

*Existe-t-il un ou des profils types de fraudeurs à l'assurance ?
Analyse des risques et mesures de prévention.*

Résumé

Le contrat d'assurance se base sur l'honnêteté des parties qui le concluent. Il y a fraude quand l'assuré prétend obtenir un bénéfice illicite de la compagnie d'assurances.

La fraude est un problème majeur pour les assureurs. Dans la Communauté Européenne, on estime les dommages causés par la fraude à 8 milliards EUROS (ou 2 % des primes de 400 milliards EUROS). Les variations sont considérables selon les branches d'assurances. Quelle est la situation en Suisse ? Les estimations semblent encore plus pessimistes, on parle de 2 à 3 milliards de francs suisses pour les Assureurs privés seul. Le Suisse est celui qui dépense le plus au monde pour se prémunir.

Il y a plusieurs étapes dans la fraude :

- **La préparation** : avant ou au moment de la souscription d'assurance (surestimation ou sous-estimation des valeurs, dissimulation d'informations, événements qui se sont déjà produits).
- **La falsification des sinistres assurés** : Le sinistre survient après la souscription, mais il ne s'agit pas d'un vrai dommage assuré selon les conditions d'assurance (ex : perte et non vol, effraction ou vol simple), souvent même il est fictif.
- **L'exploitation frauduleuse du sinistre** : par exagération ou augmentation du dommage causé par un vrai événement,
- **La perpétuation délibérée d'un sinistre** : incendie criminelle, mutilation, accident provoqué.

La tendance est à une augmentation encore plus accélérée de la fraude pour de multiples raisons : opportunités transfrontalières, tendances culturelles et sociales en Occident, activités criminelles lucratives, difficultés sociales et financières (chômage), etc.

Les conditions actuelles du marché ont considérablement évoluées cette dernière décennie, surtout après l'abandon du cartel des assurances à la fin des années quatre-vingt-dix. Une concurrence effrénée a engendré, dans un premier temps, une diminution des contrôles opérés par les compagnies qui ont réduit leur effectif d'environ 10 à 20 %. Toutefois, constatant les dommages causés par la fraude, dès la fin des années 90, les assurances ont créé et développé des services spécialisés.

L'ampleur de la tâche, avec un nombre toujours croissant d'assurés et de sinistres (3 millions par an), incite à mieux identifier le marché et notamment les fraudeurs.

La raison principale de cette étude innovatrice est d'essayer d'identifier des profils ou des comportements à tendances frauduleuses afin de mettre en place les garde-fous nécessaires à une saine relation d'affaires basée sur la confiance.

Ce travail veut tenter de mettre à disposition des professionnels des outils qui permettent d'agir contre la fraude.

Jusqu'il y a peu, la fraude était considérée comme un facteur faisant partie du risque. Les assureurs étaient conscients de son existence mais dans leur souci de maintenir une image sociale adéquate et contraints d'indemniser les sinistres rapidement (ce qui rend difficile l'étude des cas), ils favorisaient les comportements frauduleux.

J'ai décidé d'utiliser le fichier des fraudeurs à l'assurance ZIS pour élaborer des techniques quantitatives de contrôle et de détection de la fraude ?

Le traitement statistique des informations découlant des annonces ZIS doit permettre d'établir le *profil du fraudeur* dans un portefeuille et *les éventuels signaux d'alerte*.

Les conclusions principales qui peuvent être tirées de cette étude sont les suivantes :

- Globalement, il y a autant de Suisses que de non nationaux qui fraudent, mais en comparaison de la proportion de la population, on peut dire qu'il y a 4 x plus d'étrangers.
- La branche automobile est la principale victime de la fraude sur un bien.
- L'apparition de comportement frauduleux est plus fréquente chez les individus de la classe d'âge 35 à 39 ans.
- Mon étude ne porte pas sur les variables explicatives qui sont significatives pour les éléments du sinistre, par exemple : coïncidence des noms entre les parties impliquées, l'intervention de la police, les antécédents de sinistres et la description textuelle des événements. Ces variables devraient aussi être toujours considérées lors des investigations concernant la fraude.

La qualité des observations à disposition pour mettre en place des méthodes de détection de fraude devraient être améliorées : les types de fraude devraient être mieux établis afin de permettre une meilleure classification des sinistres et les éléments du portefeuille d'assurance pris en compte (fréquence, charge de sinistre, conclusion, modification, annulation du contrat, etc.).

Du point de vue méthodologique, les améliorations possibles passeraient par l'étude longitudinale des sinistres. Cela implique travailler avec des dossiers dès leur ouverture jusqu'à leur liquidation. De cette façon on pourrait déterminer quels indicateurs influencent chaque étape de la gestion et quel est le moment optimal pour effectuer des contrôles de fraude.

Pour finir, avant l'implantation d'un mécanisme de contrôle, l'assureur devrait analyser l'influence de la fraude sur les coûts qu'elle supporte et déterminer la relation coût-bénéfice qui découlerait de la mise en place d'un système de détection automatisé. Certains programmes spécifiques à telle ou telle branche sont proposés par des prestataires étrangers pour un coût d'environ 150 à 300'000.- francs. Mais sont-ils adaptés à nos besoins et à la spécificité du marché suisse. Les ressources financières de l'automobiliste suisse sont supérieures à celles d'un allemand. Les risques varieront entre la couverture RCVM (accidents provoqués – Autobumserei) et la Casco (Dommages totaux, par exemple : vol).

Il ne faut pas oublier que seulement 10 % des assurés pourraient être des fraudeurs, alors que le 90 % sont honnêtes.

Une lecture de mon sujet vous permettra de découvrir les mille et une facettes de la fraude à l'assurance.

Lausanne, le 24.01.2003.

Jacques Pascal Fournier