

Bienvenue au nouveau numéro de *Voir au-delà du risque*, la publication trimestrielle électronique de l'Institut canadien des actuaires (ICA). Chaque numéro présente les plus récentes réflexions actuarielles de spécialistes. Ci-dessous, **François Boulanger** se penche sur le coût de la fraude d'assurance qui se chiffre à plusieurs millions de dollars, ainsi qu'à la manière par laquelle l'analyse de données peut protéger les primes des automobilistes respectueux de la loi. Nous avons la certitude que vous trouverez cet article instructif et inspirant, et nous vous incitons à le partager avec vos amis et collègues.

Document 215009



INTRODUCTION

La fraude représente un facteur important pour bien des produits d'assurance et des juridictions. L'évolution de la technologie de gestion des risques et l'attention accrue qu'y accordent les gouvernements et les organismes de réglementation ont pour effet de souligner le problème de la fraude d'assurance et de resserrer l'analyse de cette question.

La fraude coûte des centaines de millions de dollars par année aux sociétés d'assurance du Canada, d'où une augmentation des primes pour les titulaires de polices respectueux de la loi partout au pays, et elle réduit les bénéficiaires, les placements et l'accès à l'assurance.

Les professionnels en actuariat ont pris part à la lutte contre la fraude, recourant à des analyses plus

rigoureuses et accordant plus d'attention à cet enjeu très coûteux. Toutefois, il en faut davantage pour réduire le risque d'une montée en spirale des factures d'assurance de tous les titulaires de polices.

DÉFINITION DU RISQUE DE FRAUDE

Le *risque de fraude* représente le risque d'actes intentionnels ou opportunistes visant à escroquer, détourner des biens, fausser l'information ou exercer d'autres activités non autorisées afin d'en tirer des avantages, qu'ils soient financiers ou autres.

La fraude peut être commise à l'interne par des employés ou à l'extérieur par des clients, des tiers fournisseurs de services ou d'autres personnes sans aucun lien direct avec l'assureur. Elle peut avoir des effets financiers sur l'entreprise et sa clientèle, ainsi qu'avoir une incidence nuisible sur la réputation de la firme.

Le [rapport](#) du Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile de l'Ontario propose un classement en trois catégories décrivant le mode de perpétration de la fraude en assurance-automobile :

- « **Fraude organisée** : plusieurs participants jouant différents rôles au sein du système d'assurance-automobile de l'Ontario créent un stratagème organisé dans le but de générer des rentrées de fonds au moyen d'un modèle d'activités frauduleuses.
- **Fraude préméditée** : un participant au système d'assurance-automobile de l'Ontario, agissant seul ou avec d'autres, facture systématiquement aux assureurs des biens ou des services qu'il ne fournit pas ou fournit et facture des biens et des services inutiles. Le participant participe à un modèle d'activités frauduleuses, éventuellement aux dépens de victimes d'accidents de véhicules automobiles ou avec leur complicité.
- **Fraude opportuniste** : une personne augmente la valeur de sa demande de règlement d'assurance-automobile en réclamant des indemnités ou d'autres biens et services qui sont inutiles ou n'ont aucun rapport avec l'accident qui a entraîné la présentation de la demande. »

DONNÉES LIMITÉES

La gestion de la fraude évolue dans la plupart des entités d'assurance au Canada. La prévention et la détection de la fraude, les enquêtes, l'intervention (y compris l'arrêt des versements, le rejet des demandes de réclamations, le recouvrement d'actifs et la poursuite en justice) et le repérage statistique en sont encore aux premiers stades ou n'existent tout simplement pas dans bien des sociétés. Les souscripteurs insistent habituellement sur le risque d'assurance tandis que les experts en sinistres mettent l'accent sur la satisfaction de la clientèle. En conséquence, on peine à détecter la fraude et les efforts déployés pour la combattre ou en analyser les coûts et les avantages sont peu visibles. Ainsi, il est difficile d'analyser la rentabilité des placements futurs en ne

disposant au mieux que de très peu de données concrètes.

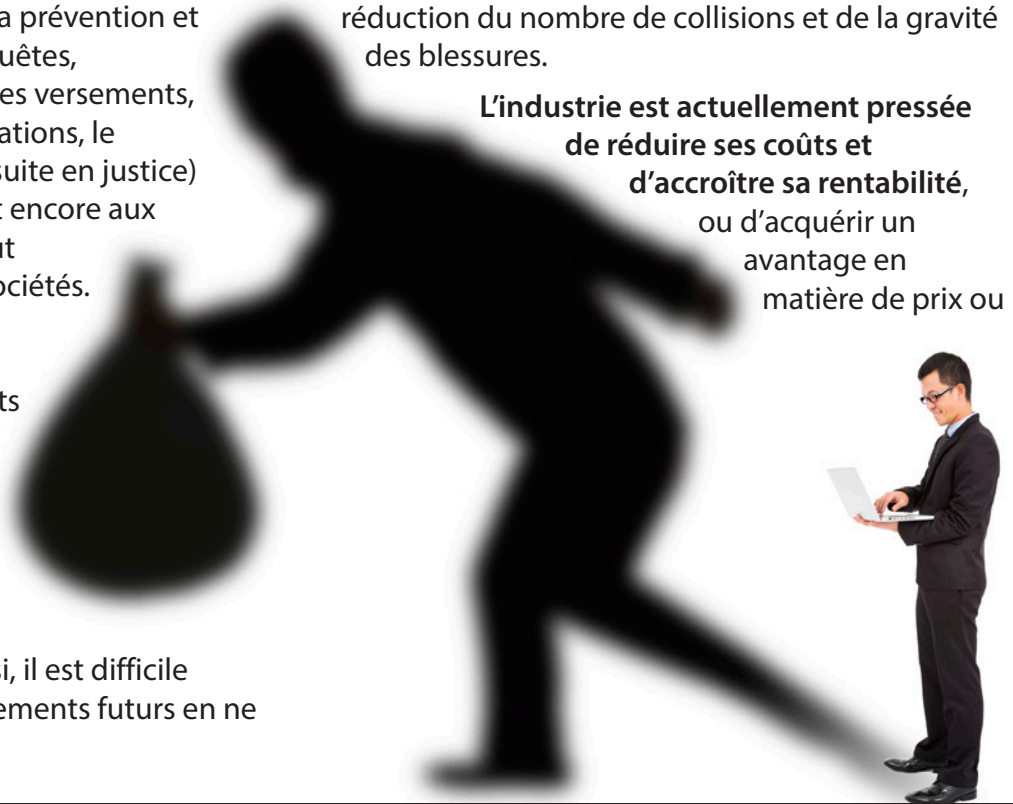
À défaut de données fondées, on doit s'en remettre à des règles empiriques pour évaluer l'impact de la fraude sur le règlement des sinistres : en assurances IARD, on croit que les paiements relatifs à la fraude représentent entre 5 % et 15 % de l'ensemble des sinistres réglés.

LE NOUVEL ACCENT SUR LE RISQUE DE FRAUDE

L'accent placé sur la prévention de la fraude a évolué pour certaines raisons.

L'organisme de réglementation prudentielle, le Bureau du surintendant des institutions financières (BSIF), a imposé une **discipline rigoureuse de gestion des risques aux entités réglementées**. Contrairement aux institutions de dépôts, la fraude d'assurance est peu susceptible de se traduire par un événement de risque individuel qui entraînerait l'insolvabilité ou la quasi insolvabilité d'une société. Cependant, la situation de l'assurance-automobile en Ontario entre 2007 et 2010 démontre que la fraude peut avoir des conséquences à la fois graves et durables sur la rentabilité et le risque global des assureurs : les coûts rattachés aux prestations d'assurance individuelle se chiffraient à 2,4 milliards de dollars de plus en 2010 qu'en 2006, malgré une réduction du nombre de collisions et de la gravité des blessures.

L'industrie est actuellement pressée de réduire ses coûts et d'accroître sa rentabilité, ou d'acquérir un avantage en matière de prix ou



Photos utilisées à des fins d'illustration seulement.

d'améliorer la satisfaction de la clientèle. L'atténuation des pertes imputables à la fraude découle d'une réduction des fuites sur sinistres dont sont victimes les assureurs. La rationalisation du traitement des sinistres non douteux permettra aussi d'améliorer la satisfaction de la clientèle à un coût opérationnel moins élevé, car une partie de ces sinistres non douteux peut être réglée de façon administrative plutôt qu'en statuant de façon exhaustive.

Le paramètre le plus important au chapitre de la sensibilisation à la fraude a été à la fois **politique et réglementaire** : la version finale du rapport du Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile de l'Ontario a permis de mesurer les répercussions vraisemblables de la fraude, de décrire la fraude à l'assurance-automobile et de formuler une vaste gamme de recommandations portant sur la lutte antifraude.

COMMENT COMBATTRE LA FRAUDE DANS LE SECTEUR DE L'ASSURANCE

Le rapport mentionne que l'augmentation « inexplicable » d'indemnités d'assurance pour accidents s'est élevée à deux milliards de dollars en 2010 (300 \$ par véhicule assuré) pour l'Ontario et à 1,7 milliard de dollars (700 \$ par véhicule assuré) dans la seule région du Grand Toronto. Invité à déterminer la valeur de la fraude, le cabinet-comptable KPMG a conclu que la fraude « aurait atteint entre 768 millions et 1,56 milliard de dollars », ce qui se serait traduit par un pourcentage se situant

entre 9 % et 18 % des indemnités totalisant 8,7 milliards de dollars en 2010.

Le groupe de travail a également calculé le coût de la fraude organisée et préméditée en 2010 et a conclu qu'il représente entre 300 millions et environ 500 millions de dollars. La fraude opportuniste, ce qui reste suivant l'estimé de fraude, s'échelonnait ainsi entre 450 millions et 1,1 milliard de dollars. Les événements de fraude opportuniste constituent le type le plus commun et ont tendance à être associés à un coût moindre par rapport à la fraude organisée. En raison de sa prévalence, il importe d'aborder la fraude opportuniste de manière efficace.

Pour mener la lutte aux fraudeurs, les auteurs du rapport ont formulé des recommandations touchant :

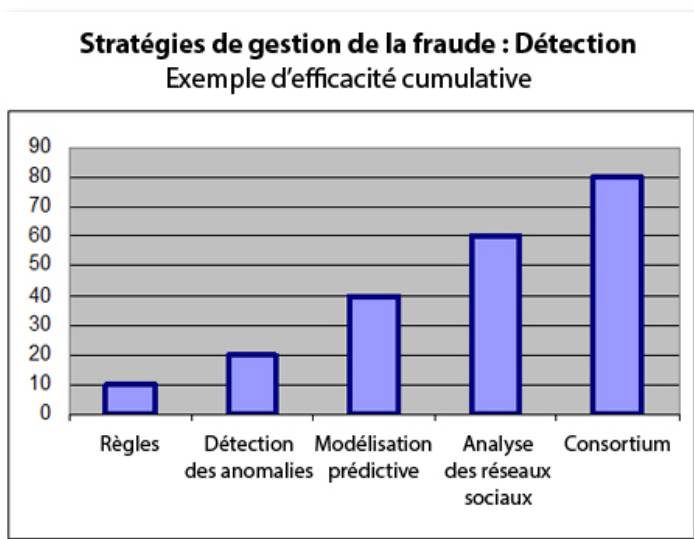
- La prévention;
- La détection;
- Les enquêtes;
- L'application de la loi.

Les trois premiers éléments de cette liste représentent les objectifs d'un [cadre de gestion de la fraude](#) (*en anglais seulement*).

DÉTECTION

Au sujet de la détection, le rapport dresse une liste d'initiatives potentielles de l'industrie dans le but de repérer les sinistres douteux, ce qui permettra de mettre en place une importante approche novatrice :

1. Les assureurs doivent prendre des mesures énergiques pour créer un organisme qui regrouperait et analyserait les données sur les sinistres afin de détecter les cas possibles de fraude organisée et préméditée.
2. Le gouvernement de l'Ontario devrait presser le gouvernement du Canada pour qu'il apporte rapidement des modifications à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et les documents électroniques dans le cadre du projet de loi C-12 actuellement à l'étude à la Chambre des communes, dans le but d'éliminer la limitation excessive de la capacité des assureurs de regrouper les renseignements sur les sinistres afin de lutter contre la fraude.
3. La Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) devrait modifier les formulaires





d'assurance-automobile et d'indemnités d'accident utilisés par les consommateurs pour que ceux-ci sachent que les assureurs peuvent regrouper les renseignements que renferment ces formulaires et les analyser afin de détecter les activités frauduleuses.

Ces recommandations appuient la création d'une entité indépendante de détection de la fraude dirigée par l'industrie. Elles suggèrent que la technologie est accessible et que certaines formes de fraude (organisée et préméditée) sont plus facilement détectées lorsque les données de l'industrie sont regroupées et que les liens entre les entités d'assurance sont analysés. En outre, les avantages de cette initiative pour la société dépassent la perte d'avantages concurrentiels individuels que détiennent certains assureurs par rapport aux autres.

Dans la foulée du rapport, une entité de lutte contre la fraude a été mise en place : les Canadian National Insurance Crime Services ([Canatics](#)), un organisme sans but lucratif qui vise la lutte contre la fraude organisée et préméditée dans le secteur de l'assurance-automobile en utilisant des outils à la fine pointe de la technologie pour analyser les

données regroupées de l'industrie afin d'identifier les sinistres douteux et faciliter les enquêtes menées individuellement par chaque assureur. Les membres de l'organisme gèrent approximativement 75 % de l'assurance-automobile en Ontario. Canatics prévoit amorcer ses activités en avril. Puisque la fraude organisée et préméditée représente moins de la moitié de la fraude totale, les assureurs devront tout de même s'assurer d'être en mesure de détecter la fraude opportuniste à l'interne.

Une démarche semblable de regroupement des données et de détection de la fraude est en place au Royaume-Uni depuis 2006. L'[Insurance Fraud Bureau](#) (IFB) est doté d'une grande portée, car ses membres gèrent plus de 95 % des sinistres d'assurance individuelle au Royaume-Uni. Ses services de prévention de la fraude s'appliquent aussi bien à l'assurance-automobile qu'à l'assurance habitation. Le personnel de l'IFB applique une gestion centralisée des alertes à la fraude alors que dans le cas de Canatics, chaque assureur enquête sur ses propres alertes à la fraude. Le modèle du consortium de sociétés d'assurance est également appliqué aux États-Unis, sous l'égide du [National Insurance Crime Bureau](#).

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET LA TECHNOLOGIE

Les deuxième et troisième recommandations traitent de l'importance des lois et des principes sur la protection des renseignements personnels dans un contexte où les données sont regroupées à partir d'entités indépendantes.

La troisième recommandation a déjà été mise en œuvre par la CSFO avant même que Canatics n'amorce ses activités. La Proposition d'assurance, la Demande d'indemnités d'accident et la Confirmation de traitement ont toutes été modifiées pour préciser que les titulaires de polices et les demandeurs consentent à ce que les assureurs regroupent et analysent les renseignements afin de détecter les activités frauduleuses.

Les principaux obstacles sont la protection des renseignements personnels et la sécurité, de même que la technologie.

- Canatics accorde la priorité à la protection des renseignements personnels dans sa planification, l'élaboration de ses services et ses activités opérationnelles.
- La CSFO exige maintenant que les sociétés d'assurance effectuent le suivi de la fraude, fassent rapport de leurs mesures de lutte à la fraude et confirment une fois par année qu'elles ont mis en place des contrôles efficaces pour contrer la fraude et les abus.
- La technologie en est maintenant rendue au point où il est possible de rentabiliser la détection : la collecte et la disponibilité des données en temps presque réel supportent les méthodes d'analyse, y compris l'analyse des réseaux sociaux (ARS). La technologie donne maintenant accès à des alertes en temps réel concernant de nouveaux sinistres douteux à soumettre à une analyse et peut-être à une enquête. La technologie peut détecter des sinistres douteux avec une certaine exactitude et suffisamment rapidement pour permettre la collecte de renseignements sur des accidents ou un événement assuré et prendre les mesures qui s'imposent en cas de fraude.
 - Les outils de détection de la fraude dont disposent les professionnels en actuariat et

les analystes ont sensiblement évolué ces dernières années. Jusqu'à tout récemment, les sociétés s'en remettaient à des règles simples, ou communément appelées des signaux d'alerte, que les experts en sinistres savaient reconnaître sans l'aide de l'informatique.

- Les méthodes de plus en plus efficaces comprennent la détection des anomalies, la modélisation prédictive et l'ARS. L'approche consortiale, à l'instar de Canatics, facilite la détection de la fraude entre les assureurs (fraude organisée et préméditée).
- On confond souvent l'ARS et les médias sociaux. L'ARS [traduction] « analyse rapidement de grandes quantités de renseignements sur les opérations et la clientèle, à la recherche d'empreintes dissimulées dans les données. L'analyse des réseaux sociaux peut relier ces empreintes pour donner une meilleure vue d'ensemble de la clientèle, de son interaction et des réseaux de liens entre les produits et les marques d'une organisation. » En ce qui concerne les assureurs, les empreintes font partie de leurs systèmes de polices, de réclamations et d'intelligence; ils n'attendent que la divulgation des relations par l'intermédiaire de l'ARS.


CONCLUSION

L'assurance des biens et des personnes au Canada est une affaire de milliards de dollars et de millions d'éléments de données, le genre de renseignements que les professionnels en actuariat et les experts analysent couramment à l'aide de modèles, de techniques d'exploration des données et de techniques semblables. Pour protéger les clients respectueux de la loi contre les criminels qui effectuent de fausses déclarations de sinistres, les assureurs et les organismes de réglementation doivent s'adapter pour modifier la technologie et les lois et règlements. À cet égard, le lancement imminent des activités de Canatics représente une importante réalisation.

Toutefois, afin de mieux combattre la fraude, le secteur de l'assurance peut :

- Élargir l'application du regroupement des données et des analyses de la fraude¹ à d'autres types d'assurance, notamment l'assurance invalidité et l'assurance collective pour soins médicaux et dentaires;
- Partager les pratiques exemplaires et explorer le regroupement de données des entités publiques, notamment la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario.

Ces nouveaux outils analytiques disponibles aux sociétés d'assurance ont une application étendue et sont également utilisés pour détecter d'autres types de fraude. Par exemple, ils sont utilisés pour détecter la fraude relative à l'impôt et aux prestations en Europe. Cette utilisation à grande échelle au Canada pourrait limiter l'impact des fraudeurs ici.

Une combinaison d'expertise analytique, de solutions de haute technologie, de collaboration et de créativité pourrait permettre de vaincre les criminels dans leur course aux dollars canadiens. 

¹ Pour consulter une présentation PowerPoint qui comprend l'analyse de la fraude dans un réseau social, veuillez cliquer [ici](#).



François Boulanger, FICA, FCAS, travaille en gestion de la fraude auprès d'une institution financière canadienne de grande taille où il dirige l'élaboration de la stratégie contre la fraude et sa mise en œuvre aux fins de l'assurance. Il détient un baccalauréat en science actuarielle de l'Université Laval et une maîtrise en finance des entreprises de la Schulich School of Business, et il possède plus de 30 ans d'expérience en tarification, en souscription et en évaluation actuarielle des assurances IARD. Il est un membre de la Commission de déontologie de l'ICA.

