ifaci

institut français de l'audit et du contrôle internes

Cahier de la Recherche

Dispositifs de maîtrise des risques de fraude à l'assurance, à la retraite complémentaire et à l'action sociale

Réalisé par les Groupes Professionnels « Assurance » et « Protection Sociale »

L'IFACI est affilié à The Institute of Internal Auditors

Dans la même collection

- **Recours à des prestations externes pour réaliser l'audit des SI,** Groupe Professionnel « Systèmes d'information » *(à paraître)*
- **La fraude interne dans les collectivités territoriales,** Groupe Professionnel « Collectivités territoriales » *(à paraître)*
- **L'audit des délégations de services publics,** Groupe Professionnel « Collectivités territoriales » *(mars 2015)*
- **Contrôle interne des opérateurs de l'Etat : Pour une maîtrise et un pilotage global des risques,** Unité de Recherche IFACI *(juin 2014)*
- **De la cartographie au plan d'audit,** Groupe Professionnel « Banque » *(décembre 2013)*
- **La cartographie des risques – 2ème édition,** Groupe Professionnel « Assurance » *(septembre 2013)*
- **L'audit du versement des subventions aux associations,** Groupe Professionnel « Collectivités Territoriales » *(février 2013)*
- **Sélectionner un outil informatique pour les services d'audit et de contrôle internes : un véritable projet,** Unité de Recherche Informatique IFACI *(décembre 2012)*
- **L'accès et la conservation des documents relatifs aux missions d'audit,** Unité de Recherche IFACI *(novembre 2012)*
- **La délégation de gestion en assurance de personnes : pistes pour un contrôle interne efficace,** Unité de Recherche IFACI *(juin 2012)*
- **Les variables culturelles du contrôle interne,** Unité de Recherche IFACI *(décembre 2011)*
- **Des clés pour la mise en œuvre et l'optimisation du contrôle interne,** Unité de Recherche IFACI *(octobre 2011)*
- **La fraude : Comment mettre en place un dispositif de lutte contre la fraude ?** Unité de Recherche de l'IFACI *(décembre 2010)*
- **La création de valeur par le contrôle interne,** Unité de Recherche de l'IFACI *(octobre 2010)*
- **Prise de Position du Groupe Professionnel Banque pour un urbanisme du contrôle interne efficient,** Groupe Professionnel « Banque » *(Avril 2010)*
- **L'audit de la fraude dans le secteur bancaire et financier,** Unité de Recherche de l'IFACI *(janvier 2010)*
- **Création et gestion d'une petite structure d'audit interne,** Unité de Recherche IFACI *(janvier 2009)*
- **Une démarche d'audit de plan de continuité d'activité,** Unité de Recherche IFACI *(juillet 2008)*
- **Guide d'audit du développement durable : comment auditer la stratégie et les pratiques de développement durable ?,** Unité de Recherche IFACI *(juin 2008)*
- **Contrôle interne et qualité : pour un management intégré de la performance,** Unité de Recherche IFACI *(mai 2008)*
- **Evaluer et développer les compétences des collaborateurs,** Antenne régionale Aquitaine IFACI *(novembre 2007)*
- **Audit des prestations essentielles externalisées par les établissements de crédit et les entreprises d'investissement– 2ème Edition,** Groupe Professionnel « Banque » *(janvier 2007)*
- **La cartographie des risques,** Groupe Professionnel « Assurance » *(juillet 2006)*
- **L'audit interne et le management des collectivités territoriales,** Unité de Recherche IFACI *(mai 2006)*
- **Une démarche de management des connaissances dans une direction d'audit interne,** Unité de Recherche IFACI *(mai 2006)*
- **L'auto-évaluation du contrôle interne,** Unité de Recherche IFACI *(octobre 2005)*
- **Cartographie des Risques,** Groupe Professionnel « Immobilier Locatif » *(septembre 2005)*
- **Étude du processus de management et de cartographie des risques,** Groupe Professionnel « Industrie et commerce » *(janvier 2004)*
- **Pour un bon audit du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux,** Groupe Professionnel « Banque » *(février 2004)*
- **L'efficacité des Comités d'audit – Les meilleures pratiques,** PwC – The IIA Research Foundation – Traduction IFACI – PwC *(mai 2002)*
- **Gouvernement d'entreprise et Conseil d'administration,** PwC – The IIA Research Foundation – Traduction IFACI – PwC *(mai 2002)*
- **Évaluation de la compétence dans la pratique de l'audit interne,** Prise de position de l'ECIIA – Traduction IFACI *(2001)*
- **Management des risques,** IIA UK – Traduction Unité de Recherche IFACI *(2001)*
- **Le rôle de l'auditeur interne dans la prévention de la fraude,** Prise de position de l'ECIIA – Traduction IFACI *(2000)*

Pour plus d'informations : www.ifaci.com

© IFACI – Paris – novembre 2015

ISBN : 978-2-915042-72-6 – ISSN : 1778-7327

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit, ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Remerciements

L'IFACI tient tout particulièrement à remercier toutes les personnes qui ont contribué aux différentes étapes de l'élaboration de ce cahier dans le cadre l'unité de recherche animée par **David GUILLAUME,** *Directeur Délégué Audit et Management des Risques - AGRICA.*

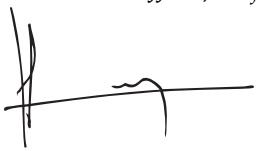
- Conception et rédaction :
  Alexandre AFONSO, *Compliance Officer, HUMANIS*
  Elodie BATAILLE, *Responsable pilotage contrôle permanent et conformité, PACIFICA*
  Hervé CLAUDIN, *Directeur du contrôle interne, LA MUTUELLE GENERALE*
  Stéphanie DOAT, *Responsable de mission d'audit, AXA*
  Pascal FACQUER, *Responsable de la division contrôle interne, MGET*
  Marie-Claude FAVIER, *Contrôleur interne, MMA*
  David GORCE, *Directeur des risques, IRP AUTO*
  Olivia LACOUR, *Auditeur interne, AGRICA*
  Anne MASQUELEZ, *Auditeur interne, IRCEM*
  Marc MONTE, *Directeur audit interne et lutte contre la fraude, SWISSLIFE*
  Clyde PAVIE, *Auditeur interne, AGRICA*
  Eric PETIT, *Responsable de l'audit interne, UNEO*
  Yves RICHARD, *Directeur des risques adjoint, KLESIA*
  Anthony ROUSSEL, *Risk manager, AGRICA*
  Alain TRAN, *Directeur de mission, ALLIANZ FRANCE*

- Comité de rédaction composé de :
  François ALLAVENA, *Directeur de l'audit interne, AUDIENS*
  Elodie BATAILLE, *Responsable pilotage contrôle permanent et conformité, PACIFICA*
  Hervé CLAUDIN, *Directeur du contrôle interne, LA MUTUELLE GENERALE*
  Béatrice KI-ZERBO, *Directeur de la Recherche, IFACI*
  David GUILLAUME, *Directeur Délégué Audit et Management des Risques – AGRICA*
  Jacques FASSEL, *Adjoint au directeur de l'audit interne, SCOR*

- Relecture :
  Les membres du Groupe Professionnel « ASSURANCE » de l'IFACI, présidé par Anne SAVEY, *Responsable direction audit interne groupe, COVEA* **et du Groupe Professionnel « PROTECTION SOCIALE » de l'IFACI, présidé par Paul-Henri MEZIN,** *Directeur de l'audit groupe, MALAKOFF-MEDERIC.* En particulier :
  - **Michel Buzejic**
  - **Dominique Bérard**
  - **François Baudienville**

  L'unité de recherche remercie également **Jean-Michel Brévet,** *Commissaire et chef du bureau de la fraude documentaire et à l'identité à la DCPAF (Direction Centrale de la Police Aux Frontières)***, Benoît Cassière,** *Chef de l'unité fraude documentaire* pour l'entretien fructueux qu'ils ont bien voulu lui accorder et **Michel Ginguay,** *Contrôleur Interne au Pôle Conformité, Humanis,* pour ses remarques concernant les références juridiques.

- Mise en forme et édition :
  Bouchra BAJJOU, *Chef de projets recherche, IFACI*



Philippe MOCQUARD, *Délégué Général, IFACI*

© IFACI

Avertissement aux lecteurs

Ce cahier de la recherche a été réalisé à partir de contributions de professionnels de l'audit et du contrôle internes. Ce travail collectif, réalisé sous l'égide de l'IFACI, fournit un état des lieux des pratiques professionnelles et des pistes d'amélioration qui n'engagent pas les établissements et administrations représentés.

© IFACI

Sommaire

REMERCIEMENTS ... 3
1- INTRODUCTION ... 7
1.1- Des chiffres révélateurs ... 10
1.2- La fraude et ses facteurs déclenchants ... 13
1.3- Dispositions juridiques relatives à la lutte contre la fraude ... 16
1.3.1- Le cadre légal et réglementaire ... 16
1.3.2- Les sanctions encourues par les fraudeurs ... 17
1.4- Organiser en interne la lutte contre la fraude ... 19
1.4.1- Des dirigeants impliqués dans la lutte contre la fraude ... 19
1.4.2- Un programme anti-fraude tenant compte de la culture d'entreprise ... 19
1.4.3- Une mobilisation à chaque niveau ... 20
1.4.4- Des moyens de maîtrise connus, appliqués et mis à jour ... 21
2- PRÉVENIR ET DÉTECTER LA FRAUDE AU TRAVERS DE SCÉNARIOS ... 31
2.1- Usurpation d'identité et de données ... 34
2.1.1- Modification frauduleuse des coordonnées de paiement (RIB) ... 34
2.1.2- Ingénierie sociale et divulgation d'information confidentielle ... 35
2.2- Création de faux dossiers ... 36
2.2.1- Création interne d'un faux dossier d'assurance ... 36
2.2.2- Création interne d'un faux dossier de retraite complémentaire ... 37
2.2.3- Création d'entreprises fictives ... 38
2.2.4- Création de salariés fictifs afin de bénéficier d'avantages indus ... 39
2.3- Fraude à la souscription / cotisation ... 40
2.3.1- Fausse déclaration à l'adhésion d'un contrat collectif ... 40
2.3.2- Fausse déclaration à l'adhésion d'un contrat indivuduel ... 41
2.3.3- Fausse déclaration dans le questionnaire médical ... 42
2.3.4- Détournement des règles de souscription ... 43
2.3.5- Détournement de chèques entrants ... 44
2.3.6- Détournement par annulation de créances ... 45
2.4- Fraude aux prestations ... 46
2.4.1- Fraude à l'assurance IARD matériel ... 46
2.4.2- Fraude aux prestations de santé ... 47
2.4.3- Fraude aux prestations d'indemnité journalière et d'incapacité ... 48
2.4.4- Fraude au déblocage anticipé de fonds de produit d'épargne ... 49
2.4.5- Fraude au capital décès ... 50
2.4.6- Fraude à la réversion ... 51
2.4.7- Attribution de prestation fictive par un collaborateur ... 52
2.4.8- Fausse déclaration de personnes à charge ... 53
2.4.9- Fausse déclaration concernant la dépendance après un décès ... 54
2.4.10- Fausse déclaration de salaires ... 55
2.4.11- Fausse saisie sur allocation ... 56
2.4.12- Poursuite illégitime de prestations d'un bénéficiaire décédé ... 57
2.4.13- Modification frauduleuse du bénéficiaire d'un capital décès ... 58
2.4.14- Fraude aux aides sociales individuelles ... 59
2.4.15- Détournement de financement d'activité sociale ... 60
2.4.16- Cumul frauduleux de contrats de prévoyance ... 61
2.4.17- Cumul frauduleux de contrats de santé ... 62
2.5- Fraude liée aux activités des tiers (Courtiers, délégataires, professionnels de santé…) ... 63
2.5.1- Fausse facturation par un professionnel de santé ... 63
2.5.2- Majoration par le délégataire de gestion des prestations payées aux assurés ... 64
2.5.3- Non-respect des consignes tarifaires ... 65
2.5.4- Non reversement exhaustif des fonds reçus par le délégataire ... 66
ANNEXES ... 67
Annexe 1 : Modèle de fiche ... 69
Annexe 2 : Classement des fiches ... 71
Annexe 3 : La lutte contre la fraude documentaire une pratique en perpétuelle évolution ... 72
Annexe 4 : Données du CBOK 2015 relative à l'audit de la fraude ... 76
BIBLIOGRAPHIE ... 83

© IFACI

© IFACI

Partie 1

Introduction

© IFACI

La fraude, qu'elle relève d'activités en bande organisée ou de comportements isolés d'un client, d'un prestataire ou d'un salarié, est une réalité de plus en plus prégnante. Crise économique, environnement déontologique fragile, failles des systèmes d'information sont autant de facteurs encourageants le passage à l'acte avec des impacts non négligeables pour les organisations.

La recherche et le traitement de ces situations délictueuses devraient être à la mesure de leurs enjeux financiers, organisationnels et juridiques. La lutte contre la fraude est un engagement de chaque instant. Impulsée par les instances de gouvernance, elle relève en premier lieu des managers opérationnels dont la vigilance est facilitée par les outils et le soutien apportés par différentes fonctions telles que les directions du contrôle interne, de la gestion des risques, de la conformité, de la sécurité du système d'information, des ressources humaines, juridique… L'audit interne contribue à renforcer le dispositif par des recommandations sur l'efficacité de l'évaluation des risques de fraude et la pertinence des moyens de maîtrise.

C'est dans cet esprit que le groupe professionnel « Protection sociale » de l'IFACI a initié, en collaboration avec le groupe professionnel « Assurance », ce cahier de la recherche. Il aborde les fraudes liées aux métiers d'assurance vie et d'assurance non-vie :

- IARD (Incendie, Accidents, Risques Divers)
- Assurance de personnes (santé, prévoyance, épargne et retraite supplémentaire)
- Retraite complémentaire
- Action sociale

En préambule, l'unité de recherche rappelle les enjeux ainsi que le cadre professionnel et réglementaire de la lutte contre la fraude pour aborder dans un second temps les retours d'expérience des professionnels, qui ont participé à ces travaux, mutualisés à travers des scénarios de fraude. Ils n'ont aucune velléité d'exhaustivité d'autant que le sujet s'y prête peu : l'imagination des fraudeurs est sans fin. Néanmoins, c'est par ces exemples que le lecteur sera à même de mieux appréhender ce risque. Ces 33 cas sont donc à prendre comme point de départ. Ils devront être complétés et déclinés en fonction de chaque contexte. Ils ont été regroupés en cinq catégories.

Les deux premières concernent la falsification qui est un élément récurrent des fraudes :

I. L'usurpation d'identité et de données
II. La création de faux dossiers

Les trois autres sont regroupées selon les trois étapes clés de la chaîne de valeur :

III. La fraude à la souscription/ cotisation
IV. La fraude aux prestations
V. La fraude liée aux activités des tiers

Les scénarios de fraude complexes relèvent généralement de plusieurs de ces catégories.

© IFACI

Les 5 catégories proposées n'intègrent que les fraudes qui sont directement liées à la chaîne de valeur. Les fraudes concernant les activités support : ressources humaines, achats, informatique… sont hors du périmètre de l'unité de recherche.

Elaboré par des professionnels de la gestion des risques, de l'audit et du contrôle internes, ce cahier ne trouvera sa véritable utilité que s'il est utilisé par tous les acteurs de la lutte contre la fraude. Cet outil opérationnel devrait nourrir le dialogue indispensable entre ces acteurs pour concevoir et mettre en place des actions de prévention et de détection efficaces.

© IFACI

1.1- Des chiffres révélateurs

L'impact de la fraude n'est pas toujours aisé à chiffrer. Comme l'indique l'ACFE[1], le coût direct de la fraude ne constitue que la partie émergée de l'iceberg. Il convient également d'être attentif aux impacts indirects et aux éléments non financiers en termes de réputation, de part de marché ou même de climat social en cas d'impunité. Ces impacts sont d'autant plus importants que la fraude s'inscrit généralement dans la durée (selon le rapport 2014 de l'ACFE, la durée médiane entre le début d'une fraude et sa détection est de 18 mois). Il est donc impératif de mettre en place des systèmes de prévention et de détection suffisamment robustes pour circonscrire la fraude le plus en amont possible et réduire ces effets. Pour être efficaces, ces dispositifs doivent être mis en œuvre de manière permanente et s'intégrer dans un environnement propice à l'intégrité et à la transparence (selon le rapport 2014 de l'ACFE, 16 % des cas de fraude sont dévoilés par une revue du management et 42,5 % sont détectés après une alerte d'un collaborateur ou d'une partie prenante externe).

Des progrès sont réalisés dans l'estimation de l'impact de la fraude[2]. En dépit des difficultés à avoir une vision exhaustive et de la pudeur à en parler, de plus en plus de données permettent de prendre la mesure du phénomène. Ainsi, selon une enquête de PwC[3], 10 % des entreprises françaises interrogées ont été victimes de la fraude au Président avec des préjudices variant de quelques centaines de milliers d'euros à plus de 10 millions d'euros détournés.

La Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude (DNLF) dont l'objet est de lutter contre la fraude aux finances publiques dans les organismes publics souligne par ailleurs, dans son bilan de 2013[4], que : *« le montant de la fraude détectée sur le champ de la protection sociale poursuit […] sa trajectoire de progression constante depuis plusieurs années. 636,1 millions d'euros ont ainsi été détectés par les organismes de sécurité sociale en 2013 (+ 13 % entre 2012 et 2013), et 58,67 millions d'euros par Pôle Emploi (+ 49 % par rapport à 2012). Dans un contexte de renforcement de la maîtrise des risques dans les organismes, le montant des fraudes détectées avant paiement s'accroît significativement s'agissant des prestations sociales ».*

---

[1] *Report to the nations 2014, ACFE (Association of Certified Fraud Examiners) : http://www.acfe-france.fr/*

[2] *Cf. Coalition Against Insurance Fraud :*
http://www.researchgate.net/publication/228202072_A_Robust_Unsupervised_Method_for_Fraud_Rate_Estimation
http://www.insurancefraud.org/statistics.htm#.VZK7MEYuQ_M

[3] *Enquête PwC 2014 Global Economic Crime Survey : La fraude continue à être une vraie menace pour les entreprises : http://www.pwc.fr/enquetefraude2014.html*

[4] *Bilan 2013 de la lutte contre la fraude : http://www.economie.gouv.fr/dnlf/*

© IFACI

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2013/2012
Prestations dont	**244,98**	**266,59**	**250,97**	**290,66**	**327,34**	**+ 12,6 %**
• Prestations Maladie	154,11*	164,17	129,25	155,96	174,64	+ 12 %
• Prestations Familiales/Lgt/RSA	86,01	91,13	103,6	121,44	143,42	+ 18,1 %
• Prestations Retraites	4,86*	11,29	17,42	13,26	9,28	- 30 %
Travail illégal / Cotisations	**133,4***	**191,06**	**229,2**	**271,24**	**308,79**	**+ 13,8 %**
TOTAL (Evolution / exercice précédent)	**387,3** (+ 7 %)	**457,6** (+ 19 %)	**479,5** (+ 5 %)	**562,3** (+ 17 %)	**636,1** (+ 13 %)	

** Hors données RSI*

Source : Bilan 2013 de la lutte contre la fraude - DNLF

Des initiatives privées telles que l'ALFA (Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance) permettent de compléter cette analyse d'impact. Ainsi, en 2013, cette association qui regroupe des entreprises d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance, a recensé sur le marché des sinistres 62 000 fraudes par an avec un enjeu de 300 millions d'euros[5].

L'association britannique des assureurs[6] déclare 118 500 signalements de fraudes en 2013 pour un montant de 1,3 milliard de livres sterling (+ 18 % par rapport à 2012). Ces fraudes concernaient essentiellement la responsabilité civile. En 2013, 980 signalements concernant l'assurance à la personne, ont été déclarés représentant 11,8 millions de livres sterling.
Même si les compagnies d'assurance se sont engagées dans la lutte contre ce fléau, de nombreux cas de fraude ne sont pas détectés. En 2012, l'association britannique des assureurs estimait le montant des indus liés à des fraudes à 2 milliards de livres.

http://www.ivw.unisg.ch/~/media/Internet/Content/Dateien/InstituteUndCenters/IVW/WPs/WP137.ashx

Ces chiffres confirment l'impact financier incontestable de la fraude. Mais de quoi parle-t-on ? Quels sont les facteurs déclenchants la fraude ? Quels sont les principaux instruments juridiques pour lutter contre ce phénomène ? Quel dispositif interne mettre en place dans chaque organisation pour le juguler ? L'unité de recherche apporte des éléments de réponse à ces questions dans les paragraphes qui suivent. Ils seront utilement complétés par la littérature professionnelle sur le sujet.

[5] *« Le client de plus en plus acteur » - L'argus de l'assurance n°7406 du 24 avril 2015*

[6] *https://www.abi.org.uk/~/media/Files/Documents/Publications/Public/2014/Key%20Facts/ABI%20Key%20Facts%202014.pdf*

© IFACI

Pour en savoir plus

- Cadre de référence international des pratiques professionnelles de l'audit interne[7]
- Principe 8 du COSO - Référentiel Intégré de Contrôle Interne
- Cahier de la recherche – Cartographie des risques (2e éd.) / Groupe Assurance (octobre 2013)
- La fraude : Comment mettre en place un dispositif de lutte contre la fraude ? Unité de Recherche IFACI (décembre 2010)
- Cahier de la recherche – L'audit de la fraude dans le secteur bancaire et financier / Groupe Banque (janvier 2010)

[7] *CRIPP 2014, en particulier Norme 2120.A2 « Evaluation de la possibilité de fraude et modalités de gestion de ce risque par l'organisation » et de nombreux guides pratiques sur « L'audit interne et la fraude », « Détection et prévention de la fraude dans un monde automatisé », l'audit des programmes anti-corruption ou relatif à l'éthique. Ces lignes directrices étant régulièrement mises à jour, veuillez consulter le site de l'IFACI : www.ifaci.com*

© IFACI

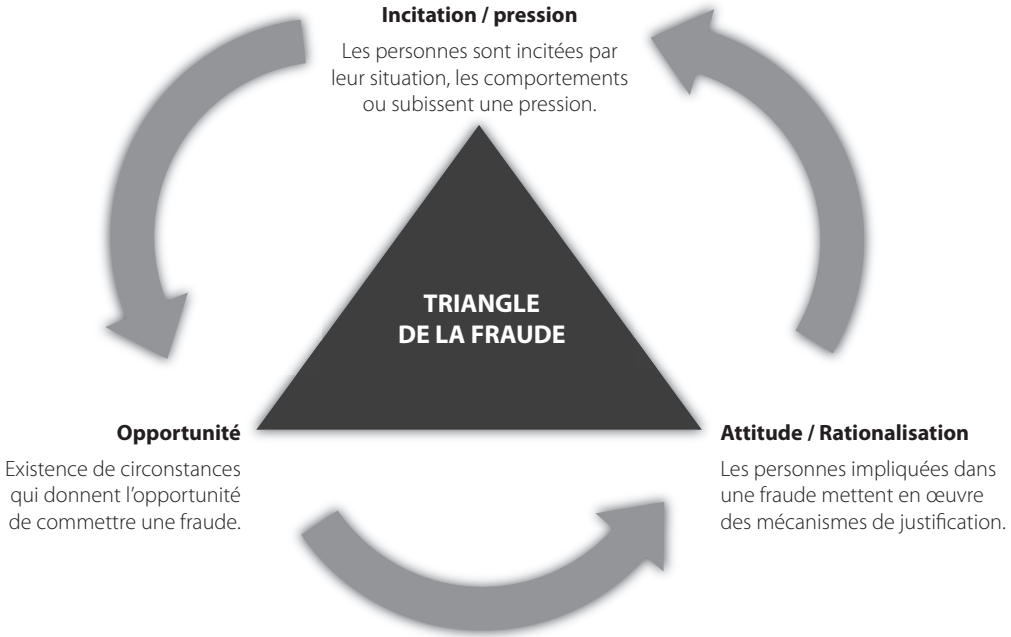
1.2- La fraude et ses facteurs déclenchants

La fraude n'est pas, en tant que telle, définie légalement. Toutefois, ses différentes manifestations (vol, falsification, abus de biens sociaux, escroquerie, abus de confiance…) sont juridiquement encadrées et se retrouvent dans la définition proposée par le CRIPP : *« tout acte illégal caractérisé par la tromperie, la dissimulation ou la violation de la confiance sans qu'il y ait eu violence ou menace de violence. Les fraudes sont perpétrées par des personnes et des organisations afin d'obtenir de l'argent, des biens ou des services, ou de s'assurer un avantage personnel ou commercial »*[8] .

Dans la pratique, ***« la fraude consiste à tromper délibérément autrui pour obtenir un bénéfice illégitime, ou pour contourner des obligations légales ou des règles. Un comportement frauduleux suppose un élément factuel et intentionnel ainsi qu'un procédé de dissimulation de l'agissement non autorisé. »***[9]

La définition de la fraude devrait faire l'objet d'un consensus au sein de chaque organisation. Au-delà de cette définition, il convient également d'en appréhender les facteurs déclenchants pour anticiper les comportements frauduleux et adopter des dispositifs à mettre régulièrement à jour.

Le triangle proposé par Donald Cressey présente les trois facteurs qui se combinent pour influer sur le risque de fraude.

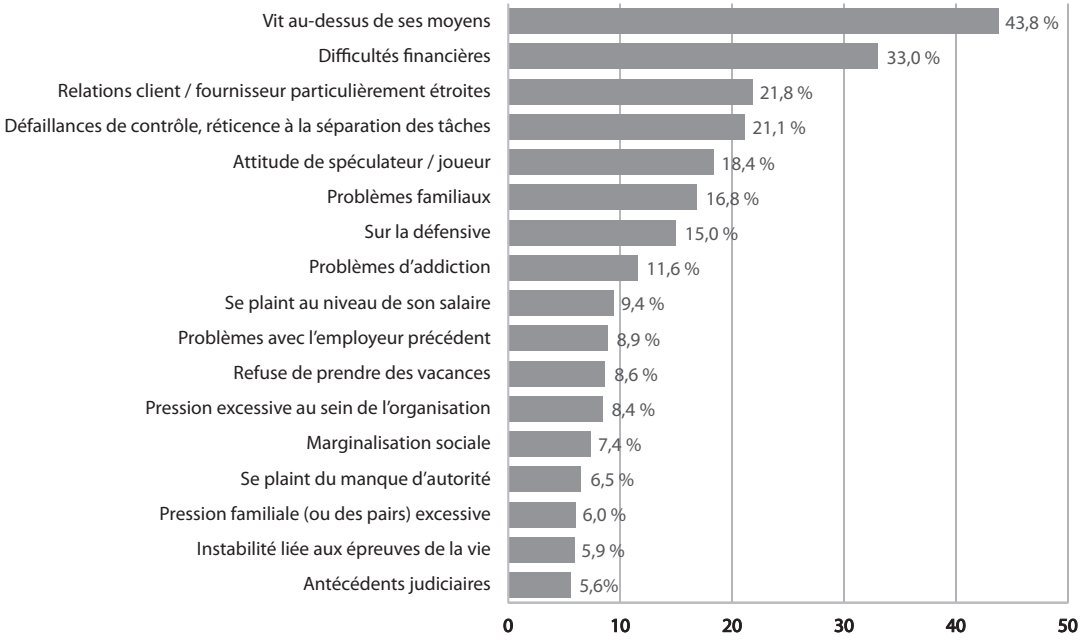


[8] *Glossaire des normes (CRIPP 2014)*

[9] *Cf. La fraude : Comment mettre en place un dispositif de lutte contre la fraude ? Unité de Recherche IFACI (décembre 2010)*

© IFACI

Ces facteurs sont souvent accompagnés de comportements qui sont autant de symptômes auxquels il convient d'être sensibilisé même s'ils ne sont pas tous aisément observables. Les signaux d'alertes les plus courants chez les fraudeurs sont précisés dans le schéma ci-dessous.



Source : ACFE, report to the nations 2014

Enfin, au-delà des comportements individuels, le contexte économique ainsi que les failles des organisations et des politiques sont autant de facteurs amplificateurs que l'unité de recherche a identifié :

- Présence et accessibilité d'informations sensibles (données clients, failles du système…)
- Pression à la réduction des charges de gestion au détriment des principes de sécurité
- Objectifs commerciaux non réalistes ou mal construits
- Alignement sur des pratiques non déontologiques de concurrents, dumping
- Tarification/éligibilité imprécise ou en cours d'évolution
- Défaillances de contrôle (en particulier au niveau de la vérification de l'éligibilité, du traitement des données clients, des contrôles automatisés, de la traçabilité des traitements ou de la supervision)
- Périodes sensibles (congés, période de forte activité, fusions, changements dans l'équipe d'encadrement, révision tarifaire du contrat…)
- Diffusion de moyens de reproduction de plus en plus performants facilitant les falsifications

© IFACI

Une bonne connaissance de ces facteurs est indispensable pour concevoir et maintenir un dispositif de lutte contre la fraude (cf. 1.4). Ils sont bien sûr à décliner dans chaque scénario (cf. 2) en tenant compte des exigences externes.

© IFACI

1.3- Dispositions juridiques relatives à la lutte contre la fraude

La fraude à l'assurance n'a peut-être pas de définition légale, mais des actions en justice peuvent trouver leur fondement dans l'obligation d'exécuter les conventions de bonne foi (Article 1134 du Code civil). En outre, la fraude fiscale est définie par l'article 1741 du Code Général des Impôts.
Un certain nombre de dispositions juridiques permettent d'encadrer les manifestations connexes de la fraude et de les sanctionner (cf. 1.3.2).

1.3.1- Le cadre légal et réglementaire

L'obligation de moyens en matière de lutte contre la fraude se justifie en premier lieu par la responsabilité pénale de la personne morale et/ou des personnes physiques dirigeantes (Code pénal). En cas de fraude de grande ampleur, la responsabilité pénale pourrait être engagée au motif que les dispositions nécessaires destinées à prévenir les agissements délictueux n'ont pas été prises. Faute de pouvoir prouver « l'absence de faute » et une conduite digne d'un professionnel particulièrement prudent et diligent, les dirigeants s'exposent à des poursuites pénales.

Par ailleurs, l'ordonnance de transposition de la troisième directive anti-blanchiment n° 2009-104 du 30 janvier 2009 rend obligatoire la déclaration de soupçon. Ce dispositif est suivi par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) qui a publié des principes d'application sectoriels pour le secteur des assurances et des lignes directrices. A titre d'exemple, « une fraude à l'assurance peut constituer, notamment en assurance IARD, une infraction préalable au blanchiment des capitaux ».

Bien entendu, le risque de fraude doit être intégré dans les systèmes de contrôle interne et de gestion des risques en application de la directive Solvabilité II.

Cadre relatif à la protection des données personnelles

La CNIL[10] a élaboré en concertation avec les organisations professionnelles de la place (FFSA, GEMA, FNMF, CTIP et CSCA), un « Pack Conformité Assurance » relatif à la régulation de l'utilisation des données personnelles qui comprend trois autorisations uniques concernant :

- la lutte contre la fraude à l'assurance ;
- les données d'infractions, de condamnations et mesures de sûretés ;
- la collecte des données comportant le numéro de sécurité sociale « NIR ».

[10] *http://www.cnil.fr/vos-obligations/packs-de-conformite/*

© IFACI

L'autorisation unique relative à la lutte contre la fraude en assurance (AU 39) est précisée par une fiche pratique qui donne :

- une définition de la fraude, compatible avec celle retenue par l'unité de recherche ;
- une liste des acteurs pouvant être concernés ;
- les finalités poursuivies par les traitements de lutte contre la fraude avec des exemples d'anomalies ;
- des éléments explicatifs pour la gestion des alertes ;
- la constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude et l'information des personnes…

Par ailleurs, le fait que les assurés puissent demander le retrait de leurs données personnelles des bases de données des assureurs pourrait avoir un impact sur la détection de la fraude.[11]

1.3.2- Les sanctions encourues par les fraudeurs

Dès lors que la fraude est correctement qualifiée et prouvée, le fraudeur s'expose à des sanctions civiles et pénales.

Les sanctions civiles de la fraude

Le Code des assurances prévoit des sanctions spécifiques en cas de fausse déclaration.

Sanction d'une fraude commise lors de la souscription

L'article L113-8 du Code des assurances (ainsi que les articles L932-7 du code de la Sécurité sociale et L221-14 du code de la mutualité) prévoit la nullité du contrat d'assurance. Le preneur d'assurance, auteur de la déclaration mensongère, doit alors rembourser les indemnités versées par l'assureur pour les sinistres antérieurs à la découverte de la fausse déclaration. L'assureur peut également conserver les cotisations payées et exiger le règlement des cotisations échues, à titre de dommages et intérêts.

Sanction d'une faute intentionnelle commise lors du sinistre

Le Code des assurances ne sanctionne pas de manière explicite ce type de fraude. Toutefois, son article L113-1 indique que l'assureur ne répond pas des pertes et des dommages ayant pour origine une faute intentionnelle de l'assuré. L'assureur peut alors opposer à l'assuré fraudeur un refus de prise en charge du sinistre.
L'assureur peut exercer une action en remboursement des sommes versées à tort.

[11] *« Protections des données : gare aux effets pervers » - L'Argus de l'assurance n°7408 du 01 mai 2015*

© IFACI

Les sanctions pénales relatives à des comportements frauduleux

Le fraudeur peut être poursuivi en justice pour un délit et encourir une condamnation pour :

- Vol (Art. 311-1 du Code pénal) 3 ans de prison / 4 500 € d'amende
- Escroquerie (Art. 313-1 du Code pénal) 5 ans de prison / 375 000 € d'amende
- Abus de confiance (Art. 314-1 du Code pénal) 3 ans de prison / 375 000 € d'amende
- Faux et usage de faux (Art. 441-1 du Code pénal) 3 ans de prison / 4 500 € d'amende
- Abus de biens sociaux (Art. L 241-3 du Code de commerce) 5 ans de prison / 375 000 € d'amende

Le fraudeur salarié, encourt également une sanction disciplinaire proportionnelle au reproche allant de l'avertissement, à la mise à pied jusqu'au licenciement.

© IFACI

1.4- Organiser en interne la lutte contre la fraude

De nombreuses fraudes sont commises par une exploitation opportuniste et volontaire de faiblesses ou d'éléments de contexte technique, organisationnel voire culturel. Le dispositif anti-fraude doit donc s'inscrire dans un cadre global de sensibilisation et de contrôle interne qui limite les faiblesses du système de gestion. Ce cadre devra prendre en compte l'environnement éthique de chaque activité ainsi que le contexte économique et social.

Le dispositif et ses modalités de pilotage devront être proportionnés au niveau de maturité de l'organisation notamment en matière de contrôle interne.

1.4.1- Des dirigeants impliqués dans la lutte contre la fraude

La clé du succès réside dans l'orientation donnée par les organes dirigeants (Conseil d'administration, direction générale) et leur implication dans le suivi du dispositif[12]. Les dirigeants doivent faire preuve d'exemplarité et être fermes face aux cas de fraude. C'est en cultivant ce climat, sans demi-mesure, ni favoritisme, que les dirigeants diffuseront une culture d'intégrité indispensable à la prévention de la fraude.

1.4.2- Un programme anti-fraude tenant compte de la culture d'entreprise

L'engagement des dirigeants se manifeste par des actions encadrées par une politique anti-fraude articulée au système de gestion des risques et de contrôle interne. Cette politique entérinée au plus haut niveau de l'organisation est connue de tous et suivie d'effets à toutes les étapes de la lutte contre la fraude :

- prévention
- détection dont systèmes d'alerte
- investigation
- traitement et correction y compris les dispositions à prendre dès la suspicion
- reporting des résultats de la lutte contre la fraude

[12] *Ce dispositif pourra comprendre des systèmes d'alerte conformes aux exigences de la CNIL notamment celles relatives à l'Autorisation unique n° AU-004 du 8 décembre 2005 portant autorisation unique de traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de dispositifs d'alerte professionnelle.*

© IFACI

Exemples de suites à donner

- Communication en interne concernant les cas détectés
- Mise à jour des modules de sensibilisation et des règles de détection
- Dépôt de plainte
- Application de sanctions adéquates (avertissement, licenciement…) concernant les salariés
- Décisions concernant le maintien du mandat lorsqu'un agent général est impliqué dans la fraude
- Suspension de la prestation
- Résiliation du contrat de l'assuré
- Signalement TRACFIN…

Une cellule de cadrage et d'appui pourra être chargée de l'élaboration de cette politique. Elle tient compte de la culture d'entreprise (notamment le style de management et la relation Groupe/entités, etc.) et de la culture des métiers.

1.4.3- Une mobilisation à chaque niveau

Pour être effectivement mise en œuvre, la politique de lutte contre la fraude devra clairement définir les responsabilités à tous les échelons de l'organisation.

Sans une implication de chacun, la politique restera lettre morte et la structure d'accompagnement deviendra une coquille vide. La lutte contre la fraude devrait se refléter dans les comportements de chacun, en particulier les acteurs de la première ligne de maîtrise[13] sans lesquels la démarche ne sera pas intégrée dans les métiers et dans tous les instruments de gestion de l'organisation. Cette première ligne est constituée des opérationnels et de leurs managers. Il s'agit par exemple, de :

- Commerciaux
- Gestionnaires de contrats de souscription, d'adhésion collectives, de cotisations, de prestations ou de prestations déléguées.

Ils sont appuyés par les acteurs de la seconde ligne de maîtrise. Par exemple :

- DRH
- RSSI
- DSI (à impliquer le plus en amont possible lors de projets d'automatisation de contrôles préventifs ou détectifs)
- Direction juridique
- Comptabilité-trésorerie

[13] *Prise de position IFACI/AMRAE : Trois lignes de maîtrise pour une meilleure performance, 2013.*

© IFACI

- Sureté
- Contrôle interne
- Déontologie/ Conformité
- Gestion des risques

L'ensemble du dispositif est évalué de manière indépendante et objective par l'audit interne[14].

Pour en savoir plus sur les pratiques d'audit interne en matière de prévention et de détection de la fraude : Annexe 4 - données du CBOK 2015 relatives à la fraude.

L'efficacité du dispositif de lutte contre la fraude repose sur la coordination entre :

- les fonctions de contrôle de la seconde ligne de maîtrise et les opérationnels ;
- les fonctions de la seconde ligne et l'audit interne.

Une structure dédiée à la gestion du risque de fraude peut être mise en place afin de définir une politique en matière de fraude interne et externe, traiter les différentes questions ou problématiques en lien avec la fraude, de contribuer au renforcement des dispositifs de prévention du risque de fraude ou encore de piloter les tests de contrôle interne sur ces thématiques.

Recours aux experts

Les acteurs internes peuvent faire appel à des experts (expert-médicaux, expert-indépendants, expert-informatiques, ingénieurs, enquêteurs certifiés, avocats spécialisés, sapiteurs…) susceptibles de dialoguer, de pairs à pairs, avec la partie adverse et d'étayer les constats de leur contre-expertise.

Des parties prenantes externes (clients, délégataires de gestion[15], mandataires, intermédiaires, professionnels de santé, prestataires d'action sociale…) sont également à prendre en compte lors de la définition des actions de prévention et de détection.

1.4.4- Des moyens de maîtrise connus, appliqués et mis à jour

Les acteurs identifiés doivent disposer de moyens de maîtrise appropriés au regard des risques de fraude encourus par l'organisation.

L'ACFE recense les moyens de maîtrise les plus courants. Les chiffres ci-dessous concernent l'Europe de l'Ouest.

---

[14] *Pour en savoir plus sur le rôle de l'audit interne dans la lutte contre la fraude se référer au Cadre de Référence International des Pratiques Professionnelles.*

[15] *Cf. Cahier de la recherche de l'IFACI « La délégation de gestion en assurance de personnes : pistes pour un contrôle interne efficace ».*

© IFACI

Fréquence de moyens de lutte de contre la fraude	
Contrôle	**Pourcentage**
Audit externe des états financiers	88,0 %
Attestation du management concernant les états financiers	80,5 %
Code de conduite	78,7 %
Direction d'audit interne	78,5 %
Audit externe du dispositif de contrôle interne relatif au reporting financier	76,4 %
Supervision par le management	72,7 %
Comité d'audit indépendant	66,7 %
Hotline (traduction, cf. COSO)	56,7 %
Politique anti-fraude	48,2 %
Formation des collaborateurs	45,8 %
Programmes d'appui aux collaborateurs	45,7 %
Formation des managers et des dirigeants	42,9 %
Direction ou équipe dédiée	41,9 %
Analyse des données	36,0 %
Evaluation formelle du risque de fraude	35,6 %
Audits inopinés	29,5 %
Rotation des postes / vacances obligatoires	13,8 %
Récompense des lanceurs d'alerte	5,0 %

Source : ACFE, report to the nations 2014

Les progrès sur les outils d'investigation et de contrôle permettent de croiser des fichiers de données volumineux « big data ». Ils viennent renforcer les dispositifs classiques de contrôle qui restent indispensables.

© IFACI

Exemple d'utilisation d'outils d'analyse de données. Le cas de la CNAF

Dans une interview[16] publiée en 2014, le directeur « Contrôle et lutte contre la fraude » de la CNAF indiquait qu'il avait pu contrôler de manière exhaustive un échantillon aléatoire de 10 500 allocataires soit 1/1000ème de leur base. En extrapolant ces résultats, ils ont pu évaluer la fraude à 700 millions d'euros par an, environ 1 % du total des allocations versées. En utilisant un outil d'analyse de données, ils ont pu appliquer à chaque dossier « un score significatif de niveau de risque » pour mieux cibler les contrôles. En deux ans, le montant des anomalies financières a augmenté de 46%. Il se chiffrait à 263 millions d'euros en 2013.

Ce pic est classiquement observé lors du déploiement d'outils de détection de la fraude. En principe, avec l'amélioration de la prévention et « la peur du gendarme », les cas détectés devraient graduellement diminuer sans jamais disparaître.

En se fondant sur leurs pratiques, les membres de l'unité de recherche ont identifié des moyens de maîtrise, de prévention et de détection. Ils sont classés selon qu'ils relèvent de la première ou de la seconde ligne de maîtrise, sachant que ces attributions dépendent fortement de la structure de chaque organisation. Cette liste, qui n'a aucune intention d'exhaustivité, doit donc être adaptée à chaque contexte. Elle est illustrée dans les scénarios proposés dans la suite du cahier.

[16] *« Analytique et fraude », Acteurs Publics, octobre 2014.*

© IFACI

Moyens de maîtrise des risques de fraude

MOYENS DE MAÎTRISE PREVÉNTIFS			
		Fraudes internes	Fraudes externes
1ère ligne de maîtrise	**Mise en place de règles, procédures, guides et automatisation**		
	• Mettre en place un processus spécifique pour la validation des opérations de montants élevés (selon des seuils à définir)	X	
	• Sécuriser les transferts volumineux de données (portefeuille client, base assurés)	X	
	• Traduire les politiques de souscription en grilles d'analyse clients pour anticiper les situations à risques, ou définir des conditions spécifiques à la souscription (franchise, carence, sélection médicale, historique, situation économique…)		X
	• Utiliser l'authentification forte pour identifier les clients pour les opérations en ligne		X
	• Renforcer, pour certaines personnes (cibles à définir : âge, montant du capital décès…), le contrôle médical à la souscription et/ou à la prestation (vérifier que la clause est incluse au contrat d'assurance ou, le cas échéant, veiller à l'ajouter)		X
	• Limiter les renouvellements automatiques de prestations	X	X
	• Sécuriser les données sensibles (contrats en déshérence, données personnelles) et tracer les modifications	X	X
	• Définir les exigences formelles et la nature des documents justificatifs selon la nature des prestations	X	X
	• Dématérialiser les échanges et lutter contre la falsification de documents, notamment en développant le tiers payant, la déclaration en ligne de sinistres…	X	X
	• Automatiser la gestion des flux entre entreprises, courtiers et assureurs sur la base de normes partagées	X	X
	• Privilégier les paiements par virements et les prélèvements	X	X
	• Structurer l'archivage des pièces et leur conservation selon les prescriptions légales	X	X

© IFACI

MOYENS DE MAÎTRISE PREVÉNTIFS			
		Fraudes internes	Fraudes externes
1ère ligne de maîtrise	**Organisation et management**		
	• Eviter l'attribution systématique de certains types de dossiers à la même personne pour limiter les risques de collusion	X	
	• Accentuer la vigilance des managers de proximité notamment dans les situations ou périodes sensibles	X	
	• Organiser la séparation des fonctions suivantes (incluant habilitations aux applications) : - commercial (y compris courtage) et technique (tarification) - souscription et gestion - mise à jour des données sensibles et gestion - gestion et relation client - encaissement et gestion - gestion et paiement - ordonnancement et paiement	X	
	• Organiser une centralisation, une expertise ou une validation spécifique des opérations sensibles (gestion des remises de chèques, annulations, saisie-arrêt, contrôles des dossiers du personnel...)	X	
	• Assurer une rotation au niveau des personnes en charge des remboursements et des annulations de cotisations	X	X
	• Changer régulièrement l'affectation des portefeuilles clients par gestionnaire	X	X
	• Contrôler par un autre opérateur des opérations d'annulation / remboursement de cotisations	X	X
	• Assurer la permanence et la continuité de service avec les compétences adéquates (notamment pour les collaborateurs impliqués dans le processus de traitement des demandes de sorties de fonds)	X	X
	Sensibilisation et formation		
	• Former les collaborateurs à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	X	
	• Communiquer sur l'intérêt de la lutte contre la fraude auprès des assurés et professionnels	X	
	• Mentionner sur les documents contractuels les risques encourus en cas de fausse déclaration	X	
	• Former les collaborateurs au risque de fraude (par exemple sur la fraude documentaire et à l'identité, l'analyse de données et de signaux faibles, la fraude dans le processus de distribution…)	X	X
	• Former les collaborateurs à l'identification des pièces justificatives falsifiées. Cf. Annexe 3	X	X

© IFACI

MOYENS DE MAÎTRISE PREVÉNTIFS			
		Fraudes internes	Fraudes externes
1ère ligne de maîtrise	**Organisation du contrôle des éléments probants**		
	• Renforcer les contrôles pour les personnes bénéficiant également des services de l'entreprise	X	
	• Solliciter l'intervention d'experts indépendants : experts automobile, incendies, médecins, sapiteurs…		X
	• Vérifier la cohérence des informations (ex. : cohérence du NIR avec les données de civilité, de date de naissance)	X	X
	• Vérifier la conformité des opérations par seuil et par sélection aléatoire (avant paiement)	X	X
	• Contrôler la cohérence de l'information sur le RIB : nom différent du compte, localisation du compte éloignée du lieu de résidence...	X	X
	• Demander des justificatifs y compris pour les opérations à distance	X	X
	• Privilégier les justificatifs originaux ou effectuer des contrôles ou expertises sur place	X	X
	Traçabilité et auditabilité des opérations		
	• Mettre en place une base des contrats gérés par les tiers		X
	• Historiser les connexions à distance des clients	X	X
	• Enregistrer et afficher les événements sensibles relatifs à l'assuré (paiements, modification du RIB, de la situation familiale, modification des clauses bénéficiaires…) avec la date, le code de l'auteur	X	X
	• Certifier l'identité si le traitement s'opère en ligne par le client	X	X
	• Confirmer les opérations auprès des clients pour solliciter une réaction en cas de fraude : - adresser automatiquement au client un avis de modification de ses coordonnées de paiement (sans possibilité d'interception par le personnel) - confirmer à l'assuré la prise en charge des bénéficiaires lors de la souscription ou toute modification ultérieure - adresser des relevés de prestations (paiements) aux assurés et bénéficiaires	X	X
	Utilisation des systèmes de vérification selon les acteurs		
	• Inclure dans les procédures des vérifications avec les bases de données nationales. Par exemple : - « base localisation » (base ARRCO AGIRC commune à l'ensemble des institutions de retraite complémentaire) ; - fichier RNCPS (Répertoire National Commun de la Protection Sociale pour le régime de base et la retraite complémentaire) ; - bases décès « AGIRA » de l'INSEE	X	X
	• Certifier l'identité et le NIR auprès de l'INSEE pour obtenir automatiquement l'information sur la date du décès	X	X

© IFACI

MOYENS DE MAÎTRISE PREVÉNTIFS			
		Fraudes internes	Fraudes externes
1ère ligne de maîtrise	**Organiser la relation avec les tiers**		
	• Contractualiser les relations avec les tiers (conventions de délégation de gestion, contrats...) y compris les obligations de reporting		X
	• Inscrire une clause qui oblige les tiers à respecter des obligations législatives et réglementaires des assureurs (exemple « TRACFIN »…)		X
	• Inclure une clause de pénalités concernant les manquements aux obligations et engagements		X
	• Inclure une clause sur des contrôles réguliers chez les délégataires de gestion et le droit de suite de l'audit interne et des tutelles		X
2ème ligne de maîtrise	**Communication**		
	• Communiquer sur l'existence du plan de contrôle sans détailler les critères de test	X	
	• Sensibiliser les collaborateurs à la déontologie et à la conformité à la politique anti-fraude	X	
	• Donner aux managers (et pour certains cas aux opérationnels) des informations sur les cas de fraudes avérées internes ou externes (sanctions prises)	X	X
	• Sensibiliser aux risques associés à l'ingénierie sociale	X	X
	Vérification		
	• Contrôler les paiements et le respect des circuits de signature	X	
	• Vérifier la réalisation effective des contrôles prévus par le manager	X	X

© IFACI

MOYENS DE MAÎTRISE PREVÉNTIFS			
		Fraudes internes	Fraudes externes
1ère ligne de maîtrise			
	• Contrôler l'activité des gestionnaires si la séparation des fonctions n'est pas effective dans les habilitations aux applications	X	
	• Vérifier qu'il existe bien un avis technique du médecin-conseil pour chaque souscription avec questionnaire médical		X
	• Contrôler la cohérence, la complétude du dossier avant paiement	X	X
	• Contrôler l'authenticité des pièces justificatives	X	X
	• Analyser les rejets bancaires : les banques clôturent les comptes en cas de décès et le paiement est rejeté pour cause de décès	X	X
	• Effectuer un rapprochement entre flux techniques/flux financiers	X	X
	• Vérifier dans le fichier national RNCPS le non cumul des prestations pour le régime de base et la retraite complémentaire	X	X
	• Renforcer le contrôle des sinistres si le sinistre intervient peu de temps après l'adhésion	X	X
	• Contrôler le traitement des courriers non distribués et qui sont retournés à l'expéditeur	X	X
	• Contrôler les opérations dérogatoires aux règles et politiques	X	X
	• Renforcer les contrôles des prestations avec bénéficiaires multiples	X	X
	• Réaliser des campagnes de persistance des droits à une fréquence à déterminer selon le montant de la rente (ou réglementation pour les IRC)	X	X
	• Faire contrôler les prescriptions ou situations médicales par un médecin-conseil	X	X
2ème ligne de maîtrise	**Communication**		
	• Rapprocher les RIB des bénéficiaires avec les RIB des salariés, en conformité avec la CNIL et les obligations de consultation des instances représentatives du personnel	X	
	• Contrôler les opérations sensibles ou dérogatoires	X	
	• Contrôler les opérations réalisées par les gestionnaires si la séparation des fonctions n'est pas effective dans le système d'information	X	
	• Suivre l'évolution de carrières sur des postes faisant l'objet d'une séparation de fonctions (par exemple, déclarations de décès et modification de rentes) et vérifier que les habilitations antérieures sont clôturées	X	
	• Analyser les sinistres survenus peu de temps après les adhésions		X
	• Vérifier les justificatifs des mises à jour de RIB fréquentes	X	X
	• Vérifier les assurés avec plusieurs modifications successives	X	X
	• Contrôler régulièrement les opérations sur RIB	X	X
	• Contrôler les données de mise en gestion des paramètres du contrat	X	X
	• Contrôler que les prestations payées sont en adéquation avec le contrat et les avis techniques du médecin-conseil	X	X
	• Adresser des courriers de vérification de situation pour matérialiser une potentielle fraude – Suivi des non réponses	X	X

© IFACI

MOYENS DE MAÎTRISE PREVÉNTIFS			
		Fraudes internes	Fraudes externes
2ème ligne de maîtrise	**Communication**		
	• Opérer des analyses statistiques sur les RIB des bénéficiaires de paiement de dossiers multiples	X	X
	• Analyser les taux de sinistres, les cotisations moyennes de l'entreprise par rapport au secteur d'activité, à des entreprises de taille identique	X	X
	• Examiner par requête informatique les changements de bénéficiaire proches de la date du décès – bénéficiaire qui revient fréquemment	X	X
	• Analyser les adhésions par secteurs d'activité au regard du marché	X	X
	• Effectuer un suivi de l'évolution des effectifs et de la masse salariale au cours de la première année, d'une année sur l'autre	X	X
	• Analyser les réclamations, recours des assurés et bénéficiaires	X	X
	• Renforcer la détection au moyen de l'identification et de l'analyse de situations atypiques	X	X
	• Analyser l'historique de sinistralité des assurés pour détecter des fréquences, durées et montants anormaux	X	X
	• Analyser les évolutions de cotisations et cohérence avec les déclarations de salaires	X	X
	• Analyser les résultats techniques des contrats collectifs	X	X
	• Analyser les événements (modifications de contrats, sinistres) par rapport aux autres données connues de l'assuré dans l'entreprise (santé et prévoyance, examiner par requête informatique les personnes de plus de 85 ans ne consommant pas de prestations santé, par exemple)	X	X
	• Développer des scénarios de recherche de cas douteux sur base de données : nombre d'arrêts maladie par individu, durée des arrêts, nombre de prolongations…	X	X
	Traitement de la fraude		
	• Appliquer les sanctions disciplinaires	X	
	• Réaliser le signalement Tracfin		X
	• Circulariser les suspicions de fraude auprès du marché (exemple : ALFA ou à d'autres associations professionnelles)		X
	• Analyser les cas de fraude et enrichir une base de scénarios rencontrés (en conformité avec l'Autorisation Unique 39 de la CNIL)	X	X
	• Déposer des plaintes pour maintenir la dissuasion	X	X
	• Recouvrer les sommes indues	X	X

© IFACI

En résumé :

- La lutte contre la fraude est un axe des dispositifs de contrôle interne et de gestion des risques.
- L'engagement des dirigeants est crucial. Il est rendu visible par une politique régulièrement suivie.
- Le pilotage par une cellule d'appui dédiée à la lutte contre la fraude est recommandé. Elle devra se coordonner avec les autres acteurs de contrôle (correspondants TRACFIN, contrôleurs internes, risk managers, auditeurs…).
- Le développement d'outils d'investigation sur les données de gestion ou le « big-data » est utile pour industrialiser la lutte contre la fraude.
- Le développement d'une coordination entre les acteurs de la place (pouvoirs publics et organismes d'assurances) sur le sujet est fondamental. Elle permettrait d'être mieux informé sur les bonnes pratiques de prévention et de détection ou de récupérer des indus pour des actes frauduleux détectés par un autre acteur. En outre, l'ouverture de fichiers nationaux (RNCPS, FICOBA…) permettrait de renforcer l'efficacité du dispositif de lutte contre la fraude.

© IFACI

Partie 2

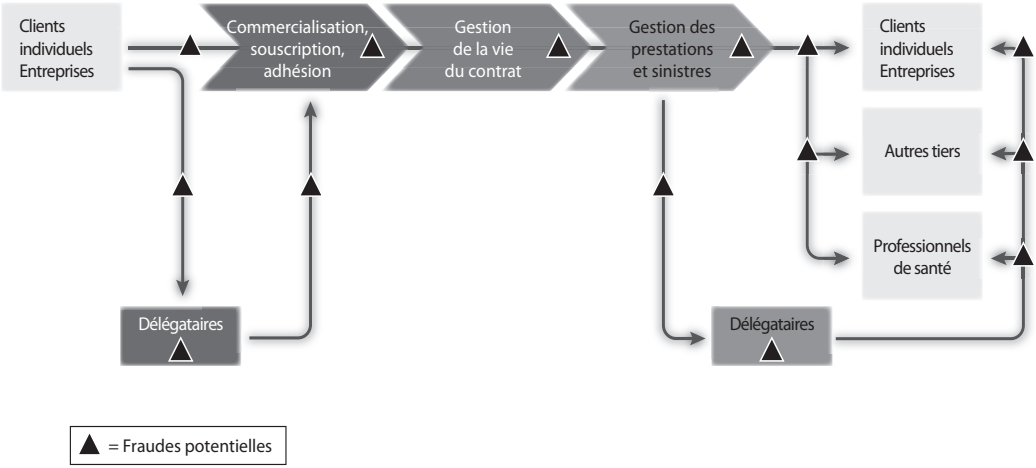
Prévenir et détecter la fraude au travers de scénarios

© IFACI

Les membres du groupe de travail sont partis de cas identifiés par le groupe professionnel « Protection sociale » de l'IFACI en 2009 pour partager leurs expériences sur les garanties et services suivants :

- L'IARD matériel, garantie d'assistance et responsabilité civile dommage matériel
- L'IARD corporel et responsabilité civile dommage corporel
- La santé
- La prévoyance (incapacité, invalidité, décès)
- L'épargne
- La retraite supplémentaire
- La retraite complémentaire
- L'action sociale

L'unité de recherche ne traite pas des cas spécifiques aux activités support (ressources humaines, informatique…). Les scénarios étudiés concernent le processus de gestion schématisé ci-dessous :



Les triangles matérialisent les risques de fraude. Sur les flèches, ils indiquent les fraudes sur les « échanges d'informations », dans les formes ils schématisent les fraudes sur les processus et activités de gestion.

Les scénarios qui suivent ont été documentés à partir du modèle figurant en annexe 1. Ils sont donnés à titre illustratif et n'ont pas l'ambition de couvrir toutes les modalités de fraude et de contrôle. Ce sont des bases de travail à transposer selon le contexte en sachant que des scénarios complexes combinent les cas présentés. Il est ainsi important de restituer chaque cas dans le processus de gestion pour mieux envisager les défaillances possibles en amont ou en aval de l'acte incriminé.

Les moyens de maîtrise classiques sont rappelés dans la première partie, seuls les moyens spécifiques au scénario sont présentés dans la suite du document.

© IFACI

Liste des fiches :

2.1- Usurpation d'identité et de données 34
- 2.1.1- Modification frauduleuse des coordonnées de paiement (RIB) 34
- 2.1.2- Ingénierie sociale et divulgation d'information confidentielle 35

2.2- Création de faux dossiers 36
- 2.2.1- Création interne d'un faux dossier d'assurance 36
- 2.2.2- Création interne d'un faux dossier de retraite complémentaire 37
- 2.2.3- Création d'entreprises fictives 38
- 2.2.4- Création de salariés fictifs afin de bénéficier d'avantages indus 39

2.3- Fraude à la souscription / cotisation 40
- 2.3.1- Fausse déclaration à l'adhésion d'un contrat collectif 40
- 2.3.2- Fausse déclaration à l'adhésion d'un contrat indivuduel 41
- 2.3.3- Fausse déclaration dans le questionnaire médical 42
- 2.3.4- Détournement des règles de souscription 43
- 2.3.5- Détournement de chèques entrants 44
- 2.3.6- Détournement par annulation de créances 45

2.4- Fraude aux prestations 46
- 2.4.1- Fraude à l'assurance IARD matériel 46
- 2.4.2- Fraude aux prestations de santé 47
- 2.4.3- Fraude aux prestations d'indemnité journalière et d'incapacité 48
- 2.4.4- Fraude au déblocage anticipé de fonds de produit d'épargne 49
- 2.4.5- Fraude au capital décès 50
- 2.4.6- Fraude à la réversion 51
- 2.4.7- Attribution de prestation fictive par un collaborateur 52
- 2.4.8- Fausse déclaration de personnes à charge 53
- 2.4.9- Fausse déclaration concernant la dépendance après un décès 54
- 2.4.10- Fausse déclaration de salaires 55
- 2.4.11- Fausse saisie sur allocation 56
- 2.4.12- Poursuite illégitime de prestations d'un bénéficiaire décédé 57
- 2.4.13- Modification frauduleuse du bénéficiaire d'un capital décès 58
- 2.4.14- Fraude aux aides sociales individuelles 59
- 2.4.15- Détournement de financement d'activité sociale 60
- 2.4.16- Cumul frauduleux de contrats de prévoyance 61
- 2.4.17- Cumul frauduleux de contrats de santé 62

2.5- Fraude liée aux activités des tiers (Courtiers, délégataires, professionnels de santé…) 63
- 2.5.1- Fausse facturation par un professionnel de santé 63
- 2.5.2- Majoration par le délégataire de gestion des prestations payées aux assurés 64
- 2.5.3- Non-respect des consignes tarifaires 65
- 2.5.4- Non reversement exhaustif des fonds reçus par le délégataire 66

© IFACI

2.1- Usurpation d'identité et de données

2.1.1- Modification frauduleuse des coordonnées de paiement (RIB)

Description de la fraude

Substituer l'identité et les coordonnées de paiement dans un dossier existant pour détourner un paiement ou un remboursement de cotisations.

Fraude pouvant être réalisée par un membre de la famille de l'assuré à son profit ou par du personnel de l'assureur pour bénéficier de prestations indues.

La substitution des coordonnées de paiement permet par exemple de verser des prestations sur un autre compte que celui du bénéficiaire légitime.

Ce montage peut être assez complexe et être accompagné d'une falsification de justificatifs ou d'un piratage informatique.

Cette fraude peut être également mise en œuvre lors du traitement des rejets de paiement.

Type de Fraude ☑ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30608 – Fraude interne - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

R30609 – Fraude interne - Vol et fraude - Usurpation de compte / d'identité

R30702 – Fraude externe - Vol et fraude -Contrefaçon de documents

R30705 – Fraude externe - Vol et fraude - Usurpation de compte / d'identité

Macro-processus

- ☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
- ☑ **Gestion de la vie du contrat**
- ☑ **Gestion des prestations / sinistres**
- ☑ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Accorder à des équipes spécialisées les habilitations en gestion des RIB
- S'assurer de la sécurité des accès aux comptes des clients sur les services en ligne
- Ne réaliser aucune modification de RIB par téléphone sans un système sécurisé adapté pour bien identifier le client (par exemple, secret partagé, contre appel…)
- Historiser dans le SI, toutes modifications de RIB (en veillant à avoir à minima, le numéro de RIB, la date de modification, l'identifiant de la personne ayant effectué la modification)

Détection

- Contrôler systématiquement les paiements sur RIB distinct de celui enregistré dans la base client

© IFACI

2.1.2- Ingénierie sociale et divulgation d'information confidentielle

Description de la fraude

Détourner le patrimoine informationnel d'une entreprise pour en tirer profit.

Un individu détourne sciemment des données relevant de la responsabilité (directement ou indirectement dans le cadre d'un partenariat, de la gestion pour compte de tiers ou de la sous-traitance) de son (ou d'une) entreprise afin d'en tirer profit, en les dupliquant ou en les subtilisant, pour une finalité personnelle au préjudice de son (ou d'une) entreprise.

Les principaux enjeux ici, pourraient être par exemple :

- un détournement des bases clients à des fins de revente, ou de prospection commerciale auprès d'acteurs de mêmes secteurs d'activités ou connexes ;
- une utilisation des bases clients avec coordonnées bancaires afin d'opérer des opérations financières sur leurs comptes ;
- détournement des bases contrats (clients et tarifs) et revente à des concurrents (en capacité de proposer des produits semblables pour un prix moindre).

Type de Fraude ☑ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30613 – Fraude interne - Sécurité des systèmes - Malveillance informatique

R30614 – Fraude interne - Sécurité des systèmes - Données

R30706 – Fraude externe - Sécurité des systèmes - Malveillance informatique

R30707 – Fraude externe - Sécurité des systèmes - Données

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☑ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☑ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Limiter l'utilisation des périphériques de stockage portatif (USB, Disques durs externes…)
- Mettre en place des outils d'IAM *(Identity and Access Management)* : signature numérique, authentification forte …
- Mettre à disposition des espaces d'échange de données sécurisés (par exemple, plateforme d'échange https ...)
- Appliquer la politique de sécurité des systèmes d'information (y compris la protection du patrimoine informationnel)
- Mettre en place une classification des documents et des données
- Intégrer dans les contrats de travail des clauses de confidentialité

Détection

- Contrôler les volumes importants de flux / mouvements de données (impression, téléchargement…)
- Contrôler les accès physiques et informatiques
- Suivre les détections de tentatives d'intrusions et intrusions non autorisées
- Vérifier les habilitations sur les fonctions sensibles (extractions)

© IFACI

2.2- Création de faux dossiers

2.2.1- Création interne d'un faux dossier d'assurance

Description de la fraude
Créer un assuré ou un bénéficiaire (par exemple, salarié fictif dans un contrat collectif, faux enfant à charge …) pour bénéficier d'une prestation fictive. Cette création peut se faire en l'absence de justificatifs mais dans certains cas le fraudeur devra également produire de faux documents ou usurper une identité.

Type de Fraude	☑ interne	☐ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30608 – Fraude interne - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☑ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Organiser la séparation des fonctions suivantes : - Gestion de la vie du contrat et des prestations - Gestion et contrôle-validation - Souscription et gestion
Détection
• Vérifier par sondage la conformité de la souscription et la cohérence des assurés et bénéficiaires (adresse, âge) • Rapprochement des participants déclarés avec la déclaration annuelle des salaires • Analyser les NIR non certifiés ou les identifiants temporaires

© IFACI

2.2.2- Création interne d'un faux dossier de retraite complémentaire

Description de la fraude
Créer un dossier complètement faux (individu, carrière, demande de liquidation…) pour détourner une allocation de retraite indue. Le gestionnaire utilise alors sa connaissance du système d'information et des contrôles existants.

Type de Fraude	☑ interne	☐ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30608 – Fraude interne - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☑ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Mettre en place la séparation des fonctions suivantes : - Gestion des individus et liquidation des retraites - Liquidation et contrôle
Détection
• Effectuer le rapprochement des allocataires avec les données des organismes de protection sociale : - le flux base localisation (base ARRCO AGIRC commune à l'ensemble des institutions de retraite complémentaire) - le fichier RNCPS (Répertoire National Commun de la Protection Sociale) pour le régime de base et la retraite complémentaire

© IFACI

2.2.3- Création d'entreprises fictives

Description de la fraude

Faire une fausse création d'entreprise lors de la souscription d'un contrat collectif Santé ou Prévoyance dans le but de percevoir par la suite des prestations indues.

Par exemple, créer une entreprise fictive (quitte à l'immatriculer pour avoir un Kbis mais à ne pas avoir d'activité réelle) pour en faire bénéficier un salarié en arrêt longue durée en invalidité.

Type de Fraude ☑ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus

- ☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
- ☐ **Gestion de la vie du contrat**
- ☐ **Gestion des prestations / sinistres**
- ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Procéder aux vérifications externes nécessaires : par exemple, recherche d'informations sur la société et son gérant sur un outil dédié (ORT, société.com), et demander des pièces confirmant l'existence de la société :
  - Kbis de moins de 3 mois
  - CNI mandataire social de l'entreprise
- Effectuer un suivi de l'évolution des effectifs et de la masse salariale au cours de la première année
- Comparer s'ils sont disponibles, les résultats de l'assureur précédent du contrat
- Surveiller les opérations atypiques et douteuses (exemple : contrôle spécifique des remboursements ayant lieu au cours des deux premières années d'adhésion)
- Demander en cas de situation suspecte, des documents justificatifs supplémentaires via le service souscription
- Privilégier une relation commerciale réelle (vente debout, en agence) en particulier pour les gros contrats

Détection

- Analyser les dossiers des entreprises sans changement d'état sur plusieurs années
- Contrôler les souscriptions de garanties « atypiques »
- Contrôler la cohérence des salaires avec l'activité

© IFACI

2.2.4- Création de salariés fictifs afin de bénéficier d'avantages indus

Description de la fraude
Créer un dossier de salarié fictif pour bénéficier de garanties dans des conditions plus favorables.

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☑ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus
☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☐ **Gestion de la vie du contrat** ☐ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Contrôler la cohérence entre le numéro de sécurité sociale, le lieu de naissance, la civilité et la date de naissance pour les bénéficiaires de plus de 16 ans (non rattachés au numéro de leurs parents) : - Comparer le premier chiffre du NIR avec la civilité ou le sexe de l'assuré (1 ou 3 pour les hommes et 2 ou 4 pour les femmes). - Comparer les chiffres en position 2 et 3 du NIR avec les deux derniers chiffres de l'année de naissance de l'assuré. - Comparer les chiffres en position 4 et 5 du NIR avec le mois de naissance de l'assuré. - Comparer les chiffres en position 6 et 7 du NIR avec le département de naissance de l'assuré (hors outremer). • Demander pour chaque adhésion individuelle standard les éléments suivants permettant de confirmer l'identité de l'assuré et de ses ayant-droits : - la Carte Nationale d'Identité pour un adulte - l'attestation de sécurité sociale
Détection
• Suivre l'évolution des effectifs et la cohérence avec la masse salariale (souscription de garanties « atypiques »)

© IFACI

2.3- Fraude à la souscription / cotisation

2.3.1- Fausse déclaration à l'adhésion d'un contrat collectif

Description de la fraude

Omettre certains éléments lors de l'adhésion ou falsifier des informations dans le but de minorer des primes.
Par exemple, l'employeur :

- Utilise de faux codes SIREN ou NAF / APE pour souscrire à une autre branche d'activité qui a des conditions plus favorables, non déclaration de sinistres précédents, minoration de la valeur des biens…
- déclaration du nombre de salariés différente à l'assureur et au délégataire (cas où les cotisations sont gérées par l'assureur et les prestations par un délégataire) :
  - omission de déclaration ou non-affiliation de tous les salariés (à l'adhésion)
  - minoration de la masse salariale déclarée (annuel)

Ce type de montage se fait avec ou sans collusion interne, ou avec le courtier, ou le délégataire. Il peut être accompagné d'une contrefaçon de documents ou d'une manipulation de fichiers informatiques.

La fraude peut également consister à minorer des primes par l'absence de déclaration d'un changement de situation (minoration de la déclaration annuelle des salaires pour bénéficier de meilleures conditions tarifaires par rapport à la démographie réelle de l'entreprise).

Le fraudeur sera plus enclin à commettre un délit en cas de révision tarifaire, de désaccord commercial, de difficultés financières, de changement de la démographie de la société (rachat de société, embauches massives...), ou encore de changement des équipes de gestion du contrat.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30608 – Fraude interne - Activité non autorisée - Fausses déclarations
R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations
R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents
R30706 – Fraude externe - Sécurité des systèmes - Malveillance informatique

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☑ **Gestion de la vie du contrat**
☐ **Gestion des prestations / sinistres**
☑ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Demander un historique des rémunérations pour éviter les fausses déclarations de salaires
- Demander les résultats techniques du contrat précédent
- Inclure dans les procédures, des contrôles de cohérence avec des bases de données nationales (registre des sociétés, cohérence des codes SIREN / APE / NAF…)
- Demander, en cas de doute, les bulletins de salaires lors de la souscription
- Accepter l'original de l'attestation-chèque de la Sécurité sociale comme seul justificatif recevable pour l'enregistrement d'un ACS (Aide à la Complémentaire Santé accordée par les Caisses d'Assurance Maladie)

Détection

- Vérifier le relevé SIREN et l'extrait KBis
- Faire ses propres vérifications de l'activité de l'entreprise (supports publicitaires et de communication, sites spécialisés…)
- Confronter les données de déclaration prévoyance aux données du contrat santé
- Analyser les dossiers d'adhésion *a posteriori* par échantillon. Par exemple, contrôle de cohérence entre les bases RH déclarées dans le cadre du contrat de prévoyance et la déclaration des salaires

© IFACI

2.3.2- Fausse déclaration lors de l'adhésion à un contrat individuel

Description de la fraude

Déclarer une fausse situation ou un faux état de santé pour :
- bénéficier d'une assurance (par exemple, surestimation des biens mobiliers garantis en habitation) ;
- éviter une surprime ou une exclusion de contrat.

Lors de l'adhésion ou de la souscription, le fraudeur réalise une fausse déclaration au moyen des justificatifs falsifiés (questionnaire médical, certificat d'invalidité, attestation de sécurité sociale, livret de famille, certificat de scolarité, attestation chômage, attestation fiscale).

En cours de vie de contrat, l'assuré ne déclare pas un changement de situation (reprise d'activité, retraite…).

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☑ **Gestion de la vie du contrat**
☐ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Examiner la complétude du questionnaire médical de l'assuré par le médecin-conseil pour certaines personnes (cibles à définir : âge, montant du capital décès, etc.). Le cas échéant, demander des compléments plus précis (analyses, bilans médicaux, radiologiques…)
- Etablir une liste de signalement des fraudeurs identifiés. Cette liste à usage interne peut être mise à disposition des principaux délégataires en charge de la distribution des contrats d'assurance (en respect des dispositions de l'autorisation unique Fraude 39 telle que définie par la CNIL)

Détection

- Mettre en place des requêtes incluant par exemple les critères suivants :
  - sinistres survenant dans un délai (à définir) proche de l'adhésion/ la modification du contrat/ ou d'un avenant au contrat
  - 30 sinistres les plus importants du trimestre

© IFACI

2.3.3- Fausse déclaration dans le questionnaire médical

Description de la fraude

Fournir de faux renseignements sur son état de santé et son parcours médical principalement lors de la souscription du contrat.

Cette fraude, favorisée par le secret médical, permet de bénéficier de prestations ou de services sans pénalités, sans surcoûts et sans limitations ou exclusions.

Elle concerne la Santé, la Prévoyance et l'Invalidité, l'IARD corporel et à la Responsabilité civile corporel aussi bien individuelle que collective.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de document

Macro-processus

- ☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
- ☑ **Gestion de la vie du contrat**
- ☐ **Gestion des prestations / sinistres**
- ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Alerter les prospects sur les risques et conséquences liés aux fausses déclarations sur l'état de santé de l'assuré
- Vérifier qu'il existe bien un avis du médecin-conseil pour chaque souscription avec questionnaire médical et identifier les incohérences avec les éléments déclarés

Détection

- Faire effectuer, en cas de doute, un examen médical

© IFACI

2.3.4- Détournement des règles de souscription

Description de la fraude

Le salarié cherche à maximiser la part variable de sa rémunération ou à obtenir un reversement de la partie tierce en détournant les règles de souscription. Par exemple :

- non-respect des délais de carence
- tarification en-deçà des normes applicables dans le groupe
- absence de prise en compte d'éléments défavorisant le client (par exemple compte de résultats dégradés…)
- falsification des données de reporting. Par exemple en :
  - enregistrant dans l'outil CRM une nouvelle affaire alors qu'elle est refusée par la gestion
  - s'attribuant des affaires qui n'ont fait l'objet d'aucune démarche commerciale de sa part
- délégations de gestion ou courtages à des conditions tarifaires favorables au prestataire. Cas d'un responsable commercial, d'un assureur qui passe à un comparse des affaires obtenues en direct pour qu'il y ait génération de commissions de façon indues.

Type de Fraude ☑ **interne** ☐ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30604 – Fraude interne - Activité non autorisée - Fausses déclarations

R30608 – Fraude interne - Vol et fraude - Contrefaçon de document

R30609 – Fraude interne - Vol et fraude - Usurpation de compte / d'identité

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☐ **Gestion des prestations / sinistres**
☑ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Organiser la séparation des tâches commerciales et techniques (tarification)
- Organiser la séparation des fonctions dans le processus de gestion déléguée (Les conditions tarifaires sont validées par une personne compétente qui n'est pas en contact avec les courtiers et délégataires de gestion)
- Mettre en place une procédure de gestion des dérogations à la politique commerciale y compris définition de seuils et d'habilitations dans l'outil d'aide à la vente
- Faire signer le code de déontologie aux commerciaux

Détection

- Lancer des requêtes pour contrôler des éléments atypiques, et au niveau notamment des taux de cotisation, de rémunération, les commissions d'apport…
  - tarif proposé avec des entreprises / adhérents ayant le même profil ou par rapport à des données historiques
  - écarts entre le reporting commercial et les éléments de gestion
- Vérifier le respect de la procédure d'escalade en cas de dérogation à la politique commerciale (par exemple revue par la direction technique)
- Contrôler périodiquement les résultats techniques

© IFACI

2.3.5- Détournement de chèques entrants

Description de la fraude
Détourner, falsifier et encaisser des chèques reçus par l'entreprise.

Type de Fraude	☑ interne	☑ externe	☐ collusion

Macro-processus
☐ Commercialisation / Souscription / Adhésion ☑ Gestion de la vie du contrat ☑ Gestion des prestations / sinistres ☐ Gestion des apporteurs / délégataires

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Définir une adresse unique de remise des chèques • Endosser les chèques dès l'arrivée • Effectuer le jour même la remise des chèques à la banque • Mettre au coffre les chèques non remis en banque • Organiser la séparation des fonctions entre le traitement des chèques et la gestion des comptes clients (création et gestion des avenants) • Réduire la part des moyens de paiement matériels • Surveiller les opérations ayant des montants significatifs • Contrôler les opérations d'annulation de dettes
Détection
• Compter à l'arrivée les chèques devant être saisis puis décompter ceux ayant été saisis • Contrôler la cohérence des lots de chèques remis en banque • Enregistrer et traiter les réclamations clients afin d'identifier les vols de chèques

© IFACI

2.3.6- Détournement par annulation de créances

Description de la fraude

Annuler frauduleusement des créances. Cette fraude peut se manifester par de multiples scénarios qui peuvent être regroupés selon les trois catégories suivantes :

- détournement par un salarié d'un trop perçu de primes ou de cotisations
- utilisation du système d'annulation de créance pour créer de fausse remise dans le but de bénéficier d'avantages (par exemple faciliter la vente avec des remises complémentaires, obtenir le partage de la remise).
- paiement de cotisations supérieurs pour demander un remboursement dans le cadre d'un mécanisme de blanchiment (les opérations d'annulation de créance sont reconnues comme une zone de risques dans la lutte contre le blanchiment et de financement du terrorisme (LCBFT)).

Type de Fraude ☑ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30704 – Fraude externe - Vol et fraude / Autre

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☑ **Gestion de la vie du contrat**
☐ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Encadrer les actes de remise de majorations, pénalités : validation hiérarchique selon des seuils, contrôle des justificatifs correspondants à chaque minoration ou exonération de cotisation
- Saisir une justification pour chaque annulation / remboursement de cotisation
- Appliquer une procédure sur les révisions tarifaires précisant les modalités de dérogation
- Désigner les personnes habilitées à valider les dérogations aux révisions tarifaires
- Demander automatiquement la confirmation par un manager ou un autre gestionnaire des opérations d'annulation / remboursement de cotisation
- Effectuer les rapprochements comptables pour le suivi du traitement des rejets de prélèvement

Détection

- Contrôler la justification des annulations / remboursement de cotisation (avec ou sans pièces justificatives)
- Vérifier que les admissions en non-valeur enregistrées ont été décidées par une personne autorisée
- Suivre les statistiques des opérations sur cotisations, détecter et sonder les écarts atypiques de comportement :
  - Mises à jour fréquentes des comptes clients
  - Evolution des paiements de cotisations
  - Historisation et contrôles des modifications de données sensibles (exemple : coordonnées bancaires)

© IFACI

2.4- Fraude aux prestations

2.4.1- Fraude à l'assurance IARD matériel

Description de la fraude
Augmenter frauduleusement le montant de la prestation par : • la déclaration d'un sinistre fictif pour percevoir l'indemnisation (par exemple : organisation d'un faux vol, accident auto ou incendie habitation…) • la surévaluation du préjudice d'un vrai sinistre (par exemple : surestimation de la valeur de biens mobiliers, fausses factures…) • la modification des circonstances d'un vrai sinistre (par exemple : faux témoignages, falsification d'un rapport d'expertise…)

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☑ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☐ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Vérifier, à la déclaration du sinistre, les éléments justificatifs du niveau de la garantie (évaluation des biens, vétusté…)
Détection
• Obtenir des déclarations et plusieurs témoignages pour établir les concordances du sinistre • Solliciter un expert, selon le niveau de garantie, de sinistre

© IFACI

2.4.2- Fraude aux prestations de santé

Description de la fraude

Obtenir (ou détourner) des remboursements frauduleux par la falsification d'ordonnances, de codifications utilisées pour les actes de prescriptions ou de factures (ex : optiques ou dentaires).

Dans certains cas, un professionnel peut être de collusion avec le fraudeur ou opérer seul en détournant le mécanisme de tiers payant (par exemple, faire prendre en charge des remboursements fictifs de personne à charge sur « un contrat famille » par une personne célibataire).

Il existe aussi des pratiques de prise en charge de soins sur la carte santé d'une autre personne. Ce cas est particulièrement difficile à identifier s'il est occasionnel parce qu'il ne ressortirait pas des analyses de surconsommations ou de situations atypiques.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus

- ☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
- ☐ **Gestion de la vie du contrat**
- ☑ **Gestion des prestations / sinistres**
- ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- En l'absence de protocole NOEMIE, contrôler la conformité des ordonnances avec les formulaires officiels correspondant (par exemple formulaire Cerfa 12708*02 pour les médicaments) et leur validité (correctement signées)
- Faire contrôler par un médecin-conseil les dossiers de remboursement important
- Mettre en place une procédure spécifique pour le traitement des prestations dues à des membres de la famille ou des relations personnelles d'un gestionnaire de prestations

Détection

- Vérifier par sondage auprès des professionnels de santé s'ils sont bien prescripteurs des ordonnances aux dates déclarées
- Vérifier auprès des clients qu'ils ont bien bénéficié des soins aux dates déclarées
- Vérifier les codifications et références auprès des fabricants pour vérifier la cohérence des demandes de remboursement
- Utiliser des logiciels spécialisés d'analyse de situation atypique (logiciels qui se développent)
- Développer des analyses de consommation de prescription pour détecter les situations atypiques et recourir au médecin-conseil pour traiter les données médicales nominatives (penser à l'anonymat des dossiers pour les études statistiques avec un code qui peut être inversé par le service médical pour retrouver le dossier)

© IFACI

2.4.3- Fraude aux prestations d'indemnité journalière et d'incapacité

Description de la fraude

Communiquer des pièces justificatives falsifiées (par exemple, arrêt de travail injustifié avec ou sans complaisance d'un médecin, de l'employeur...) pour :

- Percevoir une prestation non justifiée par le contrat ou pour un montant supérieur aux termes du contrat ;
- Prolonger le paiement d'une prestation (ne pas actualiser sa situation afin de maintenir la perception d'indemnités) ;
- Faire porter à la sécurité sociale et à l'institution de prévoyance des coûts salariaux de salariés relevant de conflit sociaux ou d'une négociation employeur / salarié.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

Macro-processus

☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Prévoir contractuellement l'obligation d'actualisation de la situation
- Prévoir contractuellement la possibilité d'une vérification de l'état de santé par un médecin-conseil ou la présence au lieu de résidence. Ces vérifications permettent des levées de doute sur la réalité de l'arrêt de travail, de l'incapacité
- Adresser un courrier de vérification de situation pour matérialiser une potentielle fraude avec suivi des non réponses
- Clarifier les conditions d'éligibilité des garanties
- Demander les originaux des 3 derniers bulletins de salaires pour vérifier le montant des indemnités journalières
- Maîtriser les procédures automatiques de renouvellement des prestations
- En cas de doute, demander préalablement la confirmation auprès de la Sécurité sociale des montants versés

Détection

- Contrôler par sondage les pièces justificatives de renouvellement
- Reconstituer le salaire déclaré à la Sécurité sociale à partir du montant de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale
- Contacter distinctement l'entreprise et le salarié (pour identifier des situations discordantes)
- Réaliser une vérification de l'état de santé par un médecin-conseil ou la présence au lieu de résidence. Ces vérifications permettent des levées de doute sur la réalité de l'arrêt de travail, de l'incapacité.
- Développer des requêtes de recherche de cas douteux ou atypiques (nombre d'arrêts maladie par individu, durée des arrêts, nombre de prolongations…) afin de cibler les investigations
- Analyser les taux de sinistres de l'entreprise par rapport au secteur d'activité, à des entreprises de taille identique
- Analyser les arrêts par entreprise sur des salariés de plus de 55 ans pour détecter des situations déguisées de «retraite anticipée »

© IFACI

2.4.4- Fraude au déblocage anticipé de fonds de produit d'épargne

Description de la fraude
Utiliser des faux justificatifs afin de débloquer les fonds de produit d'épargne tels que : PERCO, PEE, article 83 du Code général des Impôts et éviter les impacts fiscaux.

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30701 – Fraude externe - Vol et fraude/fausses déclarations

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☐ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Communiquer sur les conditions de déblocage des fonds
Détection
• Contrôler les conditions règlementaires et contractuelles de déblocage des fonds • Analyser l'historique de l'acquisition des droits afin d'en détecter d'éventuelles incohérences • Déclarer le soupçon à Tracfin • Analyser un échantillon de demandes au regard des situations normales de déblocage des fonds

© IFACI

2.4.5- Fraude au capital décès

Description de la fraude
Déclencher le paiement de la garantie décès (temporaire décès, obsèques…) par la fourniture d'un acte de décès falsifié. Les options telles que les garanties obsèques peuvent également être demandées par la production de documents falsifiés en appui de prestations non réalisées. La vigilance doit être renforcée lorsque, pour des assurés domiciliés à l'étranger, les justificatifs fournis sont en langue étrangère ou difficilement vérifiables.

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☑ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☐ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Solliciter plusieurs bénéficiaires ou acteurs dans la gestion du sinistre (banque, notaire…)
Détection
• Solliciter l'état civil ou l'INSEE pour les montants élevés de garantie ou en cas de doute

© IFACI

2.4.6- Fraude à la réversion

Description de la fraude

Omettre de déclarer un remariage (qui supprime la réversion de la retraite complémentaire de l'ex-conjoint) ou déclaration d'un enfant bénéficiaire qui ne l'est pas.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30705 - Fraude externe –Vol et fraude - Usurpation de compte / d'identité

Macro-processus

☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Définir les justificatifs nécessaires à la mise en œuvre de la garantie (privilégier les originaux) :
  - l'imprimé de demande de réversion complété et signé, (imprimé réglementaire AGIRC ARRCO) ;
  - l'acte de décès
  - l'extrait d'acte de naissance du bénéficiaire de moins de 3 mois
  - l'état civil du demandeur et du représentant le cas échéant
  - le RIB du bénéficiaire
  - la procuration ou le justificatif de mise sous tutelle ou curatelle (si la demande émane d'un tiers)
  - un justificatif d'enfant à charge ou d'invalidité du bénéficiaire

  Pour les réversions hors SEPA et pour les polygames :
  - attestation de non remariage de l'ayant droit signée
  - attestation des mariages successifs de l'ouvrant droit signée

  Pour les réversions multi-conjoints :
  - Attestation de non remariage de l'ayant droit signée
  - Acte de naissance avec mentions marginales faisant figurer le décès de l'ouvrant droit

Détection

- Contrôler les pièces justificatives spécifiques à la réversion et leur caractère original, leur cohérence
- Mettre en œuvre l'analyse du Diagnostic 6 « cohérence identification réversion » du fichier RNCPS[17]

[17] http://www.securite-sociale.fr/Repertoire-National-Commun-de-la-Protection-Sociale-RNCPS

© IFACI

2.4.7- Attribution de prestation fictive par un collaborateur

Description de la fraude
Attribuer ou majorer des prestations sans pièces justificatives. Prolonger la garantie en bloquant la prise en compte d'éléments nécessitant l'arrêt d'une prestation.

Type de Fraude	☑ interne	☐ externe	☑ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30604 – Fraude interne - Activité non autorisée - Fausses déclarations R30606 – Fraude interne - Vol et fraude - Vol / détournement de fonds R30608 – Fraude interne - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☐ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Instaurer une séparation des tâches • Définir les contrôles et la supervision à réaliser pour chaque pièce justificative
Détection
• Organiser des contrôles croisés soit par le manager soit par des gestionnaires (quel que soit le montant et le risque de la prestation)

© IFACI

2.4.8- Fausse déclaration de personnes à charge

Description de la fraude
Fournir de fausses pièces ou ne pas actualiser une situation passée pour maintenir une personne à charge et la garantie versée par l'assureur. Augmenter la valeur du capital décès.

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus
☐ Commercialisation / Souscription / Adhésion ☐ Gestion de la vie du contrat ☑ Gestion des prestations / sinistres ☐ Gestion des apporteurs / délégataires

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Définir les justificatifs d'enfants à charge (ne traiter que des documents originaux) • Sensibiliser les collaborateurs sur l'altération des documents et sur les situations à risques (familles à l'étranger, documents en langue étrangère,…)
Détection
• Analyser la situation du dossier avec l'historique de l'assuré (frais de santé liés à la garantie souscrite et personnes à charge, exemple : maternité)

© IFACI

2.4.9- Fausse déclaration concernant la dépendance après un décès

Description de la fraude
Bénéficier d'une garantie dépendance non justifiée. Par exemple : demande falsifiée de la famille d'un bénéficiaire décédé après découverte de l'existence de la garantie.

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☐ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Définir avec précision les conditions de mise en jeu de la garantie • Objectiver l'évaluation de la dépendance du bénéficiaire • Inscrire le caractère non rétroactif de la dépendance dans la garantie • Communiquer sur les conditions du contrôle de la mise en œuvre de la garantie
Détection
• Demander un certificat médical attestant de la dépendance • Solliciter une expertise médicale pour valider le caractère certain de la dépendance • Analyser les rentes de dépendance versées après décès • Analyser à nouveau le dossier de liquidations pour les garanties de dépendance versées sur une durée anormalement longue

© IFACI

2.4.10- Fausse déclaration de salaires

Description de la fraude

Déclarer un salaire supérieur à celui qui est réellement perçu et qui figure sur le bulletin de salaire individuel pour percevoir une mensualisation supérieure à celle due au titre de prestations de prévoyance (Indemnités journalières en cas d'incapacité, d'arrêt de travail ; rente éducation / rente conjoint ; pension mensuelle complémentaire en cas d'invalidité).

Cette fraude concerne également les capitaux versés en fonction du salaire.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

Macro-processus

- ☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
- ☐ **Gestion de la vie du contrat**
- ☑ **Gestion des prestations / sinistres**
- ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Automatiser le traitement des déclarations nominatives avec les entreprises
- Demander au préalable la confirmation auprès de la Sécurité sociale des montants d'indemnités journalières versées
- Former les collaborateurs à la détection des faux bulletins de salaires

Détection

- Contrôler les données relatives à l'assuré et à son salaire dans la déclaration annuelle des salaires avant tout règlement
- Demander les 3 derniers bulletins de salaires originaux. Pour les indemnités journalières, reconstituer le salaire déclaré à la Sécurité sociale à partir du montant de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale
- Analyser l'historique des prestations relatives aux arrêts de travail pour l'ensemble de l'entreprise
- Analyser les résultats techniques du contrat

© IFACI

2.4.11 - Fausse saisie sur allocation

Description de la fraude
Modifier le montant d'une allocation et détourner le montant supplémentaire à son profit en créant un tiers pour saisie sur allocation.

Type de Fraude	☑ interne	☐ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30606 – Fraude interne - Vol / détournement de fonds R30609 – Fraude interne - Usurpation de compte / d'identité

Macro-processus
☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion** ☐ **Gestion de la vie du contrat** ☑ **Gestion des prestations / sinistres** ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Restreindre les modifications des saisies sur salaires à des équipes dédiées • Enregistrer et analyser toutes les modifications a posteriori des prestations (allocations ou rentes) avec la date, le code de l'auteur • Adresser à l'assuré un courrier de confirmation de la modification de son allocation
Détection
• Contrôler systématiquement les opérations de saisies sur allocation • Contrôler les modifications de RIB (cf. Modification frauduleuse des coordonnées de paiement)

© IFACI

2.4.1 2- Poursuite illégitime de prestations d'un bénéficiaire décédé

Description de la fraude

Attester de la persistance des droits alors que le bénéficiaire est décédé ou s'abstenir de signaler le décès. Le fraudeur (membre de la famille, employeur pratiquant la subrogation...) utilise de faux justificatifs (arrêt de travail, certificat de vie…) ou demande une modification de RIB (pour un compte joint ou un compte pour lequel le fraudeur détient une procuration).

Avec un renouvellement automatique des prestations (allocation retraite, rente invalidité…), le montant détourné peut être élevé.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30705 – Fraude externe - Vol et fraude - Usurpation de compte / d'identité

Macro-processus

☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☑ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Intégrer les flux automatiques pour connaissance des décès (RNIPP notamment) :
  - flux base localisation (base ARRCO AGIRC commune à l'ensemble des institutions de retraite complémentaire) qui est reliée elle-même à EOPPS (base commune à la MSA, la CNAV et l'IRCANTEC)
- Limiter les prolongements automatiques de l'allocation (réexamen du dossier, certificat de vie, confirmation de l'état du bénéficiaire…)
- Mentionner sur l'imprimé de persistance des droits, les risques encourus en cas de fausse déclaration
- Tracer l'identité des personnes qui analysent les déclarations de décès et les personnes qui modifient les rentes

Détection

- Faire des campagnes de persistance des droits (fréquence à déterminer selon le montant et la nature de la rente). Par exemple :
  - réaliser des enquêtes « certificats de vie »
  - demander chaque année le relevé fiscal
  - suspendre les paiements en cas de non réponse ou d'adresse invalide (non distribués et qui sont retournés à l'expéditeur)
- Suspendre les paiements à l'issue de demandes de pièces justificatives, notamment de persistance de droit, restées sans suites (absence de réponse, courriers non distribués et qui sont retournés à l'expéditeur)
- Traiter les rejets bancaires pour cause de décès
- Intégrer les contrôles réalisés par le régime de base, par l'ensemble des organismes de protection sociale :
  - Fichier RNCPS (Répertoire National Commun de la Protection Sociale) pour vérifier la cohérence des données connues par l'ensemble des organismes de protection sociale concernant le régime de base et la retraite complémentaire
  - Certificats de vie pour les retraités vivant à l'étranger
- Contrôler la cohérence avec les données internes de l'organisme : par exemple, personne de plus de 85 ans ne consommant pas de prestations santé, bénéficiaires de plus de 95 ans, délai entre la date du décès et la déclaration de décès
- Analyser les rentes pour une durée anormalement longue (arrêt de travail, dépendance…)

© IFACI

2.4.1 3- Modification frauduleuse du bénéficiaire d'un capital décès

Description de la fraude

Changer le bénéficiaire d'un capital décès à l'insu du contractant. La fraude peut être réalisée par un tiers, un membre de la famille ou un collaborateur.

La fraude peut être engagée soit :
- du vivant du contractant s'il n'est pas informé des changements de bénéficiaire, s'il est malade ou sous influence
- après son décès en falsifiant la déclaration de bénéficiaire

La fraude se concrétise soit par la désignation nominative du fraudeur dans le texte libre de la clause bénéficiaire, soit par la citation dans cette clause d'un testament déposé chez un notaire. Auquel cas, c'est dans le testament que le fraudeur est nommé.

Type de Fraude ☑ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30705 – Fraude externe - Vol et fraude - Usurpation de compte / d'identité

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☑ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Archiver et tracer toutes les opérations relatives à la mise à jour de la clause bénéficiaire avec pièces justificatives associées
- Confirmer à l'assuré (envoi courrier, SMS, …) les bénéficiaires lors de la souscription et lors de toutes modifications
- Verrouiller les dossiers en déshérence afin d'éviter les fraudes internes

Détection

- Organiser une double validation au-delà d'un certain seuil
- Analyser les résultats de requêtes informatiques :
  - Changement de bénéficiaire proche de la date du décès
  - Bénéficiaire qui revient fréquemment
  - Rapprocher les RIB Bénéficiaires des RIB Salariés
- Contrôler les contrats où le bénéficiaire est (ou a été) un salarié ou un agent général et demander des explications
- Enregistrer et analyser les réclamations, voire de simples demandes d'informations relatives au décès, auprès des back offices

© IFACI

2.4.14- Fraude aux aides sociales individuelles

Description de la fraude
Présenter de fausses factures ou dissimuler une partie des revenus pour bénéficier d'une aide sociale individuelle (dépenses d'électricité, de chauffage, de dépassement de remboursement de soins, d'équipement pour le maintien à domicile…), et ces aides étant accordées au regard de la situation économique du foyer.

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
documents

Macro-processus
☐ Commercialisation / Souscription / Adhésion ☐ Gestion de la vie du contrat ☑ Gestion des prestations / sinistres ☐ Gestion des apporteurs / délégataires

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Payer directement les organismes tiers exécutant la prestation après ordonnancement
Détection
• Vérifier que l'aide accordée a fait l'objet d'une décision par la personne autorisée • Contrôler la cohérence des critères d'éligibilité - Revenus déclarés - Situation familiale • Effectuer un croisement de données pour identifier les conflits d'intérêts (le bénéficiaire est-il un proche du gestionnaire ?)

© IFACI

2.4.1 5- Détournement de financement d'activité sociale

Description de la fraude

Sur la base d'un vrai dossier ou d'un dossier fictif de demande de subvention ou de prêt d'une association à vocation sociale :

- Faire payer sur le budget social une activité non réalisée, non éligible ou ne correspondant pas à l'objet de la demande
- Enrichissement personnel du responsable de l'association

Le dossier peut être présenté par une personne externe ou être constitué par un collaborateur.

Type de Fraude ☑ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30606 – Fraude interne - Vol et fraude - Vol / détournement de fond

Macro-processus

☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Mettre en place une étude du dossier en amont
- Définir les exigences formelles sur la qualité des documents justificatifs selon la nature du financement. Pour un projet relevant du Comité national Coordination Action Handicap (CCAH), vérifier le besoin de financement
- Ne travailler qu'avec des associations reconnues
- Privilégier un paiement échelonné afin de contrôler la réalisation de la prestation
- Payer directement le fournisseur de l'association (achat de véhicule pour des personnes à mobilité réduite…)
- Payer uniquement sur la base de factures
- Contrôler la véracité des factures et la réalité des prestations ou des achats

Détection

- Contrôler les règles d'attribution et les conditions d'exigibilité des subventions
- Consulter des fichiers de « faillite » auprès de sources spécialisées (par exemple www.infogreffe.fr) afin de voir si cela est déjà arrivé avec ce responsable d'association

© IFACI

2.4.16- Cumul frauduleux de contrats de prévoyance

Description de la fraude

Souscrire plusieurs contrats avec des garanties d'incapacité et d'invalidité pour demander des versements multiples d'indemnité journalière ou de rente d'incapacité (le cumul des garanties dépasse ainsi le salaire réel).

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Vérifier dans les conditions générales des produits l'existence d'une clause prévoyant l'obligation de déclarer la souscription de contrats similaires auprès d'autres assureurs et le rappel du cumul des garanties plafonné à la rémunération réelle
- Définir les pièces justificatives nécessaires (y compris les exigences formelles sur la qualité des documents) pour paiement des prestations Prévoyance. Privilégier les documents originaux pour réduire les risques de falsification et de double remboursement

Détection

- Vérifier le caractère original des justificatifs
- Contrôler la date de survenance du sinistre par rapport à la date de signature du contrat
- Interroger la place sur un soupçon de souscriptions multiples pour un niveau de garantie élevée au travers des structures de lutte contre la fraude (Par exemple, Alfa…)

© IFACI

2.4.17- Cumul frauduleux de contrats de santé

Description de la fraude

Souscrire à plusieurs contrats de santé afin de présenter à plusieurs organismes complémentaires la même dépense de soin et en obtenir plusieurs remboursements.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30704 – Fraude externe - Vol et fraude – Autre - Autres fraudes externes

Macro-processus

☑ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Définir les pièces justificatives nécessaires (y compris les exigences formelles sur la qualité des documents) pour le paiement des prestations de santé en privilégiant les originaux
- Développer le tiers payant pour limiter le risque de cumul frauduleux (cf. 2.4.2 – risque de fraude aux prestations santé et aux risques de 2.5.1 – fausse facturation par un professionnel de santé)
- Prévoir une clause rendant obligatoire la déclaration de souscription de contrats similaires et rappelant que le cumul des remboursements ne peut excéder le reste à charge de l'assuré

Détection

- Mettre en place des outils de détection de faux documents manuscrits, en amont du traitement manuel par les collaborateurs
- Renforcer le contrôle des demandes de prestations sur duplicatas
- Contrôler par sondage des dossiers :
  - profils sur consommateurs,
  - absence de prise en charge préalable…
- Faire analyser les données par des experts multi-spécialistes en santé et dans la lutte contre la fraude
- Interroger la place sur un soupçon de souscriptions multiples pour un niveau de garantie élevée au travers des structures de lutte contre la fraude (par exemple, Alfa…)

© IFACI

2.5- Fraude liée aux activités des tiers (Courtiers, délégataires, professionnels de santé…)

2.5.1- Fausse facturation par un professionnel de santé

Description de la fraude

Se faire rembourser des prestations non prescrites avec ou sans collusion avec un assuré.

Le professionnel de santé profite de sa connaissance des informations d'un assuré (carte vitale, identification, nature du contrat, …) pour facturer (en tiers payant ou non) des prestations fictives.

Il peut s'agir par exemple :
- de fournir des prestations optiques pour toute la famille,
- de renouveler un appareillage optique ou auditif sans demande de l'assuré mais dans les limites du contrat (tous les ans…)
- de renouveler un médicament prescrit sans fourniture du bien
- de modifier la codification d'un acte

Les contrôles de l'assurance maladie s'opèrent sur les prestations où la prise en charge du remboursement est importante. Ainsi, les prestations optique, dentaire, cure thermale doivent faire l'objet d'une vigilance particulière des organismes complémentaires.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☑ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

R30703 – Fraude externe - Vol et fraude - Vol

Macro-processus

☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☑ **Gestion des prestations / sinistres**
☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Organiser des réseaux de professionnels de santé agréés en prévoyant le retrait d'agrément en cas de fraude
- Intégrer les points de contrôle en amont dans les systèmes de traitement des opérations de tiers payant
- Mettre sous surveillance les professionnels de santé en collaboration avec la CNAMTS ou l'opérateur de tiers payant en respectant le pack conformité CNIL

Détection

- Automatiser les contrôles sur les opérations de tiers payant
- Informer les assurés de tous les versements les concernant
- Analyser les prestations facturées :
  - Comparer le volume de facturation et les fréquences de renouvellement de prescription pour une même spécialité (recherche de situation atypique)
  - Sur un assuré et tous ses ayants droit (par exemple : lunettes pour toute la famille à une date identique)
  - Incohérences par rapport au bénéficiaire (lentilles pour des petits enfants…)
  - Incohérences dans les prescriptions à rembourser (exemple : prothèse sans les systèmes de fixation)
  - Prescription à l'échéance et franchises du contrat (renouvellement annuel des lunettes…)

© IFACI

2.5.2- Majoration par le délégataire de gestion des prestations payées aux assurés

Description de la fraude

Le délégataire de gestion déclare des montants de prestations versées majorés pour dégager une marge sur les sommes réellement payées aux assurés.

La fraude peut être également opérée par la soumission de dossier de remboursement à plusieurs reprises.

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30702 – Fraude externe - Vol et fraude - Contrefaçon de documents

R30703 – Fraude externe - Vol et fraude - Vol

Macro-processus

- ☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
- ☐ **Gestion de la vie du contrat**
- ☐ **Gestion des prestations / sinistres**
- ☑ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Intégrer les obligations du délégataire dans les conventions de délégation de gestion en matière de fourniture ou d'accès aux justificatifs (prévoir des remontées d'information détaillées pour permettre les analyses de consommation qui pourraient faire ressortir des situations atypiques).
- Prévoir d'effectuer des contrôles réguliers chez les délégataires de gestion
- Prévoir des pénalités en cas de retard ou fausses déclarations

Détection

- Effectuer des tests de cohérence d'une année sur l'autre sur les montants des prestations payées par le délégataire
- Vérifier la facture envoyée par le délégataire avant paiement : rapprocher les montants indiqués avec les flux techniques (détails des éléments remboursés par « sinistre »)
- Contrôler par échantillon des dossiers de participants pour vérifier les prestations versées et recouper avec le montant global facturé par le délégataire

© IFACI

2.5.3- Non-respect des consignes tarifaires

Description de la fraude

Réaliser ses objectifs commerciaux ou obtenir des avantages financiers (corruption) par :

- Une minoration des tarifs des cotisations/primes qui facilite l'accroissement du chiffre d'affaires ou permet de conserver la gestion de contrats
- Des faveurs accordées au client sans respecter les consignes de l'assureur
- Une manipulation frauduleuse des reportings d'activité

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

R30701 – Fraude externe - Vol et fraude - Fausses déclarations

Macro-processus

☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
☐ **Gestion de la vie du contrat**
☐ **Gestion des prestations / sinistres**
☑ **Gestion des apporteurs / délégataires**

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

- Intégrer les obligations du délégataire dans les conventions de gestion en matière de reporting sur les tarifs, les marges…
- Solliciter un reporting des actions commerciales sur les marges et les augmentations de tarif
- Effectuer des tests de cohérence d'une année à l'autre sur les montants encaissés et les rapprocher par rapport au budget
- Demander et analyser le reporting commercial commenté de la part du prestataire
- Rapprocher les appels de cotisations avec les données du contrat

Détection

- Contrôler la tarification des contrats à partir de requêtes sur les flux provenant des délégataires (cotisations encaissées/masse salariale déclarée/tarif)
- S'assurer de l'enregistrement effectif des augmentations de cotisations
- Rapprocher les cotisations/primes appelées par les délégataires avec les données figurant dans les contrats et avec les demandes de l'assureur

© IFACI

2.5.4- Non reversement exhaustif des fonds reçus par le délégataire

Description de la fraude
Garder sur son compte tout ou partie des encaissements réalisés lors de l'appel de cotisations.

Type de Fraude	☐ interne	☑ externe	☐ collusion

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)
R30703 – Fraude externe - Vol et fraude - Vol

Macro-processus
☐ Commercialisation / Souscription / Adhésion ☐ Gestion de la vie du contrat ☐ Gestion des prestations / sinistres ☑ Gestion des apporteurs / délégataires

MOYENS DE MAÎTRISE
Prévention
• Intégrer dans les conventions de gestion les obligations des délégataires en matière de reversement de fonds : délais et éléments justificatifs • Prévoir et appliquer des pénalités en cas de retard ou d'erreurs intentionnelles dans les reversements de cotisations • Prévoir le retrait des affaires en cas d'acte intentionnel suspecté
Détection
• Effectuer un rapprochement entre flux techniques (éléments justificatifs concernant les clients, les garanties) et flux de trésorerie • Réconcilier les affaires prises en charge par l'assureur et la trésorerie perçue du délégataire

© IFACI

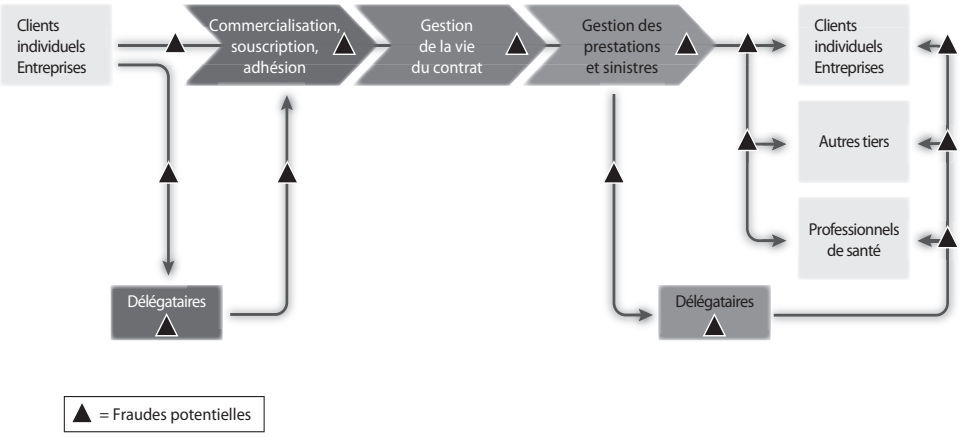
ANNEXES

© IFACI

© IFACI

Annexe 1 – Modèle de fiche

Le graphe servira de support à la réflexion et à l'analyse des fraudes en identifiant les étapes clés du processus de gestion.



© IFACI

Titre :	FRAUDE

Périmètre	Produit /Garantie			
Santé	➘	Individuel	➘	
Prévoyance et invalidité		Collectif		
Retraite				
IARD matériel, garantie d'assistance et responsabilité civile matériel				
IARD corporel et Responsabilité civile corporel				
Action sociale				

Description de la fraude

Objectif recherche :

Description du système frauduleux :

Fait générateur :

Eléments amplificateurs :

Type de Fraude ☐ **interne** ☑ **externe** ☐ **collusion**

Catégorie de risque (fait référence au cahier de recherche cartographie des risques de l'IFACI)

Macro-processus

- ☐ **Commercialisation / Souscription / Adhésion**
- ☐ **Gestion de la vie du contrat**
- ☐ **Gestion des prestations / sinistres**
- ☐ **Gestion des apporteurs / délégataires**

Identification des parties prenantes et/ou de l'activité concernées

Acteur bénéficiaire de la Fraude : Entreprise, Salarié…
Equipes internes concernées : Souscription, gestion administrative, gestion des cotisations, gestion des prestations

MOYENS DE MAÎTRISE

Prévention

1ère ligne de maîtrise :

2ème ligne de maîtrise :

Détection

1ère ligne de maîtrise :

2ème ligne de maîtrise :

© IFACI

ANNEXE 2 – CLASSEMENT DES FICHES

N°	Analyse pour classement	A*	B*	C*	D*	E*	F*	G*	H*	Classement
2.1.1	MODIFICATION FRAUDULEUSE DES COORDONNÉES DE PAIEMENT (RIB…)	34	1	1	1		1	1	1	Usurpation d'identité
2.1.2	INGÉNIERIE SOCIALE ET DIVULGATION D'INFORMATION CONFIDENTIELLE	35	1	1	1	1	1	1	1	Usurpation d'identité
2.2.1	CRÉATION INTERNE D'UN FAUX DOSSIER D'ASSURANCE	36	1				1	1		Création de faux dossiers
2.2.2	CRÉATION INTERNE UN FAUX DOSSIER DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE	37	1				1	1		Création de faux dossiers
2.2.3	CRÉATION D'ENTREPRISES FICTIVES	38	1	1	1	1				Création de faux dossiers
2.2.4	CRÉATION DE SALARIÉS FICTIFS AFIN DE BÉNÉFICIER D'AVANTAGES INDUS	39		1	1	1				Création de faux dossiers
2.3.1	FAUSSE DÉCLARATION À L'ADHÉSION D'UN CONTRAT COLLECTIF	40		1	1	1	1		1	Fraude à la souscription / cotisation
2.3.2	FAUSSE DÉCLARATION À L'ADHÉSION D'UN CONTRAT INDIVIDUEL	41		1		1	1			Fraude à la souscription / cotisation
2.3.3	FAUSSE DÉCLARATION DANS LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL	42		1		1	1			Fraude à la souscription / cotisation
2.3.4	DÉTOURNEMENT DES RÈGLES DE SOUSCRIPTION	43	1		1	1			1	Fraude à la souscription / cotisation
2.3.5	DÉTOURNEMENT DE CHÈQUES ENTRANTS	44	1	1			1	1		Fraude à la souscription / cotisation
2.3.6	DÉTOURNEMENT PAR ANNULATION DE CRÉANCES	45	1	1	1	1	1			Fraude à la souscription / cotisation
2.4.1	FRAUDE À L'ASSURANCE IARD MATÉRIEL	46		1	1			1		Fraude aux prestations
2.4.2	FRAUDE AUX PRESTATIONS DE SANTÉ	47		1	1			1		Fraude aux prestations
2.4.3	FRAUDE AUX PRESTATIONS D'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ET D'INCAPACITÉ	48		1	1			1		Fraude aux prestations
2.4.4	FRAUDE AU DÉBLOCAGE ANTICIPÉ DE FONDS DE PRODUITS D'ÉPARGNE	49		1				1		Fraude aux prestations
2.4.5	FRAUDE AU CAPITAL DÉCÈS	50		1	1			1		Fraude aux prestations
2.4.6	FRAUDE À LA RÉVERSION	51		1				1		Fraude aux prestations
2.4.7	ATTRIBUTION DE PRESTATION FICTIVE PAR UN COLLABORATEUR	52	1		1			1		Fraude aux prestations
2.4.8	FAUSSE DÉCLARATION DE PERSONNES À CHARGE	53		1				1		Fraude aux prestations
2.4.9	FAUSSE DÉCLARATION CONCERNANT LA DÉPENDANCE APRÈS UN DÉCÈS	54		1				1		Fraude aux prestations
2.4.10	FAUSSE DÉCLARATION DE SALAIRES	55		1				1		Fraude aux prestations
2.4.11	FAUSSE SAISIE SUR ALLOCATION	56	1					1		Fraude aux prestations
2.4.12	POURSUITE ILLÉGITIME DE PRESTATIONS D'UN BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ	57		1			1	1		Fraude aux prestations
2.4.13	MODIFICATION FRAUDULEUSE DU BÉNÉFICIAIRE D'UN CAPITAL DÉCÈS	58	1	1		1	1	1		Fraude aux prestations
2.4.14	FRAUDE AUX AIDES SOCIALES INDIVIDUELLES	59		1				1		Fraude aux prestations
2.4.15	DÉTOURNEMENT DE FINANCEMENT D'ACTIVITÉ SOCIALE	60	1	1				1		Fraude aux prestations
2.4.16	CUMUL FRAUDULEUX DE CONTRATS DE PRÉVOYANCE	61		1		1		1		Fraude aux prestations
2.4.17	CUMUL FRAUDULEUX DE CONTRATS DE SANTÉ	62		1		1		1		Fraude aux prestations
2.5.1	FAUSSE FACTURATION PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ	63		1	1			1		Fraude liée aux activités des tiers
2.5.2	MAJORATION PAR LE DÉLÉGATAIRE DE GESTION DES PRESTATIONS PAYÉES AUX ASSURÉS	64		1					1	Fraude liée aux activités des tiers
2.5.3	NON-RESPECT DES CONSIGNES TARIFAIRES	65		1					1	Fraude liée aux activités des tiers
2.5.4	NON REVERSEMENT EXHAUSTIF DES FONDS REÇUS PAR LE DÉLÉGATAIRE	66		1					1	Fraude liée aux activités des tiers

** A : Page – B : Interne – C : Externe – D : Collusion – E : Commercialisation / Souscription / Adhésion – F : Gestion de la vie du contrat – G : Gestion des prestations / sinistres – H : Gestion des apporteurs / délégataires*

© IFACI

Annexe 3 – La lutte contre la fraude documentaire une pratique en perpétuelle évolution

Différents acteurs du secteur public et privé investissent la lutte contre la fraude documentaire, en particulier le bureau de la fraude documentaire et à l'identité de la DCPAF (Direction Centrale de la Police Aux Frontières). Celui-ci procède à l'examen technique des documents d'identité et de voyage, centralise et diffuse l'information concernant les techniques de fraude et concourt à l'amélioration des méthodes de détection des documents apocryphes et de la sécurité de la délivrance des titres (Cf. Arrêté du 1er février 2011 relatif aux missions et à l'organisation de la DCPAF).

Ce type de fraude peut prendre différentes formes :

- falsification (utilisation d'un document authentique sur lequel un élément photo, état civil a été modifié) ;
- contrefaçon (reproduction à l'identique) ;
- usage frauduleux (documents perdus, volés ou non, usurpation d'identité en jouant sur la ressemblance avec le détenteur) ;
- obtention frauduleuse (obtention indue d'un document authentique sur la base de faux justificatifs) ;
- documents volés vierges (de moins en moins fréquents en France du fait de la dématérialisation mais ce problème demeure pour les documents étrangers).

Pour maîtriser cette fraude, il convient de :

- **Disposer de normes ou de modèles** de référence standardisés :
  - Consulter des bases de référence telle que la base PRADO du conseil de l'Europe pour les pièces d'identité : http://www.consilium.europa.eu/prado/FR/prado-documents/fra/index.html
  - Pistes d'amélioration :
    > **Définir, au sein de chaque entreprise, une procédure unifiée** de vérification de l'authenticité des pièces avec des signaux clés d'alerte. La diffuser et en vérifier la mise à jour et l'application.

© IFACI

Pour information, ci-après une liste de justificatifs identifiés par l'unité de recherche :

- RIB
- Carte d'identité
- Extrait d'acte de naissance, avec ou sans mentions marginales
- Livret de famille (cas des polygames)
- Attestation de non remariage
- Certificat de décès
- Certificat de vie
- Attestation chômage
- Attestation de sécurité sociale
- Arrêt de travail
- Attestation de niveau d'incapacité
- Attestation d'employeur
- Déclaration de salaires
- Bulletins de salaires
- Actes notariés
- Attestation fiscale
- Code SIREN
- Certificat de scolarité

> **Elaborer des modèles de documents.** Par exemple, la DNLF pourrait proposer des repères pour les documents des organismes sociaux. Un modèle d'actes notariés faciliterait également la détection de faux.

- **Procéder par comparaison** avec une vigilance sur :
  - Les **mentions obligatoires** (rubriques, filigranes, tampons, signatures…) ;
  - Les **incohérences** (dates, polices, montants, fautes d'orthographe, photo…) ;
  - Le **format des originaux** (pièces d'identité coupées aux ciseaux, au lieu des bords arrondis…) ;
  - Les **photocopies douteuses ou les photomontages**.
- **Désigner des référents en fraude documentaire** afin d'assurer un suivi efficace des dispositifs anti-fraude mis en œuvre et une bonne circulation des informations sur les cas de fraude.
- **Procéder à des vérifications externes ou à l'aide d'outils :**
  - Vérification de la concordance de la **bande MRZ** *(Machine Readable Zone)* ; avec les données figurant sur la pièce d'identité;
  - Vérification des **codes barre** ;
  - Utilisation de **loupes (agrandissement x 10 minimum) et de lampes UV.**

© IFACI

Piste d'amélioration :

- **Utiliser des codes barre : par exemple, le système 2D-Doc** est en voie de généralisation pour la fourniture de justificatifs de domicile (ex : facture d'électricité, gaz ou téléphone) nécessaires à la constitution de dossiers de demande de passeport.
- **Utiliser des outils permettant de vérifier le statut des documents officiels : par exemple,** *Checkdoc* déjà utilisé en Belgique devrait être utilisé par les forces de police dès 2016. Puis dans un second temps accessible à tout citoyen. Ce système a ses limites puisqu'il ne permet pas de révéler une éventuelle collusion avec le vrai détenteur de la pièce en cas d'usurpation d'identité. Néanmoins, il réduit l'utilisation de documents invalidés pour perte, vol ou fraude.
- La DGFiP pourrait développer un **système de vérification des RIB** (type Checkdoc) à partir du fichier FICOBA.
- **Développer l'usage de techniques plus fiables comme la biométrie** (par exemple, empreintes digitales scannées en remplacement des certificats de vie).
- **Développer Comedec** (communication électronique des données de l'état civil) qui devrait être, à terme, accessible aux organismes sociaux).
- **Demander au Ministère de la Justice, via la DNLF, de renforcer les normes des documents d'état civil** pour rendre les fraudes plus difficiles jusqu'à une éventuelle disparition totale des modèles sur support papier.

En conclusion :

- **Compte tenu de la dématérialisation**, inclure dans les documents des **clés de contrôle** (y compris par codes barre) et recourir à des outils de lecture automatisée qui scannent les pièces ;
- Etre conscient que **ces outils ne remplaceront jamais la vigilance des collaborateurs de la première ligne** qui doivent être sensibilisés à des vérifications de base et, en cas de doute, savoir à qui s'adresser pour un traitement plus approfondi ;
- **Utiliser un faisceau d'outils et de méthodes** de détection ;
- **Maîtriser les barrières culturelles** (« nous ne sommes pas des flics ») par un message de la hiérarchie sur les enjeux de la lutte contre la fraude y compris en termes de performances opérationnelles (le chiffrage des pertes évitées permet de faciliter cette prise de conscience) ;

Selon la Commission nationale de lutte contre la fraude (http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/dp-fraude22052014.pdf), en 2013, environ 7 millions de cartes nationales d'identité et 3,8 millions de passeports ont été produits. Les services experts établissent le taux de fraudes selon une fourchette qui va de 3 à 6 %, selon le type de titre.

© IFACI

- **Développer le recoupement des données** (dans la limite du respect des données personnelles) ;
- **Promouvoir l'échange d'informations entre les parties prenantes** (lever de doute auprès d'autres organismes d'assurance, DNLF, DGFiP).

© IFACI

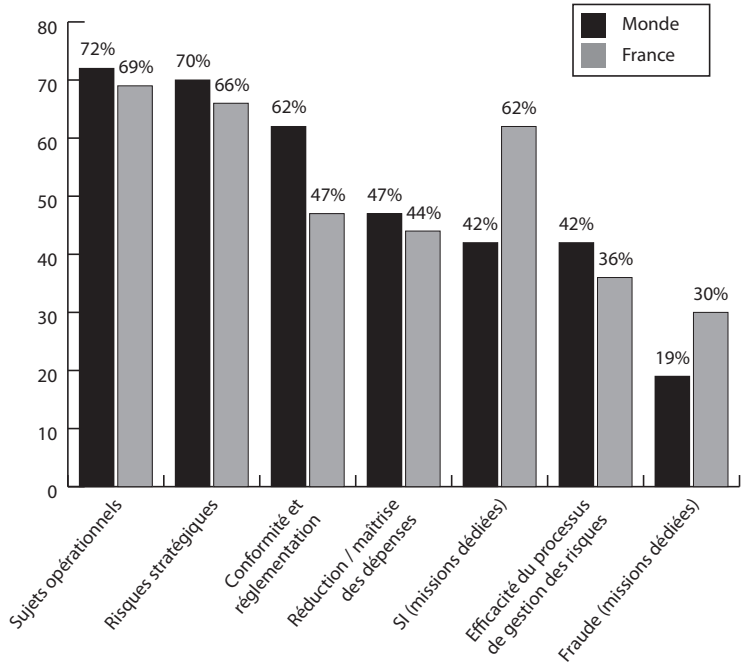
Annexe 4 – Données du CBOK 2015 relative à l'audit de la fraude [18]

Perception du risque de fraude dans l'organisation

Les répondants à l'enquête CBOK 2015 ont identifié, parmi douze catégories de risque (dont le risque de fraude à couvrir dans une mission dédiée), les cinq principaux risques significatifs du point de vue de la direction générale et de l'audit interne.

Pour les directions générales, les sujets les plus fréquemment cités dans ce TOP 5 sont les sujets opérationnels (72% au niveau mondial), les risques stratégiques (70%) et les questions liées à la conformité et à la réglementation (62%). En France, les directions générales semblent moins sensibles à ce dernier thème (47% au lieu de 62%). Ils privilégient les risques SI (62% en France, 42% dans le monde).

Histogramme : Les cinq principaux points d'attention des directions générales en 2015



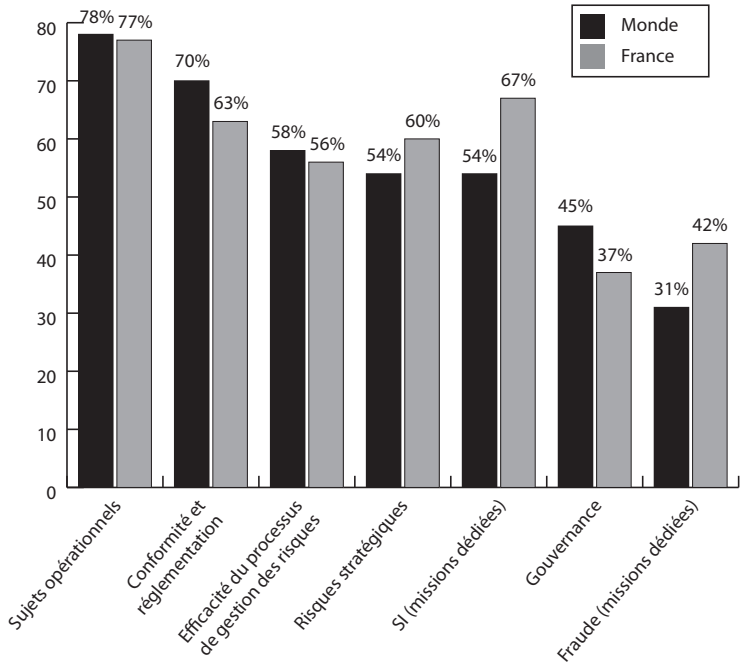
Ces données sont extraites de l'édition 2015 de l'enquête mondiale CBOK *(Common Body Of Knowledge)* sur la pratique de l'audit interne de la Fondation de la recherche de l'IIA *(IIARF)*, question 65, « Veuillez identifier les cinq principaux risques auxquels votre direction générale accordera le plus d'attention en 2015 ».

[18] *Pour une analyse plus détaillée des données du CBOK concernant la fraude, veuillez consulter le rapport de l'IIARF : Appréhender le risque de fraude - zoom sur l'audit interne, novembre 2015.*

© IFACI

Le risque de fraude (à traiter dans des missions dédiées) n'est identifié que par 19% des directions générales dans le monde. Même s'il n'apparaît pas non plus en tête de liste en France, 30% des répondants considèrent que leur direction générale identifie le traitement spécifique de la fraude parmi leurs cinq principaux points d'attention. Ces résultats peuvent laisser penser qu'en France, les directions générales considèrent que les missions d'audit relatives à la fraude devraient être spécifiques et pas forcément associées à l'évaluation d'autres enjeux connexes tels que l'évaluation des SI ou l'évaluation des processus de gestion des risques ou de gouvernance qui sont par ailleurs identifiées comme des thèmes majeurs. L'audit interviendrait donc de manière plus ponctuelle, plutôt en réaction au lieu d'une approche plus globale ?

Histogramme : Les cinq principaux points d'attention des services d'audit interne en 2015



Ces données sont extraites de l'édition 2015 de l'enquête mondiale CBOK (*Common Body Of Knowledge)* sur la pratique de l'audit interne de la Fondation de la recherche de l'IIA *(IIARF)*, question 66, «Veuillez identifier les cinq principaux risques auxquels votre département d'audit interne accordera le plus d'attention en 2015 »**.**

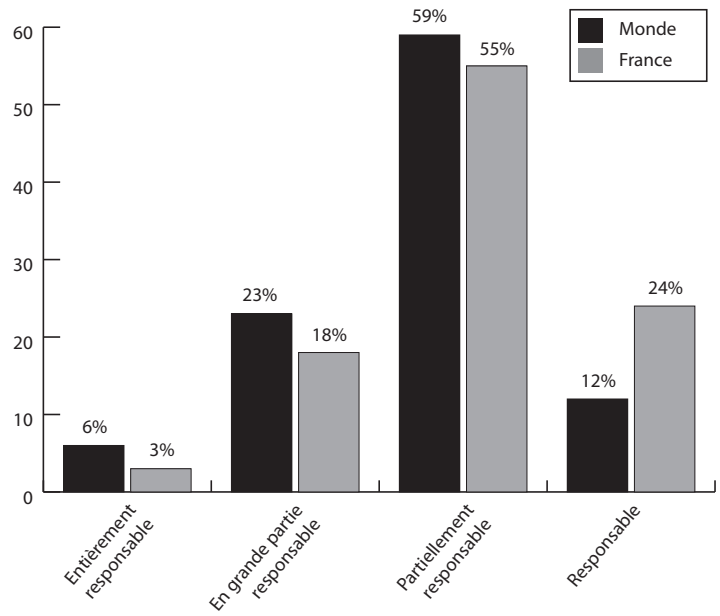
ANNEXE

Bien que les scores soient différents, les principaux thèmes d'attention sont les mêmes que pour les directions générales. A la différence près que celles-ci semblent particulièrement mettre l'accent sur la réduction des coûts (47% identifieraient ce thème parmi les cinq principaux points d'attention de l'année contre seulement 26% des auditeurs internes). La gouvernance (45% des auditeurs et 36% des directions générales). L'attention portée aux missions d'audit dédiées à la fraude est plus importante que celle des directions générales et reste plus importante en France, apparaissant même parmi les cinq thèmes les plus cités.

Les activités anti-fraude des SAI

Rares sont les répondants (6%, au niveau mondial, 3% en France) qui considèrent que l'audit interne à l'entière responsabilité de la détection de la fraude dans leur organisation. 24% des français (12% dans le monde) indiquent même que leur service n'a aucune responsabilité dans ce domaine. L'audit interne intervient donc en lien avec d'autres acteurs. Il a eu rôle plus ou moins moteur selon les organisations (23% indiquent que leur service est « en grande partie responsable ») mais n'assument pas entièrement cette responsabilité.

Histogramme : Responsabilité de l'audit interne dans la détection de la fraude



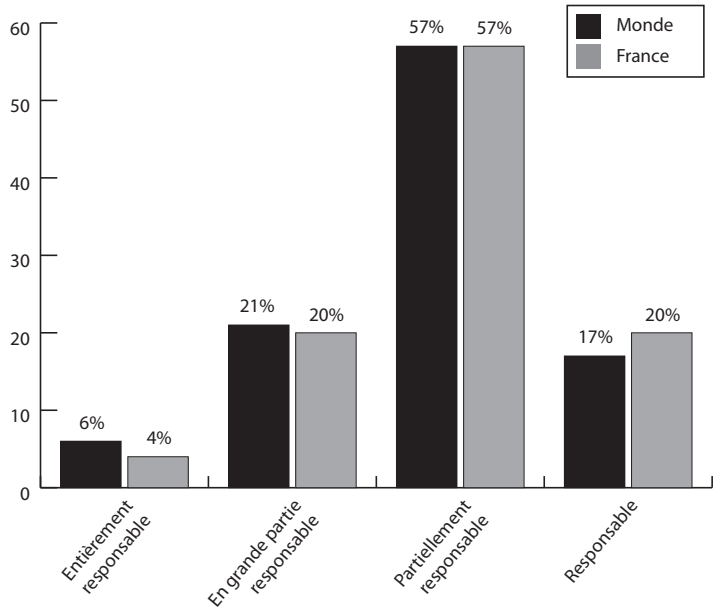
Ces données sont extraites de l'édition 2015 de l'enquête mondiale CBOK *(Common Body Of Knowledge)* sur la pratique de l'audit interne de la Fondation de la recherche

© IFACI

de l'IIA *(IIARF)*, question 55 « Quelle est la part de responsabilité de l'audit interne dans la détection de fraudes au sein de votre organisation ? ».

Les données relatives à la prévention de la fraude suivent la même tendance.

Histogramme : Responsabilité de l'audit interne dans la prévention de la fraude



Ces données sont extraites de l'édition 2015 de l'enquête mondiale CBOK *(Common Body Of Knowledge)* sur la pratique de l'audit interne de la Fondation de la recherche de l'IIA *(IIARF)*, question 56 « Quelle est la part de responsabilité de l'audit interne dans la prévention de fraudes au sein de votre organisation ? ».

Ainsi, la proportion des plans d'audit spécifiquement consacré à la fraude reste anecdotique. Parmi les 13 thèmes proposés aux responsables de l'audit interne, la fraude arrive en 9ème position et représente 4% des plans d'audit 2015 (chiffre identique en France et dans le monde).Par rapport à 2014, la part du plan d'audit consacrée à la fraude n'a pas changé pour 69% des répondants. Elle a baissé pour seulement 6% des responsables de l'audit interne (3% en France).
Ceci étant, sans en faire un thème spécifique à une mission, l'audit interne intervient dans bien d'autres domaines connexes cités dans les 13 thèmes proposés dans l'enquête. Par

© IFACI

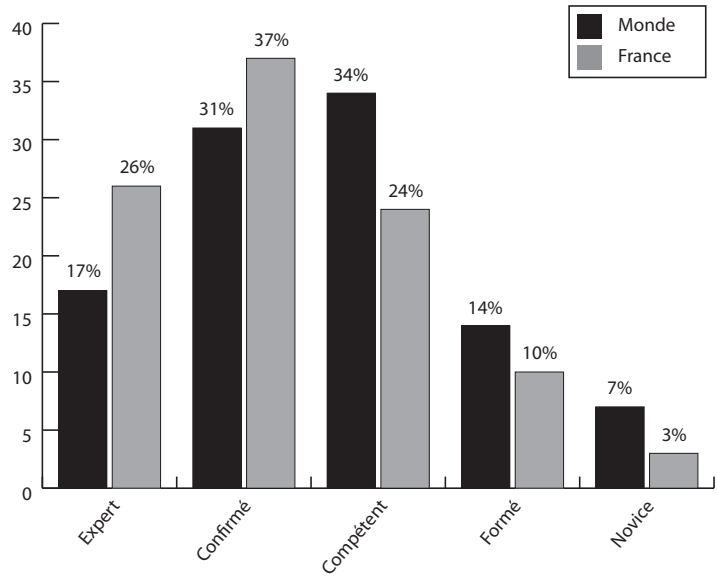
exemple, l'évaluation de l'efficacité de la gestion des risques, l'évaluation des processus de gouvernance (qui selon les normes d'audit interne comprennent les programmes de l'organisation en matière d'éthique), les questions de conformité, les systèmes d'information, les relations avec des tiers, la gestion de crise.

Sur le plan pratique, l'identification de fraudes éventuelles constitue le principal objectif (49%) des extractions de données. De plus, 45% des répondants utilisent cette technique pour la surveillance des risques et des contrôles qui participent à la prévention et à la détection de la fraude.

Les compétences anti-fraude des auditeurs internes

Les auditeurs internes français semblent se détacher de leurs confrères par leur niveau d'expertise dans la facilitation de la sensibilisation au risque de fraude (26% se disent experts, seulement 17% au niveau mondial et 37% pensent avoir « confirmé » leurs compétences).

Histogramme : Compétences en matière de sensibilisation au risque de fraude



Ces données sont extraites de l'édition 2015 de l'enquête mondiale CBOK (Common Body Of Knowledge) sur la pratique de l'audit interne de la Fondation de la recherche de l'IIA (IIARF), question 81.4 « "Estimez votre niveau de compétence en utili-

© IFACI

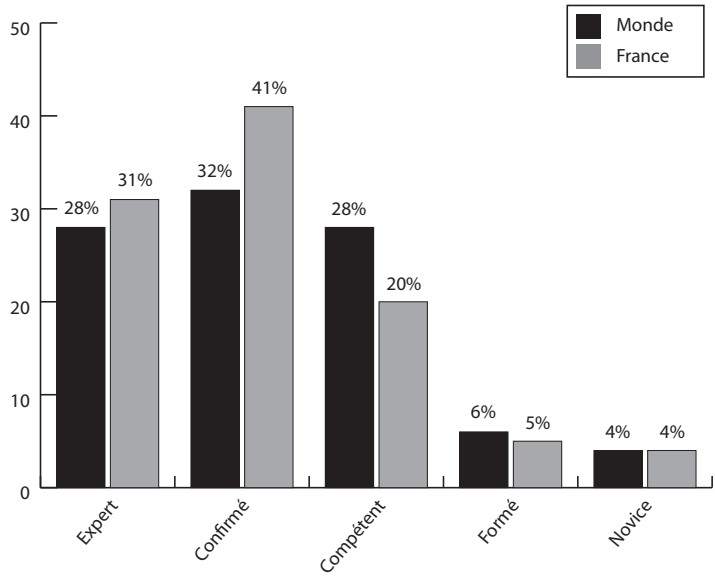
sant l'échelle suivante :

- Novice (je peux réaliser des tâches routinières en étant directement supervisé)
- Formé (je peux réaliser des tâches routinières avec une supervision limitée)
- Compétent (je peux réaliser des tâches routinières de façon indépendante)
- Confirmé (je peux réaliser des tâches avancées de façon indépendante)
- Expert (je peux réaliser des tâches complexes de façon indépendante)

Pour faciliter la sensibilisation au risque de fraude.

Ces compétences sont encore plus élevées pour l'intégration des aspects liés à la déontologie et à la fraude dans les missions d'audit. 41% des répondants en France se considèrent « confirmé » et donc capables de réaliser des tâches avancées de façon indépendante (32% au niveau mondial). 31% se considèrent même « expert » (28% au niveau mondial).
En outre, 8% (4% dans le monde) des répondants en France indiquent avoir reçu une formation spécifique dans l'audit de la fraude et y consacrer la majorité de leur activité.

Histogramme : Compétences concernant l'intégration des aspects liés à la fraude dans les missions d'audit interne



Ces données sont extraites de l'édition 2015 de l'enquête mondiale CBOK *(Common Body Of Knowledge)* sur la pratique de l'audit interne de la Fondation de la recherche de l'IIA *(IIARF)*, question 83.2 « Estimez votre niveau de compétence en utilisant l'échelle

ANNEXE

suivante :

- Novice (je peux réaliser des tâches routinières en étant directement supervisé)
- Formé (je peux réaliser des tâches routinières avec une supervision limitée)
- Compétent (je peux réaliser des tâches routinières de façon indépendante)
- Confirmé (je peux réaliser des tâches avancées de façon indépendante)
- Expert (je peux réaliser des tâches complexes de façon indépendante)

Pour intégrer les aspects liés à la déontologie et à la fraude dans les missions d'audit interne.

Ce contexte peut en partie expliquer pourquoi 23% des responsables de l'audit interne (25% en France) recherche des compétences en audit de la fraude ou en matière d'enquêtes et d'investigations (15% dans le monde, seulement 5% en France). En outre, comme indiqué à propos des missions, ces compétences sont connexes à d'autres qui sont plus plébiscitées :

- l'esprit d'analyse et l'esprit critique qui arrivent en tête des compétences recherchées par les responsables de l'audit interne en France (78% recherchent cette compétence, 64% dans le monde) ;
- l'évaluation des processus de gestion des risques (38%, 42% dans le monde) ;
- l'analyse de données (39%, 31% dans le monde) ;
- la cybersécurité et la protection des données personnelles (11%, 14% dans le monde).

© IFACI

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs

- Code des assurances
  - Article L113-1
  - Article L113-8
- Code de commerce
  - Article 241-3
- Code de la mutualité
  - Article L221-14
- Code pénal
  - Article 311-1
  - Article 313-1
  - Article 314-1
  - Article 441-1
- Code de la Sécurité Sociale
  - Article L932-7
- Ordonnance de transposition de la 3ème Directive anti-blanchiment n°2009-104 du 30 janvier 2009.

Référentiel et publications

- Principes d'application sectoriels de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme pour le secteur des assurances / ACPR, 2015.
- Cadre de Référence International des Pratiques Professionnelles de l'audit interne / IIA, IFACI, 2014.
  - Norme 2120.A2 « Evaluation de la possibilité de fraude et modalités de gestion de ce risque par l'organisation »
  - Glossaire des Normes
  - Guide pratique : « Auditing anti-bribery and anti-corruption programs » / IIA, 2012.
  - Guide pratique : « L'audit interne et la fraude : Guide Pratique » / IIA, IFACI, 2010.
  - Global technology audit guide (GTAG) 13 : Fraud detection and prevention in an automated world / IIA, 2009.
- CBOK – Common Body of Knowledge : Responding to fraud risk - Exploring where internal auditing stands / IIA, IFACI, 2015
- Report to the nations on occupational fraud & abuse / ACFE, 2014.
- The fraud – resistant Organisation. Tools, traits, and techniques to deter and detect financial reporting fraud- Anti-fraud collaboration / CAQ, FEI, IIA,NACD, 2014.
- La fraude continue à être une vraie menace pour les entreprises : Global Economic Crime Survey 2014 / PwC, 2014.
- UK Insurance : Key facts / Association of British Insurers, 2014.
- Cartographie des risques (2ème Edition) [Cahier de la recherche] / Unité de Recherche IFACI, 2013.
- Trois lignes de maîtrise pour une meilleure performance : Prise de position / IFACI, AMRAE, 2013.

© IFACI

- La délégation de gestion en assurance de personnes : pistes pour un contrôle interne efficace [Cahier de la recherche] / Unité de Recherche IFACI, 2012.
- Bilan 2013 sur la lutte contre la fraude sociale / Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude (DNLF), 2013.
- Rapport d'information déposé en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur la lutte contre la fraude sociale n° 3603 / Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 2011.
- Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale 2010 sur la lutte contre les fraudes aux prestations dans les branches prestataires du régime général / Cour des Comptes, 2010.
- Bilan 2010 de de la politique de lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives en assurance maladie / Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2010.
- La fraude – comment mettre en place et renforcer un dispositif de lutte anti-fraude ? [Cahier de la recherche] / Unité de Recherche IFACI, 2010.

Articles et colloques

- A robust unsupervised method for fraud rate estimation / The journal of Risk & insurance, 31 août 2015.
- L'action en contrefaçon, une réponse efficace contre les faux contrats d'assurance / L'Argus de l'assurance, 15 mai 2015.
- Protections des données : gare aux effets pervers / L'Argus de l'assurance, 01 mai 2015.
- Le client de plus en plus acteur / L'argus de l'assurance, 24 avril 2015.
- All Hands on Deck: Partnering to Fight Fraud / Tone at the Top, IIA, décembre 2014.
- Surveillance par un service interne : faut-il informer au préalable les salariés ? / Liaisons Sociales, 21 novembre 2014.
- Contre la fraude : BNP Paribas sensibilise ses clients / La lettre du Trésorier, novembre 2014.
- PRO BTP innove dans la lutte contre la fraude / L'Argus de l'assurance, 03 octobre 2014.
- Analytique et fraude / Acteurs Publics, octobre 2014.
- Fraude : l'arsenal de la lutte se modernise / L'Argus de l'assurance, 26 septembre 2014.
- What's your fraud IQ? / Journal of accountancy, Juin 2014.
- Bulletin 174 : Révélations des faits délictueux – Pratiques professionnelles / CNCC, Juin 2014.
- Les entreprises françaises détectent de mieux en mieux les fraudes / Les Echos, 19 février 2014.
- Réunion mensuelle IFACI : Concevoir et faire vivre le dispositif de lutte anti-fraude / IFACI, 12 décembre 2014.

Sites web

- www.ifaci.com
- www.acfe.com
- www.acpr.banque-france.fr
- www.alfa.fr
- www.cnil.fr
- www.insurancefraud.org
- www.eiopa.europa.eu

Réalisation : Ebzone Communication (www.ebzone.fr)

© IFACI