

La vie est plus radieuse sous le soleil

Financière  
Sun Life

**LA FRAUDE LIÉE AUX  
GARANTIES COLLECTIVES**  
NOTRE APPROCHE AVANT-GARDISTE

# Avant-propos

Lors de mes conversations avec les promoteurs de régime collectif, les conseillers et les autres intervenants de notre secteur, j'ai constaté une inquiétude grandissante face à la fraude liée aux garanties collectives et, malheureusement, cette crainte est justifiée. Dans le contexte de la hausse du coût des soins de santé, la fraude liée aux garanties collectives constitue une menace grave et grandissante pour la viabilité des régimes collectifs. On estime que les pertes dues à la fraude atteignent jusqu'à 10 % des dépenses annuelles en santé<sup>1</sup>. Ce pourcentage pourrait représenter plus de 2,5 milliards de dollars de pertes en 2015<sup>2</sup> s'il est appliqué aux dépenses de soins de santé des régimes de garanties collectives d'assureurs privés. Ce montant représente l'argent dont les promoteurs de régime ont besoin s'ils veulent que leurs participants restent en bonne santé, productifs et engagés.

Qui plus est, force est de constater que la complexité et l'ampleur des stratégies de fraude liée aux garanties collectives ne font qu'augmenter sous l'effet de plusieurs facteurs, dont l'implication croissante du crime organisé qui y voit une promesse «d'argent facile».

La gestion de la fraude est, sans conteste, un élément déterminant de la viabilité des régimes. C'est pourquoi il faut s'engager activement dans cette lutte en collaboration avec les assureurs qui jouent un rôle de premier plan. Les enjeux se faisant plus pressants, les assureurs ne peuvent plus se permettre d'aborder la gestion de la fraude sous l'angle d'une solution tout-en-un. Si la menace prend de l'ampleur et devient plus complexe, il doit en être de même pour la réponse. Il faut une approche dynamique, axée sur le renseignement et qui s'appuie sur une technologie de pointe et des techniques d'enquête avant-gardistes. La bonne technologie, combinée aux bonnes personnes, contribue à développer une stratégie permettant de faire face aux menaces émergentes et, ultimement, de les déjouer.

Il y a de bonnes nouvelles. À la Financière Sun Life, nous travaillons très fort et nous progressons à grands pas, avec des spécialistes sur le terrain et une technologie en constante évolution. Les promoteurs de régime et les participants peuvent également jouer un rôle proactif à travers la conception des régimes, l'information et la sensibilisation. Ensemble, nous pouvons sensiblement réduire le risque de fraude pour assurer, aujourd'hui et demain, la viabilité des régimes de garanties collectives.



**Gary Askin,**  
Vice-président adjoint,  
gestion du risque de fraude  
Financière Sun Life

## CONVERSATION ÉCLAIRÉE

À la Financière Sun Life, nous savons que plus il y a d'interlocuteurs, plus une conversation est riche. C'est pourquoi nous aimons faire appel à de nombreux collaborateurs, tant à l'interne qu'à l'externe, afin de donner au public les avis les plus pertinents sur les garanties collectives. Nous travaillons avec des experts, des visionnaires et des spécialistes des meilleures pratiques et de l'innovation afin de faire évoluer le secteur des garanties collectives. Nous utiliserons nos ressources, notre expertise et nos relations pour faciliter le dialogue avec vous. Lorsque les grands esprits se rencontrent, tout devient possible – et nous voulons que tout le monde participe à la conversation.

Joignez-vous à la **Conversation éclairée**. Animée par la Financière Sun Life.

# La gestion de la fraude, c'est important

Récemment, la Financière Sun Life a rencontré certains de ses principaux clients du secteur des garanties collectives, qui ont clairement indiqué que la fraude liée aux garanties collectives est une préoccupation majeure<sup>3</sup>.

Alors que la pression d'assurer des régimes viables s'accroît, toutes les occasions de compression des coûts sont bonnes. La gestion de la fraude est donc primordiale.

La menace à la viabilité des régimes posée par la fraude liée aux garanties se fait plus pressante sous l'effet de plusieurs facteurs, notamment les suivants :

- **La méconnaissance.** Le manque de connaissances et de compréhension à l'égard de leur régime de garanties peuvent amener les participants à être plus exposés au risque de fraude, car cela ne fait tout simplement pas partie de leurs préoccupations.
- **Hausse du coût des soins de santé.** Avec la hausse du coût des soins de santé, les fraudeurs voient des occasions de s'enrichir financièrement.
- **Le crime organisé.** Les criminels misent de plus en plus sur la fraude liée aux garanties collectives et délaissent d'autres secteurs tels que les cartes de débit et de crédit. À mesure que les assureurs resserrent leurs contrôles, ils rendent la tâche plus difficile aux criminels.
- **Autres priorités pour l'application de la loi.** Les organismes d'application de la loi consacrent habituellement leurs ressources limitées à la répression des crimes contre les personnes, et non contre les sociétés. Cela signifie que les assureurs et leurs clients doivent redoubler d'efforts pour espérer lutter contre la fraude.

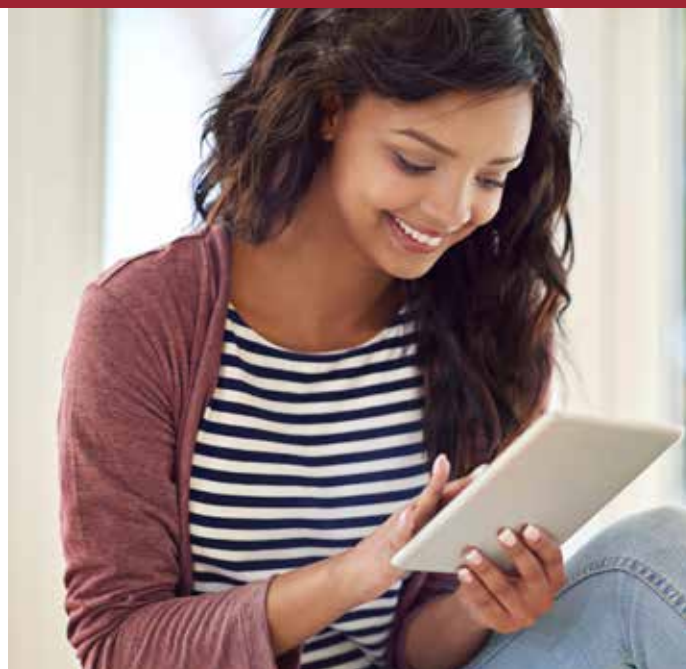
La plupart des assureurs ont mis en place des processus et des moyens technologiques pour lutter contre la fraude, car une seule approche ne suffit pas. Il faut une combinaison de technologies et de ressources humaines compétentes pour élaborer une stratégie globale permettant de déjouer des fraudes d'une complexité et d'une envergure grandissante.

Pour la gestion de la fraude, la Financière Sun Life agit sur trois fronts : l'analyse de données, la collaboration avec les organismes d'application de la loi et les enquêtes spécialisées sur le terrain. Cette approche axée sur le renseignement donne des résultats.



## LA FRAUDE : C'EST CÔUTEUX

La fraude représenterait jusqu'à 10 % des dépenses de santé au Canada<sup>4</sup>.



### COÛTS POTENTIELS DE LA FRAUDE POUR LES RÉGIMES COLLECTIFS

Prenons le cas d'un régime collectif couvrant 100 employés qui coûte en moyenne au promoteur de 300 000 \$ à 400 000 \$ par an. Selon des estimations prudentes des assureurs, la fraude représenterait jusqu'à **40 000 \$** des coûts de ce régime<sup>5</sup>.

# Une approche axée sur le renseignement pour gérer la fraude

À la Financière Sun Life, nous considérons qu'une approche axée sur le renseignement implique une analyse proactive des données recueillies permettant de dégager des tendances et de faire des recoupements en matière de fraude et d'abus. Cette approche est centrée à la fois sur les fraudes potentielles et sur les personnes qui les commettent. À ce titre, on peut intervenir avant que le mal soit fait.

## LES MÉGADONNÉES ET LE POUVOIR DE L'ANALYSE INTERNE

Les « mégadonnées » sont primordiales dans la lutte contre la fraude liée aux garanties collectives. Les plus récents outils d'analyse et d'exploration des données offrent un immense potentiel pour la détection d'activités suspectes, qui va bien au-delà de ce que permettent les règles de base en vigueur (la norme de l'industrie). L'univers des données que l'on peut désormais analyser est donc vaste : outre le contenu des demandes de règlement, il s'étend à toutes les sources d'information publiques – médias sociaux, sites Web publics, information reçue par des clients, etc.

La Financière Sun Life a beaucoup investi dans les mégadonnées. Nos technologies internes d'analyse de réseaux sociaux, d'analyse de tendances et d'analyse prédictive fonctionnent en synergie pour signaler des demandes de règlement douteuses. Cette approche globale nous aide à trouver et à explorer les bonnes pistes et à adapter notre intervention selon l'évolution des stratégies de fraude.

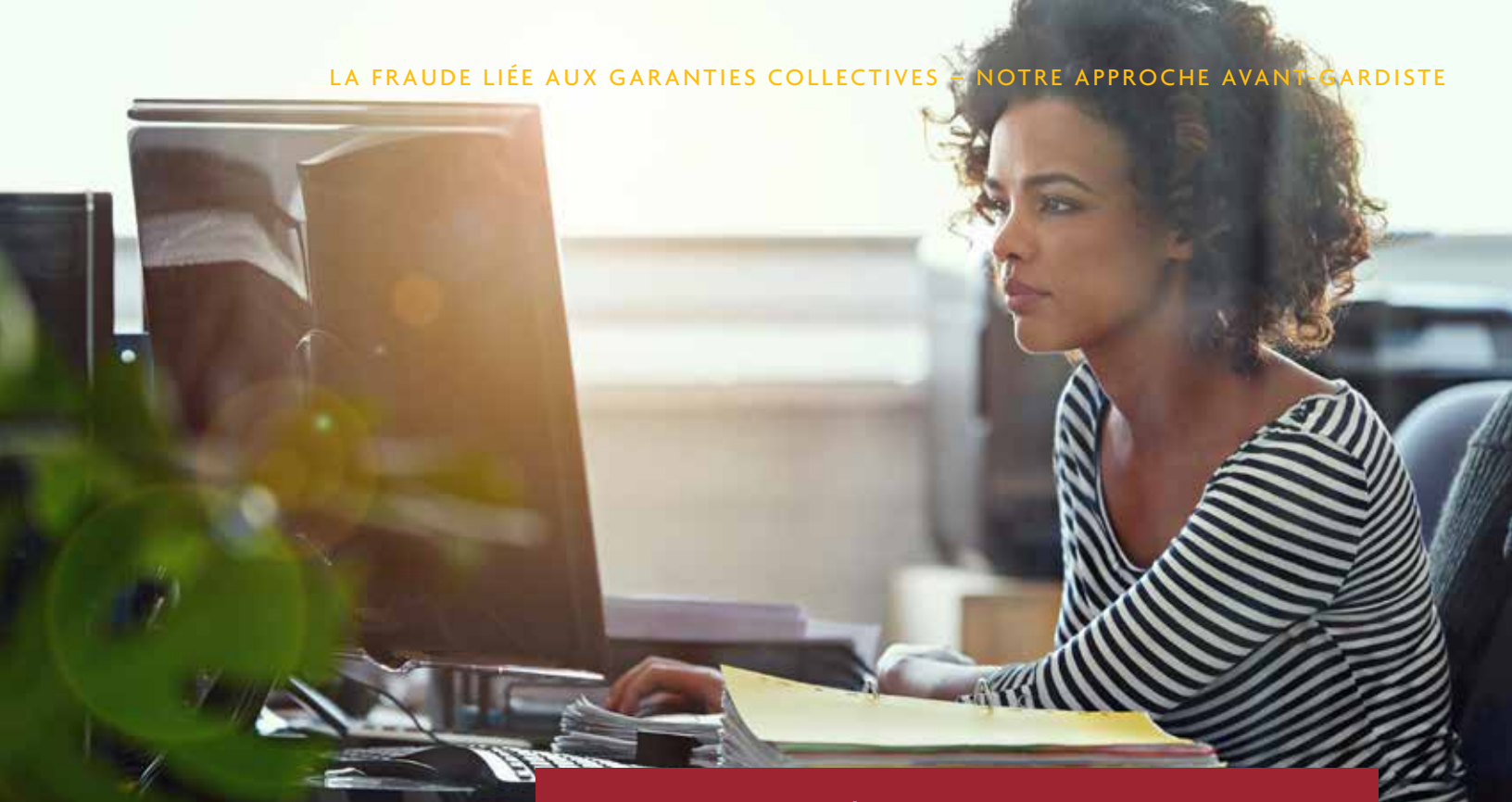
- **L'analyse de réseaux sociaux** permet de repérer les réseaux de relations entre fournisseurs de services et participants, et de cibler les individus dont le comportement est suspect. Par exemple, elle peut permettre de repérer une forte concentration d'employés relevant du même promoteur de régime qui ont recours au même fournisseur de services ou qui fréquentent la même clinique. Ce comportement est typique de la formation en bande organisée, par laquelle des fraudeurs s'associent avec d'autres fraudeurs.
- **L'analyse de tendances** vise, à l'aide d'algorithmes et de données historiques comportementales, à détecter les comportements suspects comparables à des scénarios de fraudes antérieures. Par exemple, elle peut révéler un nombre anormalement élevé de traitements quotidiens assurés par un seul fournisseur de services.
- **L'analyse prédictive** prend en compte simultanément une vaste gamme de facteurs pour calculer la probabilité de fraude, ce qui nous permet de prédire où et quand de nouveaux cas de fraude sont susceptibles de se produire. Par exemple, nous pouvons empêcher un dentiste ou un fournisseur de services suspect de recevoir des règlements de la Sun Life en le plaçant sur notre liste des fournisseurs radiés, avant même qu'il ne commence à exercer ses activités sous un autre nom et à une autre adresse.

**i** Les « règles de base de la profession » désignent une fonctionnalité basée sur des règles intégrées dans le système de paiement de certains assureurs qui permet, au cas par cas, de refuser une demande de règlement ou d'en réduire le montant. Par exemple, le système d'un assureur peut signaler une demande de règlement pour une obturation sur une dent qui a déjà été enlevée au participant.

Le fait pour un assureur de refuser une demande de règlement individuelle sur la base de ces règles peut contribuer à prévenir certains cas de fraude. Toutefois, les fraudeurs peuvent découvrir ces règles et trouver d'autres moyens d'exploiter les régimes de garanties collectives. D'où la nécessité d'une analyse plus approfondie des tendances plutôt qu'une simple intervention au cas par cas, ce qui peut avoir un effet dissuasif sur le comportement même.



MÉGADONNÉES



## Commençons par le commencement

La première chose que les assureurs doivent faire est de gérer la collecte des données afin de repérer, et déjouer, les activités frauduleuses. Ce faisant, si ce qui rentre est de qualité, ce qui sortira le sera aussi.

Par exemple, la Financière Sun Life comble les lacunes en matière d'information. Nos systèmes de détection de la fraude nous permettent de saisir toutes les données pertinentes au moment de l'examen d'une demande de règlement. Le fait de disposer de données plus complètes nous aide à concevoir des modèles plus complexes pour mieux repérer les cas de fraude éventuels.



## COUP D'OEIL SUR L'ANALYSE DE TENDANCES

L'analyse de tendances examine un vaste ensemble de parties prenantes interreliées (de médecin à patient, de patient à établissement, etc.) et permet d'extraire rapidement les relations les plus «concentrées».

Voici comment l'analyse de tendances a permis à la Financière Sun Life d'empêcher un fraudeur présumé d'agir.

- Lorsque notre outil d'analyse de données exclusif a repéré une tendance inhabituelle liée aux demandes de règlement, notre équipe d'analyse des données a produit un rapport typologique pour valider visuellement une tendance concernant des comportements suspects liés aux demandes de règlement.
- Notre analyse a montré qu'un grand nombre de participants d'une même organisation cliente avaient réclamé le remboursement de soins de massage reçus par un seul fournisseur. Cette constatation, et d'autres résultats d'analyse, nous ont fourni des éléments d'information probants.
- À la lumière de l'information découverte par l'équipe d'analyse des données, nos enquêteurs ont visité le bureau du fournisseur pour voir ce qui s'y passait réellement. Le bureau du fournisseur était en réalité une façade pour une stratégie de fraude complexe et à grande échelle. Les participants présentaient des demandes de règlement pour des services qu'ils n'avaient pas reçus alors que le fournisseur recevait des pots-de-vin.

## FRAUDE PAR COLLUSION ENTRE LES FOURNISSEURS DE SERVICES

On estime que les cas de fraude par collusion entre les fournisseurs de services représentent 87 % de toutes les activités frauduleuses liées aux garanties collectives<sup>6</sup>. Il y a collusion lorsque deux ou plusieurs parties collaborent à l'élaboration d'une fraude ou de pratiques abusives. Par exemple, un fournisseur de services peut s'entendre avec un participant pour frauder le promoteur du régime (et l'assureur) : le premier partage ensuite l'argent qu'il reçoit avec le second.

Les cliniques et établissements multidisciplinaires représentent un risque émergent. Les fraudeurs y voient l'occasion de profiter simultanément des garanties associées à plusieurs praticiens et fournisseurs de matériel médical.

L'usurpation d'identité est un autre aspect important du problème. Des fournisseurs usurpent l'identité de collègues, ou de participants, et s'en servent pour présenter de fausses demandes de règlement ou pour fournir des services sous de faux prétextes, au risque de nuire à la santé de participants. Par exemple, des participants peuvent se faire soigner par des individus non qualifiés ou se retrouver avec un dossier médical contenant de faux renseignements concernant un diagnostic ou des traitements inexistantes. Si tous les montants de couverture dans le cadre du régime sont épuisés du fait des fausses demandes de règlement présentées, le participant risque d'être dans l'impossibilité de bénéficier de la couverture prévue lorsqu'il en aura le plus besoin.

Un assureur peut mettre des mois à constituer un dossier de preuve valable à présenter à la police. D'expérience, nous savons que les corps policiers ont souvent du mal à trouver le temps ou les ressources nécessaires pour mener leur propre enquête, ce qui peut rallonger le processus de plusieurs mois, voire des années.

Heureusement, on peut décourager le comportement frauduleux sans nécessairement faire intervenir la justice. Les assureurs, les promoteurs de régime et les participants eux-mêmes ont plusieurs moyens à leur disposition pour dissuader les fraudeurs potentiels ou pour atténuer les conséquences d'une stratégie de fraude. C'est pourquoi il importe que tous participent activement à la lutte contre de la fraude.

### TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT SONT ÉGALES... QUAND IL S'AGIT DE DÉTECTER UNE FRAUDE ÉVENTUELLE.

Alors que les participants nous disent vouloir être remboursés rapidement, les promoteurs de régime, eux, nous disent devoir assurer la viabilité de leur régime et réduire au minimum le risque de fraude. Comment concilier ces priorités concurrentes? La réponse réside dans la technologie.

Chaque demande de règlement présentée à la Financière Sun Life, même celles présentées sur formulaire papier, devient une demande électronique. Nos Solutions Règlements VoieRapide combinent quatre technologies fonctionnant en synergie pour traiter les demandes de règlement tout en saisissant et en stockant électroniquement les données qu'elles contiennent. Il s'agit d'une première dans l'industrie, aucun autre assureur canadien n'a cette capacité. Puisque nos demandes de règlement sont sujettes à un processus rigoureux de vérification, nous savons que nous pouvons les régler rapidement tout en réduisant les risques de fraude.



## PROFILAGE DES FOURNISSEURS DE SERVICES

Lorsque la preuve de la fraude ou de pratiques abusives est solide, il est important de signaler l'identité du fournisseur de services aux promoteurs de régime et aux participants. La Financière Sun Life a mis en place un programme à cette fin.

La Financière Sun Life a introduit un programme de radiation des fournisseurs de services qui a permis de réduire sensiblement le risque d'abus et de fraude en attendant l'intervention des organismes d'application de la loi, le cas échéant.

- Après une enquête approfondie, l'équipe responsable des questions liées à la fraude fournit à un comité interne les détails concernant les fournisseurs suspectés de fraude. Ce comité décide alors si le risque de fraude justifie la radiation du fournisseur.
- Nous tenons une liste de fournisseurs et de cliniques ou d'établissements dont nous ne traitons ni ne remboursons plus les demandes de règlement.
- Cette liste est régulièrement mise à jour et communiquée uniquement aux promoteurs de régime et aux participants par l'intermédiaire du site Web des Services aux participants protégé par un mot de passe masunlife.ca. Nous mettons l'accent sur le fait que nous ne rembourserons plus les demandes de règlement provenant des fournisseurs qui sont sur la liste.
- Enfin, nous informons les fournisseurs de services eux-mêmes que nous ne traiterons plus les demandes de règlement pour du matériel ou des services fournis aux participants. Cela a également un effet dissuasif sur d'éventuels fraudeurs.

Dès l'instant où nous intervenons auprès d'un fournisseur (par un appel téléphonique, une visite de l'établissement, une demande de renseignements supplémentaires, etc.), les demandes de règlement diminuent considérablement, avant même que nous ne l'ayons inscrit sur la liste des fournisseurs radiés. Cela peut immédiatement entraîner une baisse des pertes pour les régimes, comparativement à l'inaction. Comme les participants ne sont pas remboursés pour des services fournis par les organismes radiés par la Financière Sun Life, ces activités, et les radiations subséquentes, ont une grande force dissuasive et contribuent à maintenir l'intégrité des régimes de garanties collectives.

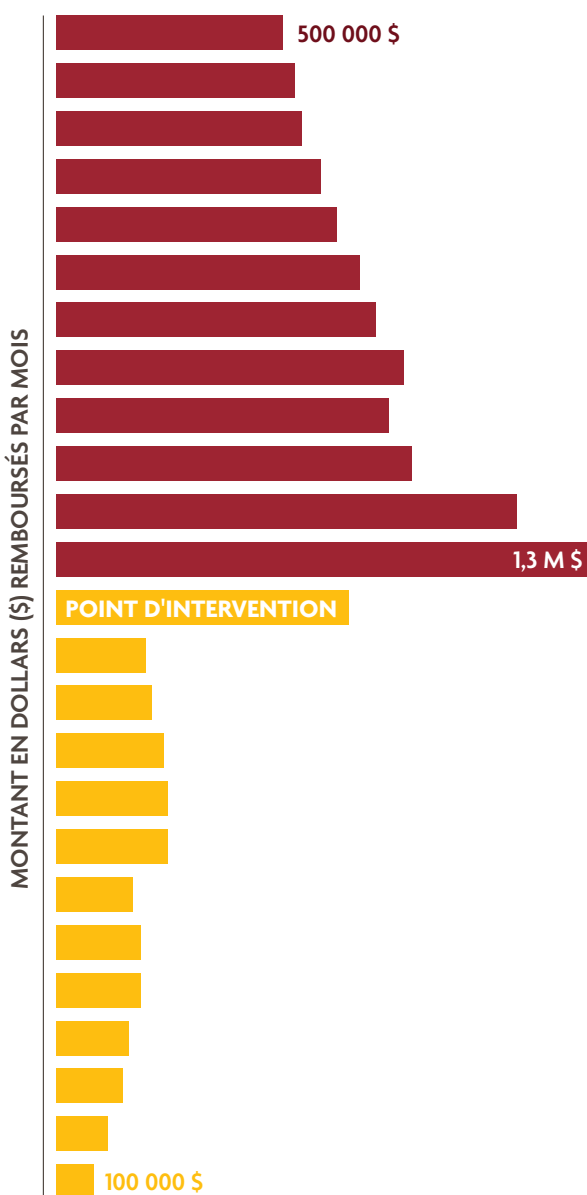
Dans le graphique à droite, lors de la période de 12 mois précédant le profilage du fournisseur (mois -12), de plus en plus de règlements ont été effectués. Au moment de l'intervention (mois 0), on observe une baisse marquée des demandes de règlement. Dans la période qui a suivi l'intervention, les demandes de règlement se sont maintenues à un niveau raisonnable chez les fournisseurs et les établissements profilés.

## INCIDENCE DU PROGRAMME DE PROFILAGE DES FOURNISSEURS

Basé sur un total de 137 fournisseurs

Source : Données de la Financière Sun Life

- Période couvrant les 12 mois précédant l'intervention
- Les 12 mois suivant l'intervention



## LE FACTEUR HUMAIN

Les moyens technologiques sont des armes puissantes dans la lutte contre la fraude, mais elles ne constituent qu'une partie de la solution pour gérer la fraude. Les individus qui possèdent l'expertise et les compétences pour optimiser ces moyens, analyser les données et mener les enquêtes représentent l'autre partie.

Les **75 membres** de l'équipe responsable des questions liées à la fraude de la Financière Sun Life sont spécialisés dans les domaines suivants :

- **Analyse de données** – Tous les éléments d'information contenus dans la demande de règlement sont consignés dans un certain nombre de rapports qui sont utilisés pour dégager des modèles de comportement suspect. L'analyse de données nous permet, à l'interne, de dégager des stratégies de lutte contre la fraude et d'en surveiller l'évolution. Des rapports spéciaux sont produits pour identifier ces stratégies.
- **Analyse de renseignement** – Analyse encore plus poussée des données en vue de déceler d'autres pistes et joueurs potentiels dans un réseau de fraude complexe.
- **Enquêtes** – Une fois les pistes possibles dégagées, un plan d'enquête est mis à exécution. Par exemple, lorsque nous découvrons une tendance suspecte concernant des demandes de règlement provenant d'un établissement, nous plaçons cet établissement sous surveillance et convoquons en entrevue les participants qui y ont récemment présenté des demandes de règlement.



L'équipe responsable des questions liées à la fraude et les conseillers de la Financière Sun Life mettent à contribution une grande variété de compétences et de disciplines. Ils apportent leur expérience dans divers domaines comme le maintien de l'ordre, les renseignements, le crime organisé, la traite de personnes, les enquêtes complexes, les douanes et l'immigration, sans oublier les médecins et les dentistes.

## TOUJOURS DANS LA MIRE

Outre une équipe responsable des questions liées à la fraude, de nombreuses ressources doivent également collaborer au sein d'une compagnie d'assurance.

Par exemple, à la Financière Sun Life, plus de 1 000 personnes ont reçu un certain niveau de formation sur la détection de la fraude pour aider à prévenir et limiter ce problème. Ainsi, des centaines de représentants du centre de service à la clientèle sont sensibilisés à la fraude et peuvent alerter rapidement l'équipe responsable des questions liées à la fraude en cas de demandes de règlement ou d'appels téléphoniques suspects.

Ces efforts permettent de récupérer des millions de dollars chaque année, et de multiplier les mesures préventives pour qu'il soit difficile de passer entre les mailles du filet.

## MÉCANISMES DE CONTRÔLE

Un assureur devrait également appliquer des mécanismes de contrôle pour les demandes de règlement :

- **Vérification des remboursements anticipés par le Web** – S'appuie sur des limites de couverture, des profils et des critères de vérification aléatoires.
- **Vérification des remboursements anticipés** – Réduit le risque de remboursement pour des demandes de règlement frauduleuses.
- **Vérification des demandes de règlement pour frais d'hospitalisation** – Les demandes de règlement sont vérifiées dans le cadre d'un programme de vérification avant paiement aux hôpitaux visant à assurer que la facturation des frais d'hospitalisation est correcte et exacte.
- **Courriel et numéro sans frais de dénonciation** – Peuvent générer chaque mois des dizaines de renvois aux fins d'enquête – selon la taille de la compagnie d'assurance.
- **Fournisseurs de services médicaux et de soins dentaires** – Les demandes de règlement provenant des fournisseurs sont vérifiées pour repérer les tendances de facturation inhabituelles. Les anomalies concernant les volumes ou les combinaisons de services sont signalées pour enquête ultérieure par des analystes spécialement formés.
- **Technologie «Alertes»** – Les demandes de règlement, qu'elles soient présentées sur formulaire papier ou en ligne, passent par cet outil de diagnostic basé sur des scénarios. Les comportements de recherche de médicaments, les soins dentaires à intervalles trop fréquents, les participants ou les fournisseurs de services suspectés de tester les plafonds et limites de couverture, etc., génèrent des alertes.





L'équipe responsable des questions liées à la fraude d'un assureur peut suspendre et désactiver immédiatement l'accès si la situation le justifie, ce qui a un effet dissuasif sur les fraudeurs potentiels.

Par exemple, nous pouvons suspendre ou désactiver définitivement l'accès pour présenter des demandes de règlement en ligne dans le cas de participants et de fournisseurs suspectés de fraude. Nous pouvons également ajouter un «indicateur» au niveau du régime pour que l'équipe responsable des questions liées à la fraude examine toutes les demandes de règlement soumises, ou seulement celles qui justifient un tel examen, les autres étant traitées comme d'habitude.

## DES RELATIONS QUI FONCTIONNENT

Bien des assureurs ont du mal à admettre que les fraudeurs nuisent à leurs clients et que certains participants collaborent activement à des activités frauduleuses avec des fournisseurs. Lorsque les assureurs travaillent en collaboration avec la police, les promoteurs de régime, les associations et les autres compagnies d'assurance pour échanger l'information appropriée, tout le monde y gagne.



Un fraudeur peut essayer d'utiliser les renseignements personnels d'un participant (nom d'utilisateur, mot de passe, etc.) pour repérer les produits et services dont il pourrait bénéficier auprès de la compagnie d'assurance.

Pour réduire ce risque, la Financière Sun Life collabore activement à l'échange d'information sur les comportements frauduleux à l'échelle de ses différentes divisions, s'il y a lieu.

## Chacun a un rôle à jouer

De plus en plus, les promoteurs de régime se tournent vers leurs assureurs pour obtenir de l'aide en matière de prévention de la fraude. Cela n'est pas surprenant : les coûts des régimes de garanties collectives ne cessant d'augmenter, la prévention de la fraude est devenue une priorité pour les promoteurs.

Il est payant de jouer un rôle plus proactif dans la lutte contre la fraude grâce à une stratégie axée sur le renseignement. Le rôle des assureurs vise à fournir la meilleure protection possible au moyen de diverses techniques et méthodes d'enquête éprouvées, combinées à des technologies de pointe et à des ressources humaines hautement qualifiées.

### MOYENS D'ACTION DES PROMOTEURS DE RÉGIME

Voici quelques suggestions qui peuvent aider les promoteurs de régime à atténuer les risques de fraude dans leur organisation.

- Sensibiliser les participants à l'importance et à la valeur de leur régime, et au rôle qu'ils ont à jouer dans la gestion de leur régime en agissant en consommateurs avertis.
- Obtenir des participants qu'ils reconnaissent, sur papier ou en ligne, que les demandes de règlement soumises sont correctes. Une autre bonne pratique consiste à leur faire reconnaître que la fraude liée aux garanties collectives est une activité criminelle lourde de conséquences. Ces conséquences peuvent inclure la perte de couverture, la restitution des sommes dues, la cessation d'emploi, la transmission du dossier à la police, des accusations et des poursuites au criminel.
- Les promoteurs de régime devraient également mettre à jour leurs règles de conduite et les contrats de leurs employés pour y inclure les dispositions qui seront prises s'ils sont reconnus coupables de fraude liée à leur régime de garanties collectives. Nous appuyons et encourageons une telle mise au point sur les attentes de l'employeur.
- Les promoteurs de régime peuvent consulter leur assureur sur la façon d'intégrer, dans leurs contrats de garanties collectives, des mesures de protection contre la fraude. Ces mesures peuvent inclure des montants maximums de couverture pour certains types de garanties, des plafonds de remboursement, etc.

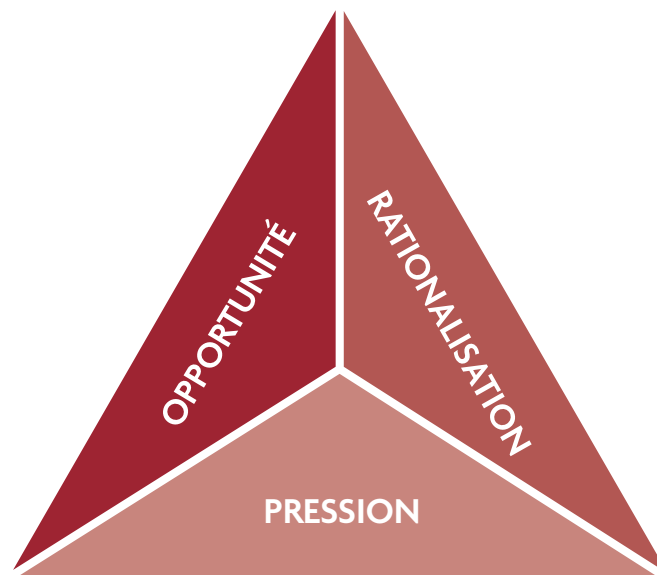
## LA PREMIÈRE LIGNE DE DÉFENSE : LES PARTICIPANTS

Bien que les fournisseurs de services soient souvent à l'origine de la fraude, il y a des situations où un fournisseur dépend de la participation (délibérée ou non) des participants. Un fournisseur peut amener un participant à rationaliser ses choix de garanties et à tomber dans le piège de l'activité frauduleuse. Par exemple, un fournisseur incitera un participant à «tirer le maximum» de son régime de garanties collectives même si les traitements facturés ne sont pas médicalement nécessaires.

Les assureurs peuvent fournir à leurs clients des conseils pour aider les participants à lutter contre la fraude. Il peut s'agir d'inviter les participants à collaborer avec l'assureur lorsque celui-ci demande les reçus du fournisseur de services dans le cadre du processus de vérification des demandes de règlement. Ce simple message suffit souvent à décourager les tentatives ultérieures de fraude. Il faut aussi rappeler aux participants de conserver leurs reçus pendant un an, en prévision de toute demande de vérification.

Il est important pour les participants de se familiariser avec leur régime (par exemple, ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas) pour savoir comment l'utiliser adéquatement. Ils apprendront à en faire un usage judicieux et à éviter la fraude. Les promoteurs de régime sont encouragés à travailler avec leur assureur à la préparation d'une brochure d'information à l'intention des participants.

Les participants devraient être encouragés à signaler un cas présumé de fraude lorsqu'ils ont affaire à un fournisseur qui tente de les persuader de faire un usage abusif de leur régime. La plupart des assureurs ont une adresse de courriel confidentielle ou un numéro de téléphone où les participants peuvent signaler un cas présumé d'abus ou de fraude.



### LE TRIANGLE DE LA FRAUDE

La fraude se produit habituellement en présence de trois éléments.

**Opportunité** – La perception qu'il y a peu de risque de détection, de sanction ou de conséquences.

**Rationalisation** – Sentiment d'avoir droit aux prestations ou ignorance du fait que c'est l'argent de l'employeur qui paie pour les demandes de règlement.

**Pression** – Désir ou besoin de gain financier, incitation de la part d'un fournisseur.



## PASSEZ À L'ACTION

Le phénomène de la fraude liée aux garanties collectives est complexe et d'une grande ampleur, mais comme l'illustre ce dossier de réflexion, si l'on ne peut empêcher les stratégies de fraude d'évoluer, on peut faire beaucoup pour en atténuer les risques.

Parlez à votre assureur pour en savoir plus sur les mesures qu'il prend pour lutter contre la fraude liée aux garanties collectives et pour vous aider, vous et votre organisation, à mieux protéger votre régime.

# Étude de cas réels

## CAS 1



### L'ENQUÊTE RÉVÈLE UN CAS DE FAUSSES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Dans ce cas, des demandes de règlement ont été présentées pour des frais inhabituels engagés à l'étranger au profit de jeunes enfants. Avant de procéder au remboursement, nous avons contacté l'établissement de soins de santé où les enfants avaient été traités. L'établissement a confirmé avoir gardé trace d'une facture au dossier, mais celle-ci est établie au nom de la mère plutôt qu'au nom des enfants.

Nous avons alors demandé à la participante une preuve de paiement, qui a été présentée. La banque a confirmé l'existence d'une traite, mais la date et le montant en dollars avaient été modifiés.

#### FAUSSE FAMILLE

La confirmation de l'établissement de soins de santé et la traite bancaire modifiée démontraient que les demandes de règlement présentées étaient fausses et mettaient en doute l'existence des personnes à charge. Les actes de naissance de ces enfants étaient introuvables.

Dans ce cas, la participante s'est inventé délibérément des personnes à charge pour en tirer un avantage financier.

#### RÉSULTAT

Le dossier de la preuve a été transmis à la police.

## CAS 2



## CRIME ORGANISÉ : MAISONS CLOSES ET GARANTIES D'ASSURANCE

Le 29 novembre 2013, la police de Montréal a annoncé avoir procédé à des arrestations liées à trois salons de massage à Montréal qui servaient de maisons closes. Le crime organisé faisait venir de jeunes femmes de Roumanie pour les exploiter comme esclaves sexuelles et les forcer à se prostituer<sup>7</sup>.

### EN QUOI CELA AFFECTE VOS GARANTIES COLLECTIVES?

Ces salons de massage ont émis des reçus à leurs clients, établis aux noms de massothérapeutes accrédités du Québec. Les clients qui fréquentaient ces lieux ont soumis ces frais pour soins médicaux aux fins de remboursement dans le cadre de leur régime d'assurance collective.

Au moment de l'arrestation de ces fraudeurs, la Financière Sun Life avait publiquement abordé la question des maisons closes au Québec relativement aux garanties collectives. Plus d'un an avant les arrestations, la Financière Sun Life avait repéré et cessé d'accepter les demandes de règlement visées. La Financière Sun Life a jugé non admissible un établissement en raison de sa publicité suggestive. Cette publicité affichait des photos de femmes nues, ou presque nues, offrant des services 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et des photos de pièces où des matelas au sol remplaçaient les tables de massage. Un second salon de massage a été repéré grâce au mécanisme de signalement des comportements suspects mis en place par la Financière Sun Life, qui a ciblé des participants fréquentant des maisons closes connues. Ces participants, dont les demandes de règlement provenant d'un salon avaient été rejetées, n'hésitaient pas à présenter des reçus provenant d'une autre maison close – lorsqu'ils ne présentaient pas des demandes de règlement sous le nom d'une personne à charge ou d'un conjoint pour essayer de convaincre la Financière Sun Life de la validité de leurs demandes.

### LA FINANCIÈRE SUN LIFE A EU LE DERNIER MOT

Nous vérifions et validons toutes les demandes de règlement dès l'instant où nous faisons un rapprochement entre un nouvel établissement et une personne connue pour fréquenter une maison close ou pour y travailler. Dans ce cas, nous avons rapidement repéré le second salon de massage et avons rejeté les demandes de règlement émanant de cet établissement ou de tous les autres fournisseurs qui y étaient associés.

### RÉSULTAT

Nous avons inventorié plus de 300 fournisseurs et établissements au Canada qui tiennent des maisons closes et dont nous n'acceptons pas les demandes de règlement.



## L'ANALYSE DE DONNÉES RÉVÈLE UN CAS D'USURPATION D'IDENTITÉ ET DE COLLUSION

Grâce à une analyse de données complexe, un fournisseur de services a été repéré à cause d'un mode de facturation inhabituel. Les enquêteurs ont abouti à la conclusion qu'un établissement utilisait le nom et les titres professionnels du fournisseur alors que celui-ci n'y avait jamais travaillé. Il s'est avéré que l'établissement produisait de faux reçus et, en outre, quelqu'un à l'établissement se faisait passer pour le fournisseur. À l'aide de techniques d'enquête, les enquêteurs sont arrivés à identifier le fournisseur de services réel de l'imposteur. Ils ont ensuite obtenu du fournisseur de services qu'il présente une déclaration de la victime et signale l'usurpation d'identité à la police.

### AUX ABONNÉS ABSENTS

À la suite d'une visite à l'adresse de l'imposteur qui a confirmé qu'un établissement était fermé, nous avons contacté les participants qui avaient fait les demandes de règlement. Plusieurs se sont fait prendre à cause d'invéraisemblances qu'ils n'ont pu expliquer. Par exemple, lorsqu'une participante a appelé pour exiger le versement d'un remboursement en souffrance, nous avons demandé à la rencontrer. Elle a rapidement renoncé à sa demande de règlement et ne nous a pas rappelés.

Une nouvelle analyse a permis de repérer d'autres fournisseurs et établissements où des demandes de règlement avaient été soumises par des participants qui travaillaient principalement pour le même promoteur de régime. Un petit nombre de médecins étaient les principaux prescripteurs de ces participants. Des activités de surveillance, des vérifications sur place et des analyses de réseaux sociaux ont permis d'établir des liens et des rapprochements entre ces individus et d'autres suspects potentiels impliqués dans des cas de fraude présumés.

### RÉSULTAT

Les aveux de participants ont permis de présenter un dossier à la police et un certain nombre de participants ont été licenciés pour collusion avec ces fournisseurs.

## CAS 3



**CAS 4**

## USURPATION D'IDENTITÉ DÉTECTÉE GRÂCE À UNE APPROCHE AXÉE SUR LE RENSEIGNEMENT

La technologie de profilage des fournisseurs a permis de détecter des irrégularités dans les demandes de règlement (nombre de demandes anormalement élevé). Le fournisseur visé a été contacté et a confirmé n'avoir fourni aucun des services facturés. Il a présenté une déclaration de la victime, qui attestait que son nom et ses titres professionnels ont été utilisés sur des reçus pour des services qu'il n'avait pas fournis.

### LA POINTE DE L'ICEBERG

Lorsque d'autres fournisseurs ont été repérés à l'aide de la même technologie, une stratégie de fraude à plus grande échelle s'est révélée. Il s'est avéré que les fournisseurs de services concernés avaient répondu à des offres d'emploi dans divers sites de petites annonces et que leurs nom et titres professionnels avaient été usurpés lors d'entretiens individuels. Ces éléments d'information ont ensuite été utilisés à des fins frauduleuses.

Au total, les titres professionnels de 20 fournisseurs de services différents et de 13 établissements de soins de santé différents étaient liés à un seul et même suspect.

### RÉSULTAT

Un résumé de cette stratégie de fraude à grande échelle a été transmis à la police pour complément d'enquête et intervention.



## À propos de la Financière Sun Life

La Financière Sun Life, qui compte parmi les chefs de file du domaine des garanties collectives, sert plus d'un Canadien sur six, dans plus de 16 000 entreprises, associations, groupes d'affinités et groupes liés à l'assurance créances au Canada.

Nos valeurs fondamentales, soit l'intégrité, l'excellence en matière de service, l'orientation client et l'accroissement de la valeur offerte, nous définissent et déterminent notre manière d'exercer nos activités.

Avec ses partenaires, la Financière Sun Life exerce son activité dans 22 importants marchés du monde, notamment au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à Hong Kong, aux Philippines, au Japon, en Indonésie, en Inde, en Chine et aux Bermudes.

1 Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), 2016 [https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA\\_LP4W\\_LND\\_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument](https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument)

2 Selon les estimations de fraude rapportées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), 2016 ([https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA\\_LP4W\\_LND\\_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument](https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument)) et les dépenses des fournisseurs d'assurance-maladie privée au Canada prévues en 2015 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ([https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex\\_trends\\_narrative\\_report\\_2015\\_fr.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex_trends_narrative_report_2015_fr.pdf))

3 Financière Sun Life - Comité consultatif de clients, mai 2015

4 Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), 2016 [https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA\\_LP4W\\_LND\\_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument](https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument)

5 Selon les estimations de fraude rapportées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), 2016 ([https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA\\_LP4W\\_LND\\_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument](https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/6E4833A4F9897D5C85257F1F005C3AE31OpenDocument))

6 Canadian Health Care Anti-Fraud Association et The Fraud Box, Canadian Health Care Fraud Survey, 2004

7 29 novembre 2013. La police arrête trois tenancières de salon de massage impliquées dans la traite de personnes. Extrait du 12 novembre 2015. <http://Montreal.ctvnews.ca/police-arrest-3-accused-madams-with-links-to-human-trafficking-1.1566448> / Extrait du 29 novembre 2015. <http://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-affaires-criminelles/affaires-criminelles/2013/11/29/01-4715855-traite-de-personnes-trois-arrestations-a-montreal.php>

La vie est plus radieuse sous le soleil

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

GB10236 F 04-17 sk-cl

Financière   
Sun Life