

# Défis en matière de prévention de la fraude à l'assurance et valeur de l'impartition des activités d'une unité spéciale d'enquête



## TABLE DES MATIÈRES

|  |   |
|--|---|
| INTRODUCTION   | 3 |
| DÉFIS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE LA FRAUDE                          | 3 |
| TYPES D'ACTIVITÉS USE ET TENDANCES EN MATIÈRE D'ENQUÊTES POUR FRAUDE | 4 |
| AVANTAGES DE L'IMPARTITION DES ACTIVITÉS USE                         | 5 |
| CHOIX D'UN FOURNISSEUR   | 7 |
| CONCLUSION   | 8 |
| À PROPOS DE CGI  | 9 |

## Introduction

Aux États-Unis, la fraude en matière d'assurances remonte probablement à l'époque de la création de la première compagnie d'assurances, la Friendly Society, inaugurée en 1732 à Charles Town (maintenant Charleston), en Caroline du Sud. De nos jours, le problème a cependant pris des proportions alarmantes. Selon le *National Insurance Crime Bureau* (NICB), la fraude à l'assurance occupe le deuxième rang des crimes économiques aux États-Unis, précédée seulement de la fraude fiscale<sup>1</sup>.

Bien que certains individus perçoivent la fraude à l'assurance comme un « crime sans victime », ce type d'activité criminelle produit un impact profond sur la société. Il coûte chaque année des milliards de dollars, non seulement aux compagnies d'assurances, mais aussi aux consommateurs.

Selon la firme de recherche Conning & Company, la fraude à l'assurance a coûté aux consommateurs 96,2 milliards \$ en majorations de primes en 1999, et plus de 530 millions \$ en hausses de prix des biens et des services<sup>2</sup>. Conning & Company estime que la fraude à l'assurance coûte près de 5 000 \$ par année en primes d'assurances et en coûts de biens et de services majorés à chaque ménage aux États-Unis<sup>3</sup>.

La prolifération de la fraude à l'assurance aux États-Unis est attribuable aux multiples défis que doivent relever les compagnies d'assurances qui s'attaquent à ce fléau. Malgré la complexité de ces défis, les assureurs adoptent de plus en plus une attitude proactive pour la mise en oeuvre de programmes de lutte à la fraude. Plusieurs de ces programmes comprennent la mise sur pied d'une unité spéciale d'enquête (USE) pour détecter et examiner les réclamations frauduleuses. Le mode de fonctionnement de ces unités varie d'une entreprise à l'autre : certaines préfèrent les conserver à l'interne, tandis que d'autres confient ce type d'activités en impartition. Ce document examine les avantages de l'impartition des unités spéciales d'enquête, tant du point de vue de la prévention de la fraude que de l'amélioration du rendement financier des entreprises.

## Défis en matière de prévention de la fraude

La prévention de la fraude est une tâche ardue. Les compagnies d'assurances, qui perdent des sommes fabuleuses aux mains des fraudeurs, reconnaissent sans détour la gravité du problème et leur responsabilité dans l'orientation des efforts visant à le résoudre. Cependant, leurs tentatives de prévention de la fraude s'enlisent souvent en raison des énormes défis à relever sur tous les fronts

### Tolérance du public

Les recherches montrent qu'une forte proportion d'individus considèrent que certains types de fraudes à l'assurance sont acceptables. Par exemple, des sondages révèlent que jusqu'à un adulte sur quatre croit qu'il est acceptable de gonfler une réclamation d'assurance. Les justifications invoquées le plus souvent comprennent le « rattrapage » des franchises, ou une compensation pour le paiement de primes sans que l'assuré ne soumette de réclamation. La tolérance de la fraude à l'assurance dans l'opinion publique est partiellement attribuable à la perception négative des compagnies d'assurances au sein de la population. Selon la *Coalition Against Fraud* (au Canada : Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance), deux personnes sur cinq attribuent la crise actuelle de fraude à l'assurance aux pratiques inéquitables des compagnies d'assurances, et deux individus sur trois croient que les primes d'assurances continueront d'augmenter, que les assureurs soient victimes ou non de fraudes<sup>4</sup>.

### Coût et risques de la lutte à la fraude

La lutte à la fraude est une activité extrêmement onéreuse pour les assureurs. Elle exige que des enquêteurs spécialement formés identifient correctement les réclamations douteuses et les soumettent à une enquête approfondie. L'embauche et le maintien de ces enquêteurs se traduisent par des frais élevés en salaires, en avantages sociaux et en dépenses connexes

pour les assureurs. Les compagnies d'assurances doivent également effectuer des investissements pour l'acquisition d'outils et de technologies d'enquête, qui évolue rapidement. En examinant la question sous l'angle du rapport coûts-avantages, plusieurs assureurs, notamment les petites et les moyennes entreprises, considèrent qu'il est plus rentable de payer des réclamations frauduleuses que de les soumettre à un processus d'enquête. Les compagnies d'assurances s'exposent aussi à des poursuites judiciaires pour mauvaise foi si elles refusent de régler certaines réclamations qui leur semblent douteuses.

### **Des criminels avertis et insaisissables**

On constate de grandes variations dans l'âge, les revenus, la profession, la race, la religion et les autres attributs démographiques et psychologiques des individus qui commettent des fraudes. Il est donc difficile de les regrouper en catégories. De plus, leur profil type correspond étroitement à celui des honnêtes citoyens : ils occupent un emploi (notamment dans des professions qui inspirent le respect), sont mariés, ont des enfants, font du bénévolat au sein de leur communauté, participent régulièrement à des cérémonies religieuses, etc. Ces criminels font aussi preuve d'un raffinement croissant dans leurs méthodes, et conçoivent constamment des scénarios de fraude d'une complexité croissante, qui font souvent appel aux technologies telles qu'Internet. Les compagnies d'assurances doivent donc relever un défi constant pour se maintenir à jour par rapport aux plus récentes méthodes de fraude, et tenter de les mettre en échec.

### **Complaisance des organismes d'application de la loi**

Bien que la plupart des États américains aient adopté des lois contre la fraude à l'assurance, leur manque de sévérité est largement critiqué. De plus, les poursuites pour fraude à l'assurance ne présentent qu'un faible niveau de priorité pour les procureurs publics, car elles sont difficiles à étayer et entrent en concurrence, sur le plan des ressources, avec les crimes violents et des crimes de l'information jugés plus graves. Du point de vue des fraudeurs, le risque d'être accusé et d'écoper d'une peine de prison pour fraude à l'assurance est donc minime. En outre, malgré que la plupart des États américains aient mis sur pied des groupes d'enquête de ce type de crimes, leur efficacité varie largement en fonction de leur taille, des fonds dont ils disposent, de leurs priorités et de leurs méthodes.

### **Types d'activités USE et tendances en matière d'enquêtes pour fraude**

Avant les années 1980, les compagnies d'assurances considéraient qu'elles devaient se concentrer sur des questions plus urgentes que la fraude à l'assurance, et ne lui accordaient donc pas un niveau élevé de priorité. Les assureurs étaient alors aux prises avec les risques d'inflation, l'augmentation des coûts des réclamations pour blessures et une croissance exponentielle de leurs frais d'exploitation résultant d'un manque d'efficacité et de productivité. L'augmentation des primes d'assurance et la réaction négative du public qui s'ensuivit, combinée à l'émergence de réseaux organisés de fraudeurs, ont rapidement propulsé la fraude à l'assurance au sommet de la liste des priorités des compagnies d'assurances.

Les assureurs ont alors commencé à exercer des pressions en vue de l'adoption de lois plus sévères contre la fraude à l'assurance, et une application plus systématique de la réglementation associée. Elles ont aussi investi dans leurs propres projets de lutte à la fraude, qui comprenaient notamment la constitution d'unités spéciales d'enquête responsables de juguler la fraude. Alors que peu de compagnies d'assurances comptaient une USE avant les années 1980, la majorité des assureurs en avaient constitué au cours des années 1990.

La prise de conscience par la population des coûts élevés engendrés par la fraude à l'assurance a également incité les législateurs des différents États à prendre part à la lutte contre la fraude. De nos jours, la plupart des États américains ont adopté des lois qui définissent expressément la nature criminelle de la fraude à l'assurance, et la traitent comme un crime grave, plutôt que comme un simple délit contraventionnel. Les gouvernements ont

également adopté des lois qui augmentent les amendes et prévoient des peines de prison en cas de fraude à l'assurance. La plupart des États américains ont mis sur pied des groupes d'enquête spécialisés dans la lutte à la fraude, et ont imposé des exigences de prévention des fraudes aux assureurs. Règle générale, ces exigences englobent l'élaboration de plans anti-fraude, la signalisation obligatoire des incidents, les avertissements concernant les fraudes, la réalisation d'inspections internes et la mise sur pied d'unités spéciales d'enquête. La formation et le maintien d'unités d'enquête ne sont plus des activités discrétionnaires pour les assureurs : elles sont obligatoires en vertu de la loi dans 38 des 50 États des États-Unis.

Aujourd'hui, les compagnies d'assurances indiquent que la lutte à la fraude constitue leur principale priorité, et citent leurs USE comme leur principal moyen de prévention de la fraude. La plupart des compagnies d'assurances de dommage ont adopté un programme d'exploitation d'unités spéciales d'enquête, et 40 % des assureurs ont augmenté les budgets consacrés aux USE durant les trois dernières années<sup>5</sup>. Plusieurs études font état d'un rendement de 3 \$ pour chaque dollar consacré aux USE. D'autres études indiquent un rendement encore plus élevé.

Les types de programmes USE varient d'une entreprise à l'autre. Certaines compagnies d'assurances maintiennent des unités d'enquête à l'interne, tandis que d'autres ont conclu des ententes avec des fournisseurs externes. La gestion des fonctions USE s'effectue généralement de l'une des trois façons suivantes : par une petite équipe de conseillers en fraude (groupe-conseil anti-fraude) qui guident les experts en évaluation des réclamations, par des experts en évaluation ayant reçu une formation spécialisée en enquête de fraude, et qui mènent des enquêtes en plus de leurs activités d'évaluation des réclamations (évaluateurs anti-fraude), ou par une grande équipe d'enquêteurs spécialisés en fraude dont la seule responsabilité concerne la réalisation d'enquêtes sur des réclamations douteuses (unité spéciale d'enquête).

Au cours des dernières années, les compagnies d'assurances ont montré une tendance croissante à confier les services d'enquête anti-fraude en impartition. Depuis 2002, plusieurs grandes compagnies d'assurances, y compris Fireman's Fund Insurance Co. (FFIC) et Clarendon National Insurance Co., ont confié leurs activités USE en impartition. En 2003, FFIC a confié l'ensemble de ses fonctions d'enquête et de gestion de lutte anti-fraude à un partenaire externe, dans le but de réduire ses frais d'exploitation et de se concentrer sur sa mission primaire. Dans le même ordre d'idées, la compagnie Clarendon a conclu en 2003 une entente d'impartition de ses activités USE avec CGI.

### **Avantages de l'impartition des activités USE**

Au cours de la dernière décennie, les compagnies d'assurances ont adopté en nombre croissant l'impartition comme outil stratégique pour accroître leur compétitivité. Les assureurs ont bénéficié de multiples avantages en confiant la réalisation d'activités non stratégiques à des experts externes et en se concentrant sur leurs activités de base, soit la vente de polices d'assurance et la satisfaction de leur clientèle. Les compagnies d'assurances ont d'abord fait appel à des partenaires externes pour la gestion de leurs fonctions TI. Plus récemment, elles ont commencé à confier en impartition d'autres fonctions non essentielles telles que la gestion des ressources humaines et de la paie, la comptabilité et les enquêtes anti-fraude. Certains des avantages concurrentiels associés à l'impartition des USE sont décrits ci-dessous.

#### **Réduction des coûts**

Comme c'est le cas pour les autres types d'impartition, la dimension économique est le facteur clé qui incite les compagnies d'assurances à opter pour l'impartition des activités USE. La gestion des fonctions USE à l'interne exige du personnel, de la formation et des

technologies; ces éléments sont coûteux à acquérir et à maintenir. Quel que soit le type d'USE mis sur pied par un assureur (groupe-conseil anti-fraude, évaluateurs anti-fraude ou unité spéciale d'enquête), des employés doivent être affectés à la détection des réclamations douteuses et à l'exécution d'enquêtes. L'assureur doit donc absorber des frais élevés pour les salaires, les avantages sociaux et les dépenses liées au travail de ces employés.

Dans le cas d'un groupe-conseil anti-fraude, l'assureur doit embaucher un ou plusieurs experts en détection des fraudes, et doit fournir une formation spécialisée à ses experts en évaluation des réclamations. La constitution d'une équipe d'évaluateurs anti-fraude entraîne également des dépenses pour la formation de ces évaluateurs. La création d'une unité spéciale d'enquête entraîne souvent l'embauche d'un grand nombre d'enquêteurs aguerris, possédant de l'expérience dans les domaines de l'application de la loi et de la réalisation d'enquêtes criminelles. Ces enquêteurs, qui détiennent une expertise poussée, exigent des salaires élevés et engagent généralement des dépenses considérables (véhicules de fonction, ordinateurs personnels, espace de bureau, frais de déplacement, etc.) dans le cadre de leurs activités professionnelles.

La formation constitue un poste budgétaire important pour les assureurs qui maintiennent des unités spéciales d'enquête à l'interne. Comme c'est le cas d'autres catégories de professionnels des assurances, les membres des USE doivent compléter des programmes de formation continue. Les assureurs doivent donc investir constamment dans la tenue de séminaires et de cours à l'intention de leurs enquêteurs. Les membres des unités spéciales d'enquête sont également responsables de la formation d'autres employés de la compagnie, dont les experts en évaluation et en souscription et, dans certains cas, les agents d'assurances.

Non seulement l'impartition des activités USE élimine-t-elle les coûts liés à la mise sur pied et au maintien des unités spéciales d'enquête, mais elle contribue aussi à limiter les risques de poursuites pour mauvaise foi auxquelles s'exposent les compagnies d'assurances. Si un expert en évaluation ou un enquêteur outrepassé ses responsabilités lors d'une enquête sur une réclamation, la compagnie d'assurances est en effet susceptible d'être poursuivie par le client. Par contre, dans la même situation, un assureur ayant confié ses services d'enquête en impartition peut invoquer les clauses de l'entente le liant à l'impartiteur et affirmer que ce dernier n'a pas respecté ses obligations contractuelles, et se mettre du même coup à l'abri d'une poursuite.

### **Expertise plus approfondie**

Règle générale, l'expérience et l'expertise collectives des enquêteurs à l'emploi d'un fournisseur de services USE excèdent largement les compétences qu'une compagnie d'assurances peut acquérir à l'interne. Un impartiteur digne de confiance met à la disposition de ses clients un large bassin d'enquêteurs détenant une expérience étendue en application des lois touchant la fraude à l'assurance, ainsi qu'en enquêtes sur des dossiers criminels et de fraude.

Ces experts connaissent l'industrie des assurances, les mécanismes de règlement des réclamations, les divers types de fraudes à l'assurance, de même que les processus et les technologies nécessaires à la détection, à l'investigation et à la prévention des fraudes. De plus, ils connaissent les processus inhérents aux poursuites judiciaires et les conditions à remplir pour déposer une poursuite qui sera retenue.

La mise en oeuvre des meilleures pratiques constitue l'un des avantages clés offerts par ce niveau d'expertise. Les experts en impartition peuvent recommander et mettre en oeuvre des

processus englobant l'ensemble des aspects des enquêtes sur les fraudes, de l'identification des réclamations douteuses à la résolution des dossiers, qui produisent des résultats plus substantiels qu'un assureur ne pourrait obtenir avec une unité d'enquête interne. L'expérience étendue acquise par ces experts dans divers domaines d'application des lois leur permet d'assurer plus efficacement la liaison avec le *National Insurance Crime Bureau*, les services de police, les bureaux de prévention de la fraude et diverses agences gouvernementales.

### Technologies de pointe

Les technologies jouent un rôle essentiel dans l'efficacité des programmes de prévention de la fraude. Ces technologies ont connu une véritable explosion au cours des dernières années.

Des bases de données et des logiciels d'exploration des données de plus en plus évolués sont régulièrement mis en marché pour aider les assureurs à identifier les réclamations frauduleuses et à les acheminer à leurs unités d'enquête. Les assureurs peuvent utiliser ces technologies pour analyser d'importants volumes de réclamations et identifier les demandes de règlement suspectes à partir de caractéristiques. Ces technologies permettent également aux assureurs de détecter les tendances en matière de fraude.

Les technologies de détection Web prennent une importance croissante dans la lutte à la fraude. Les fonctions de demandes de polices, de présentation de réclamations et de souscription par Internet ont suscité la création de nouveaux processus et flux de travaux dans les compagnies d'assurances, et ont aussi ouvert la voie à de nouvelles méthodes de fraude. L'avènement du commerce électronique a fait sombrer les techniques classiques de détection des fraudes dans la désuétude, et a forcé les assureurs à mettre au point de nouvelles solutions pour prévenir la fraude en ligne.

La prolifération des technologies parmi les outils d'enquête sur des dossiers de fraude impose aux compagnies d'assurances la responsabilité de se maintenir à jour sur le plan technologique, en mettant en oeuvre ou à niveau les solutions technologiques convenant à leur organisation. L'impartition peut soulager les assureurs de ce fardeau, en transférant la responsabilité de la satisfaction des exigences technologiques de l'entreprise à des experts qui peuvent orienter la compagnie vers les voies technologiques les plus appropriées et faire en sorte qu'elle tire le maximum d'avantages des meilleures solutions.

### Choix d'un fournisseur

La majorité des fournisseurs de services USE sont des petites entreprises ne comptant qu'un ou deux enquêteurs à plein temps. Ces fournisseurs sont généralement confinés à une ville ou à un territoire géographique restreint, et traitent les demandes d'enquêtes pour fraude sur une base individuelle. Bien qu'il existe quelques fournisseurs de plus grande envergure, aucun n'offre une portée nationale. Les compagnies d'assurances de moyenne et grande taille ont intérêt à retenir les services d'un fournisseur disposant d'un réseau national d'enquêteurs expérimentés, qui peuvent offrir un soutien complet aux assureurs. Plusieurs autres caractéristiques démarquent les meilleurs fournisseurs de services USE, dont :

- Connaissance approfondie de l'industrie des assurances
- Expérience en enquêtes pour fraude
- Expérience en application des lois, et plus particulièrement dans les domaines criminels et de la fraude
- Technologies évoluées, comprenant notamment des bases de données USE exhaustives et des logiciels d'exploration de données et d'évaluation des risques
- Équipement de pointe (systèmes de surveillance vidéo, caméras à haute définition, et
- Capacité de mener des enquêtes complètes sur les dossiers de fraude en appliquant des méthodes systématiques et éprouvées



- Feuille de route démontrant la capacité de générer des économies considérables
- Capacité de mesurer, de suivre et de rendre compte en continu des économies réalisées
- Références éloquentes de clients
- Interactions axées sur les résultats avec les organismes d'application des lois fédéraux, d'État et locaux, avec le NICB, les services d'assurance d'État et les agences de prévention de la fraude de chaque État
- Processus améliorant le flux d'information entre le service de traitement des réclamations et les membres de l'unité spéciale d'enquête de l'assureur
- Respect intégral des exigences réglementaires des États relatives aux fournisseurs à forfait de services USE
- Capacité de production de tous les rapports exigés par les lois et règlements d'État
- Capacité de gérer de façon transparente les relations avec des tiers

Comme c'est le cas pour toute relation d'impartition, une approche de partenariat stratégique produit les résultats les plus tangibles. Le fournisseur USE idéal doit être en mesure de répondre aux besoins particuliers de son client, et de s'adapter aux changements de ses exigences en matière d'enquêtes pour fraude. Il doit aussi partager le risque de la relation de partenariat en offrant des ententes sur les niveaux de service clairement définies, assorties de mesures de rendement et de pénalités en cas de rendement insuffisant. De plus, le fournisseur doit s'engager fermement à fournir des services de la plus haute qualité qui soit.

## Conclusion

La fraude à l'assurance a atteint des niveaux épidémiques aux États-Unis, et son expansion ne montre aucun signe de ralentissement. Bien que la lutte à la fraude soulève de nombreux défis, les compagnies d'assurances ne peuvent plus se permettre de demeurer indifférentes à ce fléau. Les coûts élevés des fraudes les ont forcées à réagir au problème et à réaliser des investissements pour se doter de l'expertise, des compétences, des processus et des technologies nécessaires pour détecter et prévenir efficacement les fraudes. Les unités spéciales d'enquête se sont imposées comme le moyen le plus efficace de lutte à la fraude. Bien que des équipes d'enquête puissent être constituées selon plusieurs modèles, les compagnies d'assurances se tournent en nombre croissant vers l'impartition de ces activités, en raison de l'avantage concurrentiel qu'elles retirent de cette approche. L'impartition des activités USE fournit des résultats impressionnants en matière de lutte à la fraude et de réduction des frais d'exploitation, et produit d'autres bénéfices aux assureurs. Son importance continuera de croître, alors que les assureurs poursuivront leur recherche de moyens efficaces d'enrayer la fraude.

CGI offre une gamme complète de services d'enquête pour tous les types d'assurances. Nos services comprennent les enquêtes internes, la vérification des antécédents des candidats, et l'assistance au traitement des réclamations, à la conformité à la réglementation, à la production de rapports et à la formation à la détection des fraudes. Pour en savoir plus sur nos services d'enquête, visitez notre site Web, à l'adresse [www.cgi.com](http://www.cgi.com).



## À propos de CGI

Fondée en 1976, CGI aide des clients provenant d'un vaste éventail de secteurs économiques à tabler sur les technologies de l'information pour maximiser leur performance et la valeur ajoutée qu'ils produisent. CGI offre également une gamme complète de services d'impartition des processus d'affaires qui lui permettent de gérer et d'améliorer les processus d'affaires quotidiens de ses clients, afin qu'ils puissent se concentrer sur leurs décisions stratégiques. La Société offre des services de consultation, d'intégration de systèmes et d'impartition répondant à l'ensemble des besoins technologiques et d'affaires de sa clientèle. CGI aborde chaque mandat avec un même objectif en tête – contribuer à la croissance et au succès de ses clients. CGI fournit des services à des clients dans le monde entier, à partir de ses bureaux du Canada, des États-Unis et d'Europe, et également de ses centres d'excellence en Inde et au Canada.

Pour explorer ces aspects et découvrir comment CGI peut vous aider, communiquez avec votre directeur de compte CGI, ou visitez la page [www.cgi.com/web/fr/siege\\_social.htm](http://www.cgi.com/web/fr/siege_social.htm) pour connaître l'emplacement des bureaux de CGI le plus près des vôtres. D'autres renseignements sont affichés sur le site [www.cgi.com](http://www.cgi.com).

---

### Notes:

- <sup>1</sup> National Insurance Crime Bureau, brochure « Insurance Fraud », World Wide Web : <http://www.nicb.com/public/publications/NICBInsuranceeng.pdf>, 2004.
  - <sup>2</sup> Conning & Company, « Insurance Fraud: Renewing the Crusade », 2000.
  - <sup>3</sup> Conning & Company, "Insurance Fraud: Renewing the Crusade," 2000.
  - <sup>4</sup> Coalition Against Insurance Fraud, "Insurance Fraud: The Crime You Pay For," World Wide Web: [http://www.insurancefraud.org/fraud\\_backgroundunder\\_set.html](http://www.insurancefraud.org/fraud_backgroundunder_set.html), 2004.
  - <sup>5</sup> Insurance Research Council and Insurance Services Office, "Fighting Insurance Fraud – A Survey of Insurer Anti-Fraud Efforts," 2001.
-