les professionnels de santé fraudeurs au 100 % Santé, Almerys – par ailleurs récemment confronté à une cyberattaque d'ampleur (voir L'Argus n°7843, du 16 février 2024) – a conçu un outil s'appuyant sur l'intelligence artificielle (IA) piloté par une équipe

d'une soixantaine de professionnels (spécialistes de la donnée, développeurs, experts métiers).

Combiner intelligence artificielle et humaine

Car si l'IA permet de repérer plus facilement les fraudeurs, elle n'apporte une valeur ajoutée qu'à condition d'être manipulée par des spécialistes. Anthony Jabre, directeur de la maîtrise de la sinistralité chez Malakoff Humanis, l'atteste : « En matière de fraude sur les réseaux sociaux, le rempart humain est important, car les algorithmes n'ont pas l'agilité suffisante pour comprendre les nouveaux scénarios et enquêter sur des applications mobiles telles que Telegram. » En 2023, le groupe de protection sociale assure avoir évité plus de 50 M€ de fraudes en santé et prévoyance. Dans le même sens, pour contrer l'essor des fraudes, la plateforme de services pour assurés en santé Santéclair a développé un outil interne « de technologies embarquées pilotées par des experts métiers », explique son directeur général, Christian Acknin. Une solution qui lui a permis d'empêcher 6 M€ de fraudes en 2023.

« Un faux document parfait pourra très difficilement être détecté grâce à une IA. Plus particulièrement si son format est conforme à l'original et si les données qu'il contient sont cohérentes », reconnaît David Dumas-Lattaque, responsable de la satisfaction client santé et prévoyance pour Shift Technology, un éditeur spécialisé dans l'IA qui propose à ses clients (parmi lesquels Aésio Mutuelle, Generali, Mutex...) une solution qui alerte l'entreprise en cas de suspicion de fraude au document. En revanche, ajoute-t-il, « l'IA peut détecter un faux document en analysant ses métadonnées, les éventuelles manipu-

Des données protégées par la loi

Les conditions de collecte et de traitement de données de santé privées sont très encadrées par la réglementation. « Les données de santé sont des données à caractère personnel sensibles », explique la Commission nationale informatique et des libertés (Cnil). Ces dernières font donc l'objet d'une protection spécifique « afin de garantir le respect de la vie privée des personnes », souligne la Cnil, qui met en avant des textes tels que le règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), la loi informatique et liberté, ou encore le code de la santé publique. Le partage de ces informations entre Assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires maladie soulève donc « des questions de nature juridique et opérationnelle importantes », indique le directeur de la Cnam, Thomas Fatôme.



BRICE JANTZEN
PRÉSIDENT DU SYNDICAT
DES AUDIOPROTHÉSISTES

lations d'image et en identifiant par exemple les informations incohérentes. » Alexandre Mennetre, président du courtier gestionnaire en santé individuelle Cegema, filiale du groupe Kereis, témoigne du bénéfice de ce nouveau type d'outil. « Les premiers résultats que nous observons avec HD Control, la solution déployée par Almerys, sont probants. Le mois dernier, nous avons détecté 5% de factures frauduleuses avec un pic à 9% en dentaire », constate-t-il.

Partage des informations avec la Cnam

Reste une dernière option, et pas des moindres, pour mieux détecter la fraude: le partage de données avec le régime obligatoire. « Catherine Vautrin [la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités] est soucieuse que le chantier avance », a annoncé le président de la Mutualité française, Éric Chenut. Le dossier est d'ailleurs sur la table du directeur de la Sécurité sociale, Franck von

« Afin de sécuriser les circuits, les Ocam pourraient avoir accès à certaines informations »

■ Les fraudes des centres d'audioprothèses sont dans le collimateur de la Sécurité sociale et des complémentaires santé. Quels types de fraudes constatez-vous ?

La majorité des signalements concernent des entreprises qui n'existaient pas avant la réforme du 100 % Santé, mais qui réalisent vite le chiffre d'affaires d'un audioprothésiste exerçant depuis vingt-cinq ans. On s'interroge aussi lorsque des structures équipent tout à coup beaucoup de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou des moins de 40 ans.

■ Quels rôles pourraient jouer les organismes complémentaires d'assurance maladie dans la lutte contre la fraude ?

Nous souhaiterions avoir un interlocuteur unique pour les échanges sur les suspicions de fraudes afin de recouper des signalements. Il serait aussi possible de mettre en place des indicateurs statis-

tiques anonymisés ou une *blockchain*, [technologie de stockage et de transmission d'information régulièrement mises à jour, ndlr] afin d'assurer la traçabilité des audioprothèses de leur sortie d'usine à leur utilisation et jusqu'au suivi régulier par les audioprothésistes. Les organismes complémentaires pourraient avoir accès à certaines informations afin de sécuriser les circuits.

■ À votre niveau, quelles mesures peuvent être prises pour endiguer les fraudes ?

S'il y a un doute, nous alertons l'Assurance maladie ou l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa). Pour assainir le secteur, nous militons pour l'identification des diplômés réalisant les soins et pour la mise en place d'un ordre des audioprothésistes doté d'un pouvoir de sanction. Un contrôle matériel des installations par un organisme indépendant est indispensable. ●

Lenneq. Interrogé par *L'Argus* sur l'état de la collaboration entre l'Assurance maladie et les organismes complémentaires d'assurance maladie, Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie, a

confirmé que « le sens des travaux commencés [avec les Ocam], mais qui n'ont pas encore abouti » est de « faire bouger les textes [législatifs] », pour autoriser le partage de données de détections de fraude entre l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé (lire page ci-contre).

En attendant cette évolution, le secteur s'organise pour renforcer ses outils de communication, à l'instar du réseau Carte Blanche Partenaires, qui a créé un « Club fraude » afin d'échanger au moins quatre fois par an sur les pratiques de lutte avec ses clients et actionnaires.



MALAKOFF HUMANIS

“ En matière de fraude sur les réseaux sociaux, le rempart humain est important, car les algorithmes n'ont pas l'agilité suffisante pour comprendre les nouveaux scénarios et enquêter sur des applications mobiles telles que Telegram. ”

ANTHONY JABRE
DIRECTEUR DE LA MAÎTRISE
DE LA SINISTRALITÉ CHEZ MALAKOFF HUMANIS

● **MAXIME FRANÇOIS**