

Mémoire de fin d'Etudes

Thème :

La fraude à l'assurance automobile en Algérie : Cas de la SAA

Présenté et soutenu par :

MEHAH Mohand Said

Encadré par :

Mr. Mohamed DEKHILI

Etudiant(e) parrainé(e) par :

SAA

Remerciement

*Tout d'abord je tiens à exprimer ma gratitude à Mr: **Mohamed DKHILI** pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant de m'encadrer, pour ses conseils, sa disponibilité, ses remarques et son encouragement, tout au long de ce travail.*

Je tiens aussi à remercier le personnel de la SAA département Automobile, ainsi que le personnel de l'agence ALFA, qui m'ont aidé énormément durant mon stage, en particulier:

- *Mr : ARBANE Hamza, chef de département Automobile de la SAA;*
- *Mr : CHIKH Réda, directeur de l'agence ALFA ;*

Enfin je tiens également à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Dédicaces

À MES PARENTS.....

À MES FRERES ET SŒURS.....

À MES AMIS.....

MEHAH Mohand Saïd

Sommaire

<i>Introduction générale</i>	
Partie I: le phénomène de la fraude à l'assurance face au cadre légal de l'assurance automobile	
<i>Chapitre 01: Le contrat d'assurance automobile</i>	01
Section 1: Le cadre légal régissant le contrat d'assurance automobile.....	01
Section 2 : Le contrat d'assurance automobile: RC et dommages.....	05
Section 3: La gestion des sinistres (RC et dommages).....	09
Section 4: L'activité de l'assurance automobile en Algérie.....	13
<i>Chapitre 02: La fraude à l'assurance automobile</i>	15
Section 1 : Aperçu sur la fraude à l'assurance en général et à l'assurance automobile en particulier	15
Section 2: Le phénomène de la fraude à l'assurance en Algérie et à l'étranger.....	21
Section 3: Les conséquences de la fraude à l'assurance: effets négatifs.....	25
<i>Chapitre 03: Les failles du contrat et comportement des assurés fraudeurs</i>	29
Section 1: Les failles du contrat d'assurance : terrain favorable à la fraude.....	29
Section 2: L'analyse du profil de l'assuré fraudeur.....	33
Section 3: Les indices et les motivations de l'assuré fraudeur.....	38
Partie II: Les moyens de lutte contre la fraude à l'assurance automobile ... 43	
<i>Chapitre 01: La politique de prévention et de lutte contre la fraude</i>	43
Section 1 : Les expériences étrangères en matière de lutte contre la fraude.....	43
Section 2 : La politique sectorielle de prévention et de lutte contre la fraude.....	48
Section 3: La politique de la SAA de lutte contre la fraude à l'assurance.....	51
<i>Chapitre 02: Le rôle de l'agence "ALFA" dans la lutte contre la fraude à l'assurance</i>	57
Section 1 : Le statut de l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance "ALFA".....	57
Section 2 : La politique d'intervention et instruments de travail.....	59
Section 3: L'évaluation de l'expérience d'ALFA et son impact sur la lutte contre la fraude à l'assurance.....	65
<i>Chapitre 03: L'étude d'un échantillon de dossiers jugés frauduleux par la SAA</i>	71
Section 1 : La présentation des données de l'échantillon.....	71
Section 2 : L'approche statistique descriptive de l'échantillon.....	74
Section 3: L'élaboration d'un modèle à l'aide de l'analyse discriminante linéaire (ADL).....	79
<i>Conclusion générale</i>	88

Le contrat d'assurance est la convention par laquelle une entreprise d'assurance s'engage, en cas de réalisation de risque à fournir à l'assuré une prestation pécuniaire en contrepartie des primes qu'elle perçoit.

L'assurance est considérée comme un moyen de protection pour les assurés, soit pour eux-mêmes comme étant personnes physiques, soit pour leurs biens et patrimoine, et même pour la responsabilité civile qui peut être mise en jeu envers les tiers.

Avec le développement de l'activité d'assurance et les modifications enregistrées dans les lois régissant cette activité, notamment, les modalités de paiement des sinistres couverts par le contrat d'assurance, ainsi que les conditions de prise en charge en matière d'indemnisation, il y a eu l'insertion des exclusions de garanties dans chaque branche d'assurance.

Dans ce contexte, la limitation de la couverture pour certains risques de l'assurance automobile a poussé quelques assurés de mauvaise foi à la recherche de moyens et des issues leur permettant d'être remboursés en cas de sinistre, ou seulement, d'être avantagés par rapport à la souscription d'un contrat d'assurance (bien sûr, de façon irrégulière et frauduleuse).

Frappant tous les pays et concernant la plupart des catégories d'assurance, la fraude est un ancien phénomène qui revêt divers modes opératoires et qui, de surcroît, coûte chaque année aux assureurs des sommes importantes. Les dossiers de la fraude à l'assurance automobile représentent une importante proportion et ont des caractéristiques particulières.

Ainsi, les compagnies d'assurance perdent, chaque année, des montants colossaux à cause de la fraude. Ce qui met en jeu leur rentabilité, leur concurrence, leur crédibilité et même leur chance de survie.

La fraude à l'assurance représente un risque croissant pour les assureurs. À la base, il s'agit d'un problème d'asymétrie d'information entre les parties contractantes. Laquelle est à l'origine de l'apparition de différentes formes de fraude :

- ✓ la fraude à la souscription, qui consiste à dissimuler ou falsifier la nature du risque à assurer, pour bénéficier des primes moins élevées ;
- ✓ le non respect des termes du contrat en matière de prévention ou de précaution ;
- ✓ enfin, la fraude, qui consiste à créer un sinistre, à déclarer un faux sinistre, ou tout simplement à gonfler le montant des dommages pour bénéficier d'indemnités plus importantes.

En fait, la fraude à l'assurance consiste en un acte volontaire commis par l'assuré en vue de tirer de son contrat d'assurance un profit illégitime. Cependant, pour qu'il y ait fraude, il

faut que l'assuré soit de mauvaise foi. Il n'y a pas de fraude si l'assuré aurait agi par erreur, ou en croyant qu'il ne commettait aucune irrégularité.

Dans une première étape, nous proposons une procédure afin d'isoler les indicateurs les plus significatifs pour prédire la probabilité où le dossier soit frauduleux.

Dans une seconde étape, nous préparons un modèle statistique afin de calculer les probabilités de fraude des dossiers, et de décider de l'opportunité d'effectuer ou non une enquête approfondie.

Dans cette étude on est appelé à expliquer et à analyser le comportement frauduleux de certains assurés lors de la déclaration de sinistres. Il s'agit en principe de détecter le profil des dossiers frauduleux. La détermination des facteurs influençant le comportement frauduleux des assurés va permettre une détection efficiente de la fraude, laquelle aura un impact positif sur la situation financière de la compagnie d'autant qu'elle élimine les faux sinistres.

L'objectif assigné à notre étude est de :

- déterminer les indices influençant le jugement de l'assureur sur un dossier douteux; la détermination indices permettra dans le cadre d'une politique (stratégie) de lutte contre la fraude, de repérer les variables significatives sur lesquelles l'assureur peut agir pour :

- augmenter le taux de détection de fraude;
- concevoir et appliquer des techniques et mécanismes adéquats de lutte contre la fraude.

À partir de cette analyse, notre problématique est la suivante :

Comment détecter un dossier sinistre frauduleux en assurance automobile ?

Dans le souci d'apporter des éléments de réponse, notre raisonnement répond progressivement aux questions suivantes:

- ✓ C'est quoi la fraude à l'assurance ?
- ✓ Quels sont les différents types de fraude à l'assurance automobile ?
- ✓ Quels sont les facteurs déterminants de la fraude à l'assurance?
- ✓ Quelles sont les causes et les conséquences de la fraude ?
- ✓ Quelles sont les politiques mises en œuvre par les compagnies pour la lutte contre la fraude à l'assurance?
- ✓ Quels sont les différents indices pouvant laisser présumer une tentative ou une fraude à l'assurance automobile ?

Notre travail s'articule autour de deux parties:

Partie I: intitulée le phénomène de la fraude à l'assurance face au cadre légal de l'assurance automobile, se subdivisant en trois chapitres à savoir:

- chapitre 01: le contrat d'assurance automobile, où on analyse, les différentes formes de contrats d'assurance automobile;
- chapitre 02: la fraude à l'assurance automobile, dans ce chapitre on étudie l'importance du phénomène en Algérie et ses effets négatifs sur l'économie;
- chapitre 03: analyse du comportement des assurés fraudeurs, ou on analyse le profil du fraudeur et ses motivations, ainsi que les indices de fraude.

Partie II: les moyens de lutte contre la fraude à l'assurance

- ✓ chapitre 01: la politique de prévention et de lutte contre la fraude, où il sera question d'aborder la politique de la lutte antifraude de la SAA et la politique sectorielle, ainsi que les expériences étrangères dans ce domaine;
- ✓ chapitre 02: le rôle de l'agence "ALFA" dans la lutte contre la fraude à l'assurance, on y va traiter, le statut de l'agence et sa politique d'intervention et ses instruments de travail, sans oublier son impact sur la politique de lutte contre la fraude à l'assurance.
- ✓ chapitre 03: l'étude d'un échantillon de dossiers jugés frauduleux par la SAA, où il est question de traiter statistiquement les données de notre échantillon et aboutir enfin à l'élaboration du modèle.

Le choix que nous avons porté sur ce sujet se justifie par l'importance de la lutte contre la fraude pour les assurés, les assureurs et pour l'économie nationale. En effet, cette lutte permet de limiter les pertes subies par les acteurs économiques. À ce titre, il importe de dégager les indices déterminants de fraude et voir comment lutter contre celle-ci.

Pour mener à bien cette étude, nous avons procédé à une enquête sur les dossiers douteux transmis par la SAA vers l'agence "ALFA".

Nous nous sommes servis des dossiers d'ALFA pour relever les indices de fraudes les plus répétitifs. Les données ainsi collectées ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive et analyse discriminante linéaire.

Pour ce faire nous avons utilisé la technique d'analyse discriminante à l'aide du SPSS v.22 (Statistical Package for Social Science).

La deuxième partie constitue le noyau de notre recherche, dans laquelle est reprise la démarche empirique adoptée dans le cadre de la recherche d'élaboration d'un modèle de classification avec la méthode de l'analyse discriminante linéaire (ADL).

PREMIERE PARTIE :

***LE PHÉNOMÈNE DE LA
FRAUDE À L'ASSURANCE
FACE AU CADRE LÉGAL DE
L'ASSURANCE
AUTOMOBILE***

PREMIER CHAPITRE:

LE CONTRAT D'ASSURANCE

AUTOMOBILE

Le marché des assurances en Algérie est passé par deux étapes. La première a consisté en la nationalisation de l'activité et la spécialisation des compagnies d'assurance. La deuxième, au contraire, à la déspecialisation et à l'ouverture progressive du marché.

Actuellement, le produit d'assurance automobile est commercialisé par toutes les compagnies d'assurance, il est le produit d'assurance le plus familier, la principale raison est que le contrat de base dit responsabilité civile automobile est obligatoire pour tout véhicule en circulation.

Le présent contrat est régi tant par le code Civil, que par l'ordonnance n° 74-15 du 31 Janvier 1974, complétée et modifiée par les lois n° 88-31 du 19 Juillet 1988, et n° 06-04 du 20/02/2006, l'ordonnance n° 95-07 du 25 Janvier 1995 et les textes d'application subséquents.

Ce chapitre sera structuré comme suit: Une première section abordera le cadre légal régissant le contrat d'assurance automobile, la deuxième évoquera le contrat d'assurance automobile: RC et dommages; quant à la troisième section, elle présentera la gestion des sinistres (RC et dommages), enfin la quatrième portera sur le marché algérien de l'assurance automobile.

SECTION 1: LE CADRE LÉGAL RÉGISSANT LE CONTRAT D'ASSURANCE AUTOMOBILE

Le contrat d'assurance automobile est, en général, un contrat «multirisques» destiné à couvrir des risques aussi divers que la RC, le vol, l'incendie, ainsi que les dommages subis par l'assuré.

1- L'OBLIGATION D'ASSURANCE AUTOMOBILE

"Tout propriétaire d'un véhicule terrestre à moteur, ainsi que ses remorques ou semi-remorques et leur chargement, doit, avant de le mettre en circulation, souscrire une assurance couvrant les dommages causés aux tiers par ce véhicule"¹.

2- LES PERSONNES TENUES DE S'ASSURER

L'obligation d'assurance doit couvrir la responsabilité civile²:

- ✓ du souscripteur du contrat;
- ✓ du propriétaire du véhicule;
- ✓ de toute personne ayant, avec leur autorisation, la garde ou la conduite de ce véhicule.

¹ Article 1 de l'ordonnance n° 74-15 du 30 janvier 1974

² Article 4 de l'ordonnance n°74-15 du 30 janvier 1974

3-LES EXCLUSIONS

Sont exclus de l'obligation d'assurance: les garagistes et personnes pratiquant habituellement le courtage, la vente, la réparation, le dépannage;

Il est très importants de signaler qu'en cas de décès de l'assuré, l'assurance continue de produire ses effets, de plein droit, jusqu'à l'expiration du contrat au profit de l'héritier.

Selon l'article 3 de l'ordonnance n° 74-15 du 30 janvier 1974, l'obligation d'assurance, ne s'applique pas à la circulation des chemins de fer.

4-LE FONDS DE GARANTIE AUTOMOBILE

En raison de la hausse des accidents de la route, les pouvoirs publics ont créé, par le décret exécutif n°04-103 du 05 avril 2004, le fonds de garantie automobile (FGA) permettant aux victimes de percevoir l'indemnisation qu'elles ne pouvaient pas avoir d'un assureur du fait, que l'auteur du sinistre est non assuré, non garanti ou inconnu.

Le fonds de Garantie Automobile a pour mission de supporter tout ou une partie des indemnités allouées aux victimes d'accidents corporels ou à leurs ayants droit, causés par des véhicules terrestres à moteur, dans le cas où le responsable des dommages demeure inconnu ou se trouve, au moment de l'accident, déchu de la garantie ou insuffisamment couvert ou non assuré et se révèle totalement ou partiellement insolvable.

Les victimes des accidents corporels ou leurs ayants droit sont tenus, de justifier:

- soit qu'ils sont Algériens ou qu'ils ont leur domicile en Algérie;
- soit qu'ils sont ressortissants d'un État ayant conclu avec l'Algérie un accord de réciprocité;
- soit que l'auteur de l'accident est demeuré inconnu, soit s'il est connu et non assuré ou déchu de la garantie.

Le Fonds de Garantie Automobile se substitue :

- À l'auteur de l'accident resté inconnu;
- À l'auteur de l'accident non assuré et insolvable partiellement ou totalement.

4-1-Les obligations du FGA

Le FGA dédommage la victime directement. Il ne rembourse pas les organismes sociaux puisque son rôle est subsidiaire.

La victime est indemnisée par le Fonds si elle ne dispose d'aucune autre possibilité de réparation.

4-2- Les recours contre le responsable non assuré

Dans l'objectif de lutter contre la délinquance dans le domaine de l'assurance et de lutter contre l'insécurité routière, en responsabilisant l'auteur des dommages par sa participation à l'indemnisation de la victime, la loi permet au Fonds de Garantie Automobile de réclamer aux personnes responsables le remboursement de l'indemnité versée à la victime.

Le Fonds transige directement avec la victime et exige ensuite du responsable le remboursement des sommes réglées en son lieu et place.

4-3- Les ressources du FGA

Les ressources du FGA sont constituées en général par :

- ❖ Les contributions des assurés fixées à 3% du montant des primes nettes et de taxes ;
- ❖ Les recouvrements effectués sur les débiteurs d'indemnités ;
- ❖ Les contributions des responsables non assurés d'accidents ;
- ❖ Les produits des placements du fonds ;
- ❖ Les majorations d'amendes dans le cadre des sanctions en matière d'obligation d'assurance automobile ;

5- LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

5-1- Les déclarations concernant le risque et ses modifications

L'assurance est basée sur les déclarations du souscripteur, qui doit, en conséquence, déclarer exactement toutes les circonstances constitutives du risque, connues de lui, et notamment les éléments suivants :

- renseignement figurant sur la carte grise ; marque, type, puissance fiscale, nombre de places, carrosserie du véhicule ;
- valeur du véhicule ;
- transformations éventuellement apportées au moteur ou à la carrosserie ;
- usage du véhicule ;
- âge et profession du souscripteur ou des personnes à qui le véhicule est confié à titre habituel ;
- localité du garage habituel ;
- charge utile et poids mort (pour les véhicules utilitaires) ;
- surcharge du véhicule (pour les véhicules utilitaires) ;

- conduite du véhicule par une personne ayant obtenu le permis de conduire depuis moins d'un an ;
- suspensions temporaires ou retrait d'un permis de conduire du souscripteur, du conducteur habituel ou du titulaire de la carte grise ;
- Nombre et nature des sinistres survenus au cours des 24 mois précédant la souscription.

En cours de contrat, l'assuré doit déclarer à la compagnie par lettre recommandée, tous les changements affectant l'un des éléments ci-dessus.

Cette déclaration doit être faite préalablement à la modification si celle-ci résulte du fait du souscripteur et, dans les autres cas, dans les (07) jours de la date où il en a eu connaissance.

5-2- Le paiement des primes

La prime dont le montant est stipulé aux conditions particulières, ainsi que les impôts et taxes, sont payables d'avance au lieu de la souscription du contrat.

Dans les contrats renouvelables par tacite reconduction, l'assureur est tenu de rappeler à l'assuré l'échéance de la prime au moins un mois d'avance, en lui indiquant la somme à payer et le délai de règlement.

L'assuré doit procéder au paiement de la prime due au plus tard dans les quinze jours de l'échéance.

À défaut de paiement, l'assureur doit mettre l'assuré, par lettre recommandée avec accusé de réception, d'avoir à payer la prime dans les trente jours suivants.

Passé le délai de trente jours, l'assureur peut suspendre automatiquement les garanties. La remise en vigueur des garanties ne peut intervenir qu'après paiement de la prime due.

Si la compagnie est amenée à majorer son tarif, elle ne pourra appliquer la nouvelle tarification, dans le cas d'un contrat renouvelable qu'après avoir adressé avis à l'assuré des nouvelles dispositions du tarif.

Si la compagnie réduit son tarif d'assurance automobile, le souscripteur ne pourra bénéficier du nouveau prix qu'à partir de la prochaine échéance de son contrat.

6- LE CONTRÔLE ET SANCTION DE L'OBLIGATION D'ASSURANCE

Le défaut de souscription à l'obligation d'assurance est puni d'une amende dont le montant varie entre 5.000 DA et 100.000 DA.

En ce qui concerne la responsabilité civile automobile:

Toute personne assujettie à l'obligation d'assurance responsabilité civile, qui n'a pas satisfait cette obligation est punie d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 500 DA à 4000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement.

SECTION 2 : LE CONTRAT D'ASSURANCE AUTOMOBILE: RC ET DOMMAGES

L'assureur offre les garanties suivantes:

1-LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE (RC)

1-1- La responsabilité civile "En circulation"

L'assureur garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité que celui-ci peut encourir en raison des dommages corporels ou matériels causés à autrui dans les conditions suivantes³ :

- ✓ Accident, incendie ou explosion causé par ce véhicule ou par un appareil terrestre qui lui est attelé lorsque l'emploi d'un tel véhicule est stipulé aux conditions particulières.
- ✓ La chute de ces accessoires, produits, objets et substances.

La société garantit également l'indemnisation des dommages corporels consécutifs aux accidents de la circulation pour toute victime ou ses ayants droits, alors même qu'elle n'aurait pas la qualité de tiers vis-à-vis de la personne civilement responsable, conformément aux dispositions de l'ordonnance N° 74/15 du 30 janvier 74, complétée et modifiée par la loi 88/31 du 19-07-88.

1-2- La responsabilité civile "Hors circulation"

L'assureur garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité, que celui-ci peut encourir en raison de dommages corporels ou matériels causés à autrui, lorsque ce fait n'est survenu ni au cours, ni à l'occasion de la circulation du véhicule assuré.

Toutefois, cette garantie ne couvre pas les sinistres survenant lorsque le moteur du véhicule assuré est utilisé comme source d'énergie pour effectuer des travaux de quelque nature que ce soit.

³ l'assurance automobile aujourd'hui .Jean-Pierre Daniel : Analyse de la branche Automobile; p 18

1-3- La responsabilité civile "Garanties Complémentaires"

La garantie est étendue aux dommages causés par le véhicule assuré, alors qu'il remorque occasionnellement un autre véhicule en panne.

2- LES EXCLUSIONS S'APPLIQUANT AUX GARANTIES DE RESPONSABILITÉ CIVILE

Les exclusions de garanties ci-après ne dispensent pas l'assuré de l'obligation en ce qui concerne la responsabilité civile "en circulation", pour les risques qui en sont exclus et auxquels il lui appartient sous peine d'encourir des pénalités prévues par l'article 190 de l'ordonnance 95-07 du 25 Janvier 1995 et l'article premier de l'ordonnance 74-15 du 30 Janvier 1974 de ne pas s'exposer sans assurance préalable.

2-1- Les déchéances

Le conducteur et/ ou propriétaire, pour avoir au moment du sinistre, transporté des personnes à titre onéreux sans l'autorisation préalable réglementaire, dans le cas où ces personnes ont subi des dommages corporels.

Le conducteur et/ou propriétaire condamné pour avoir, au moment du sinistre, effectué un transport de personnes ou d'objets non conformes aux conditions de sécurité fixées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Ces déchéances ne sont toutefois, pas opposables aux victimes ou à leurs ayants droits.

2-2- Les exclusions

Les dommages survenus en cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) soumises à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, si l'assuré y participe en qualité de concurrent ou d'organisateur.

Les dommages causés par le véhicule assuré, lorsqu'il transporte des matières inflammables, explosives, corrosives ou comburantes, si ces dommages ont été occasionnés ou aggravés du fait desdites matières.

Toutefois, il ne sera pas tenu compte, pour l'application de cette exclusion, des transports d'huiles, d'essences minérales ou de produits similaires, ne dépassant pas 500 kg ou 600 litres y compris la quantité de carburant liquide ou gazeux nécessaire à l'approvisionnement du moteur.

Les sinistres survenant lorsque le conducteur du véhicule assuré n'a pas l'âge requis ou ne peut justifier être titulaire de permis de conduire, en état de validité.

Les dommages résultant des opérations de chargement ou de déchargement du véhicule assuré.

Les dommages causés aux marchandises et objets transportés.

Les dommages atteignant les immeubles, choses ou animaux, loués ou confiés à quelque titre que ce soit à l'assuré ou au conducteur, toutefois cette exclusion ne s'applique pas aux conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré peut encourir du fait des dégâts d'incendie ou d'explosion causés à un immeuble dans lequel le véhicule assuré est garé.

2-3- La déchéance pour ivresse

Si la responsabilité totale ou partielle de l'accident est déterminée par la conduite en état d'ivresse ou de stupéfiants ou de narcotiques prohibés, le conducteur condamné à ce titre, ne peut prétendre à aucune réparation.

Ces dispositions ne sont pas toutefois, applicables à ces ayants droit en cas de décès, cette déchéance ne s'applique pas au conducteur, lorsque celui-ci est atteint d'une incapacité permanente partielle supérieure à 66 % suite à un accident de circulation.

3-LA GARANTIE DES DOMMAGES EPROUVÉS PAR LE VEHICULE ASSURÉ

3-1- Les dommages causés au véhicule : assurance "tous risque"

En cas de collision avec un autre véhicule, de choc contre un corps fixe ou mobile, l'assureur garantit, le paiement de la réparation des dommages que cet événement aura causés au véhicule assuré, ou aux accessoires ou pièces de rechange prévues dans le catalogue du constructeur.

3-2- Les dommages- collisions

En cas de collision survenant hors des garages, propriétés, occupés par l'assuré, entre le véhicule assuré et, soit un piéton identifié, soit un véhicule ou animal domestique appartenant à un tiers identifié, l'assureur garantit à l'assuré, le paiement jusqu'à concurrence de la somme indiquée aux conditions particulières de la réparation des dommages que cette collision aura causés au véhicule assuré.

3-3- Le bris de glaces

L'assureur garantit l'assuré contre les dommages causés au pare-brise, à la lunette arrière et aux glaces latérales du véhicule assuré, par projection de cailloux, de gravillons ou autres corps. L'assurance s'exerce indifféremment que ledit véhicule soit en mouvement ou à l'arrêt.

3-4- Le vol

L'assureur garantit, en cas de vol ou de tentative de vol du véhicule assuré :

- les dommages résultant de sa disparition ou de sa détérioration;
- les frais engagés par l'assuré, légitimement ou avec l'accord de la compagnie pour sa récupération.

L'assureur garantit, en outre, les pneumatiques ainsi que les accessoires et les pièces de rechange, dont le catalogue de construction prévoit la livraison en même temps que celle du véhicule, s'ils sont volés dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes ;

- soit en même temps que le véhicule assuré ;
- soit dans les garages, s'il y a eu effraction escalade, usage de fausses clés, tentatives de meurtre ou violences corporelles.

3-5- L'incendie et explosions

L'assureur garantit les dommages subis par le véhicule assuré et par les accessoires et les pièces de rechange dont le catalogue du constructeur prévoit la livraison en même temps que celle du véhicule lorsque ces dommages résultent de l'un des évènements suivants: Incendie, combustion spontanée, chute de la foudre et explosion à l'exclusion de celles occasionnées par tout explosif transporté dans le véhicule assuré.

3-6- La défense - recours

L'assureur garantit, à concurrence de la somme indiquée aux conditions particulières, le paiement de tous les frais d'avocat, d'expertise, d'enquête, de consultation, d'assistance et généralement de tous frais de procédure devant les juridictions civiles et pénales pouvant incomber à l'assuré du fait du véhicule automobile assuré.

3-7-La garantie contractuelle en faveur des occupants du véhicule assuré

L'assureur garantit dans les limites des sommes fixées aux conditions particulières, le paiement d'indemnités, en cas d'accident corporel subi par l'assuré, lorsqu'il participe bénévolement à sa mise en marche ou à sa réparation en cours de route.

4-LES EXCLUSIONS S'APPLIQUANT AUX GARANTIES DOMMAGES

Sont Exclus :

- ✚ les pertes et dommages dus à des faits de guerre étrangère;
- ✚ les dommages causés intentionnellement par l'assuré ou avec sa complicité;
- ✚ les pertes et dommages dus à des frais de guerre civile, émeutes et mouvements populaires, actes terrorisme ou de sabotage, grève, lock-out;
- ✚ les dommages occasionnés par un des événements suivants : Tremblement de terre, éruption volcanique, avalanche, inondation, raz-de-marée ou autres cataclysmes sauf convention contraire et mention aux conditions particulières;
- ✚ Les dommages causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à explorer par modification de structure du noyau de l'atome;
- ✚ Les amendes.

SECTION 3: LA GESTION DES SINISTRES (RC ET DOMMAGES)

1- LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE SINISTRE

1-1- Le délai de déclaration

L'assuré est tenu d'aviser l'assureur, de tout sinistre de nature à entraîner sa garantie, de donner toutes les explications exactes concernant ce sinistre et de fournir tous les documents demandés par l'assureur, dès qu'il en eu connaissance et au plus tard dans les sept jours, sauf cas fortuit ou de force majeure. S'il s'agit d'un vol, ce délai est réduit à trois jours ouvrables.

1-2- Les autres obligations

L'assuré doit en outre :

- ✚ Indiquer à la compagnie les noms et adresses de la personne qui conduisait le véhicule assuré, au moment du sinistre, ceux des témoins, s'il y en a, ainsi que tous renseignements sur les causes, circonstances et conséquences du sinistre;
- ✚ Transmettre à la compagnie tout avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui lui seraient signifiés;
- ✚ En cas de vol, aviser immédiatement les autorités locales de police et faire opposition à la wilaya qui a délivré le récépissé de déclaration de mise en circulation du véhicule déposer une plainte au parquet et, en cas de récupération, en aviser la compagnie dans les huit jours;

- ✚ En cas de dommages subis par les personnes transportées dans le véhicule assuré joindre à sa déclaration un certificat du médecin qui a donné les premiers soins décrivant les lésions ou blessures et indiquant les conséquences probables.

2-LA SAUVEGARDE DES DROITS DE LA COMPAGNIE-SUBROGATION

2-1- La garantie défense -recours

L'assuré donne tout pouvoir à la compagnie pour engager une procédure judiciaire en sa faveur, celle-ci déchargée de ses obligations envers l'assuré, dans la mesure où aurait s'exercer la subrogation.

2-2- La subrogation

L'assureur est subrogé, conformément à l'article 38 de l'ordonnance 95-07, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée, dans les droits et actions de l'assuré contre le ou les tiers responsables du dommage.

3-LES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

3-1- Le montant de la garantie

Pour chacun des risques assurés, le montant du sinistre est fixé aux conditions générales ou à défaut, aux conditions particulières.

3-1-1- Les dispositions spéciales aux garanties de la responsabilité civile

Les frais de procès, de quittance et autres frais de règlement ne viendront pas en réduction du montant de la garantie.

Ne sont pas opposables aux victimes ou à leurs ayants droit :

- les franchises prévues aux conditions particulières;
- les déchéances à l'exception de la suspension régulière de la garantie pour non paiement de prime.

3-1-2- Les dispositions spéciales aux risques de dommages éprouvés par le véhicule assuré

L'indemnité ne peut, en aucun cas, être supérieure à la valeur assurée de l'objet sinistré au jour du sinistre.

Si la somme assurée est inférieure à la valeur vénale au jour du sinistre, l'assuré restera son propre assureur pour l'excédent et supportera sa part proportionnelle du dommage, conformément à l'article 32 de l'ordonnance 95/07 du 25 janvier 95 relative aux assurances.

3-1-3- Les dispositions spéciales aux garanties contractuelles en faveur des occupants du véhicule assuré

Si lors d'un accident, le nombre des occupants du véhicule était supérieur au nombre de personnes assurées indiquées aux conditions particulières, les garanties seraient proportionnellement réduites, pour chacune des victimes dans le rapport :

- ✚ Nombre contractuel des personnes assurées;
- ✚ Nombre effectif des occupants.

4-LES PROCÉDURES DE RÈGLEMENT DES SINISTRES

4-1-Les dispositions spéciales aux garanties de responsabilité civile

En cas d'action portée devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives et dirigée contre l'assuré, l'assureur assure sa défense et dirige le procès.

En cas d'action portée devant les juridictions pénales, si là où les victimes n'ont pas été désintéressées, l'assureur se réserve la faculté de diriger la défense ou de s'y associer.

En ce qui concerne les voies de recours :

- ✚ Devant les juridictions pénales, l'assureur pourra toujours au nom de son assuré civilement responsable, exercer toutes voies de recours;
- ✚ Si l'assuré a été cité comme prévu, l'assureur ne pourra toutefois exercer lesdites voies de recours qu'avec son accord.

4-2- Les dispositions spéciales aux garanties de dommages éprouvés par le véhicule assuré

En cas de contestation portant sur le montant des réparations remboursables, chaque partie nomme un expert.

Si les experts ainsi nommés ne peuvent se mettre d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert, les trois experts opèrent en commun à la majorité des voix.

Faute de l'une des parties de nommer son expert ou faute des deux experts à s'entendre sur le choix du troisième, la nomination en est faite par le président du tribunal du lieu où le sinistre s'est produit.

Chaque partie supporte les honoraires et les frais de nomination de son expert ainsi que la moitié des honoraires et les frais de nominations du tiers expert.

4-3- Les dispositions spéciales à la garantie défense - recours

En cas de désaccord entre la compagnie et l'assuré portant sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action judiciaire, le différend est soumis à deux arbitres désignés l'un par la compagnie l'autre par l'assuré.

4-4- Les dispositions spéciales aux garanties contractuelles en faveur des occupants du véhicule assuré

En cas de contestation d'ordre médical portant sur les causes ou les conséquences du sinistre, le différend est soumis à deux médecins désignés l'un par l'assureur, l'autre par l'assuré.

5- LA CONVENTION IDA (indemnisation directe des assurés)

Pour permettre une indemnisation plus rapide des assurés, les compagnies d'assurance ont mis au point entre elles une convention appelée convention IDA (Indemnisation Directe des Assurés) qui régit les rapports entre assureurs pour l'indemnisation de leurs assurés.

Cette convention entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2001. Elle repose sur les deux principes suivants:

- La victime est indemnisée par son propre assureur de responsabilité civile, un recours forfaitaire est exercé entre compagnies adhérentes sur la base des responsabilités respectives des automobilistes;
- La part de responsabilité incombant à chaque assuré est déterminée à partir du constat à l'amiable.

5-1- Les conditions d'application

- Constat amiable signé par les deux parties;
- Choc entre deux véhicules seulement assurés auprès des compagnies algériennes adhérentes;
- Accident matériel exclusivement survenu sur le territoire national;
- Dommages donnant lieu à un recours inférieur ou égal à 20 000 DA.
- L'appréciation du droit à réparation de l'assuré, par son assureur ne peut pas être remise en cause par l'assureur de la partie adverse.
- Les dommages doivent faire l'objet d'expertise et l'évaluation par un expert automobile agréé par l'UAR.
- Pour bénéficier de l'indemnisation directe, l'assuré doit avoir en outre de la responsabilité civile souscrit la garantie "défense et recours".

6- LES DELAIS DE REGLEMENT

Le règlement de l'indemnité sera effectué dans le délai de quinze jours à compter de la date de l'accord des parties.

Toutefois, en cas de vol, le règlement ne pourra être exigé par l'assuré qu'après un délai de trente (30) jours à dater de la remise complète de tous les justificatifs établis conformément aux conditions de la garantie vol.

L'indemnité due à l'assuré à la suite d'un incendie, résulte d'un accord amiable sur l'état et le montant des pertes ou d'une expertise. Lorsque l'expertise est nécessaire, celle-ci doit être diligentée dans un délai maximum de sept jours à partir de la réception de la déclaration du sinistre. Dans le cas contraire, l'accord amiable doit intervenir dans un délai de trois mois à partir de la remise des documents justificatifs permettant le règlement du sinistre.

L'assureur est tenu de régler l'indemnité due dans les trente jours qui suivent le dépôt du rapport définitif de l'expert. Dans ce cas, l'expert doit, sauf cas de force majeure, fournir son rapport dans les trois mois de sa désignation.

SECTION 4: L'ACTIVITÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE EN ALGÉRIE

1- LA PRODUCTION DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE

La branche automobile qui représente 61.7%⁴ de la production des assurances dommages, enregistre une production totale de 19.6 milliards de dinars, en progression de 8.2% par rapport au 1^{er} trimestre 2013.

Tableau n°1: La production de la branche automobile du 1^{er} trimestre 2014

Unité : milliards de dinars

Branches	Chiffre d'affaires		Structure du marché		Evolution	
	T1 2014	T1 2013	2 014	2 013	T1 2013/T1 2014 en %	T1 2013/T1 2014 en valeur
Ass. Automobile	19 629 648	18 141 547	61,7%	61,1%	8,2%	1 488 101
RC	3 034 296	2 977 046	9,5%	10%	1,9%	57 250
Garanties facultatives	16 595 352	15 164 502	52,1%	51%	9,4%	1 430 850

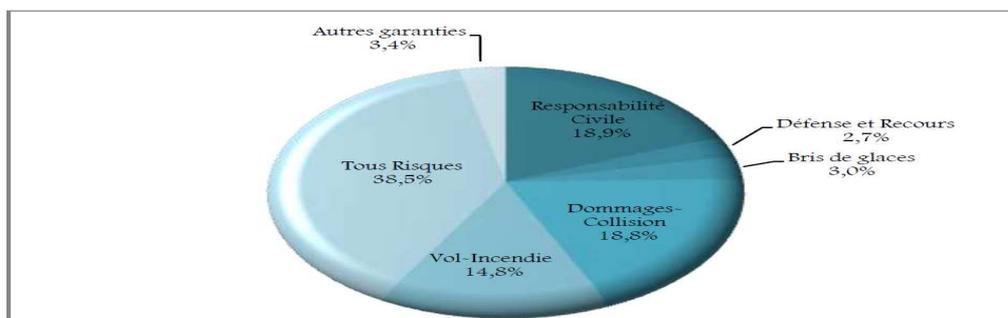
La garantie "responsabilité civile" progresse de 1.9% avec une part dans le portefeuille automobile qui s'élève à 15.4%. Les garanties facultatives enregistrent une hausse de 9.4% par rapport au premier trimestre 2013.

La branche "automobile" qui bénéficiait jusque-là d'une croissance solide (avec un taux d'évolution à deux chiffres), subit un ralentissement dû au recul des ventes dans le secteur

⁴ Note de conjoncture du marché des assurances 1^{er} trimestre 2014, CNA.

automobile, avec une progression des importations des véhicules de 22.94% par rapport à la même période en 2013. La branche "automobile" reste donc, sensible aux importations et aux ventes de véhicules.

Graphe n°1⁵: La production de la branche automobile par garantie en 2012:



2- LES INDEMNISATIONS DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE

Le montant des sinistres réglés par les sociétés dommages a atteint, au titre du 1^{er} trimestre 2014, 10.5 milliards de DA⁶.

Tableau n°02: les indemnités de la branche automobile au 1^{er} trimestre 2014

En milliers de DA	Sinistres réglés			
	T1-2014 ⁽¹⁾	structure	T1-2013 ⁽²⁾	structure
Ass. Automobile	7 816 542	74,74%	8 352 944	74,22%

Source : note de conjoncture du marché des assurance 1^{er} trimestre 2014

Le montant total des sinistres réglés est prédominé à 74.7% par l'assurance automobile, ce taux est en progression par rapport aux exercices précédents.

CONCLUSION DU PREMIER CHAPITRE

Bien que l'assurance automobile représente plus que la moitié de la production globale du secteur des assurances en Algérie, les compagnies d'assurance n'arrivent pas à tirer profit de cette branche vu l'important déficit qu'elle présente.

Ainsi, les compagnies d'assurance perdent, chaque année, des montants colossaux à cause de la fraude, ce qui met en jeu leur rentabilité, leur concurrence, leur crédibilité et même leur chance de survie.

Alors pour bien rentabiliser la branche, il faut lutter contre la fraude, donc qu'est ce que la fraude à l'assurance?

⁵ le marché de l'assurance automobile en 2012, CNA.

⁶ Note de conjoncture du marché des assurance 1^{er} trimestre 2014

DEUXIÈME CHAPITRE:

***LA FRAUDE À L'ASSURANCE
AUTOMOBILE***

Les tentatives et pratiques frauduleuses sont diverses dans leurs formes et leurs degrés de gravité. Elles touchent toutes les branches, interviennent à tous les niveaux de la transaction et peuvent être le fait de différentes parties: assurés, souscripteurs et tiers.

Dans ce chapitre, nous allons développer 3 sections, la première portera un aperçu sur la fraude à l'assurance en général et à l'assurance automobile en particulier, la deuxième section sera consacrée à éclairer le phénomène de la fraude à l'assurance en Algérie et à l'étranger, dans la troisième section nous exposons les effets négatifs de la fraude à l'assurance.

SECTION 1 : APERÇU SUR LA FRAUDE À L'ASSURANCE EN GÉNÉRAL ET À L'ASSURANCE AUTOMOBILE EN PARTICULIER;

1-DÉFINITION DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

La fraude à l'assurance consiste en un acte volontaire commis par l'assuré en vue de tirer de son contrat d'assurance un profit illégitime. Cependant, pour qu'il y ait fraude, il faut que l'assuré soit de mauvaise foi.

La fraude à l'assurance se caractérise par les accidents truqués, les faux cambriolages, les déclarations mensongères, les fausses factures, les omissions intentionnelles en vue de bénéficier illégalement de prestations d'assurance.

2- LES DIFFÉRENTS TYPES DE FRAUDE

La fraude peut revêtir différentes formes: à la souscription, au cours du contrat ou à la déclaration de sinistre.

2-1- La fraude à la souscription

Elle trouve ses origines dans l'antisélection et se caractérise, principalement, par la fausse déclaration du risque.

2-1-1-l'antisélection

L'expression antisélection désigne les dysfonctionnements des marchés d'assurance qui résultent de l'information cachée dont les assurés peuvent disposer sur leurs propres risques et qui n'est pas accessible aux assureurs.

Dans le phénomène d'antisélection, l'agent choisit le contrat d'assurance qu'il considère le plus attrayant, dispose d'un avantage certain en matière d'information par rapport à l'assureur.

Confronté à des individus hétérogènes, l'assureur se trouve dans l'incapacité de distinguer les agents selon leur degré de risque. L'assureur ne dispose donc pas d'une

information suffisante lui permettant de réaliser une adéquation entre les termes du contrat et les risques individuels.

Cette situation a pour conséquence qu'un même contrat d'assurance peut être offert à des agents aux risques différents. Une tarification uniforme désavantage les agents de moindre risque, qui paieraient plus cher que ne l'exigent les impératifs liés au coût de leur risque.

Ceci constitue la source du problème d'antisélection : la coexistence de "bons" risques et de "mauvais" risques indiscernables à priori.

2-1-2-La fausse déclaration du risque

À la souscription et lors de la déclaration du risque, l'assuré, fournit, sciemment (de mauvaise foi), à l'assureur des circonstances inexactes du risque et ce, dans le but délibéré de fausser l'appréciation de l'assureur sur le risque.

Pour autant qu'il s'agisse d'une intention délibérée de tromper, nous tenons à le souligner, sans être exhaustif, que la fraude lors de la souscription consiste à:

- ✚ indiquer de manière inexacte la valeur du bien assuré, pour pouvoir ultérieurement réclamer une indemnisation plus élevée ou bien payer une prime moins élevée;
- ✚ assurer un bien qui n'existe pas;
- ✚ omettre des données ou indiquer des données inexactes;
- ✚ taire l'existence d'autres assurances couvrant le même bien ou le même intérêt;
- ✚ décrire le risque de manière inexacte, soit pour obtenir le contrat (une description exacte pourrait entraîner le refus de l'assureur), soit pour bénéficier d'un tarif plus avantageux;
- ✚ assurer un bien à posteriori, lorsque le sinistre a déjà eu lieu.

Les fausses déclarations ou omissions évoquées ci-avant peuvent tout aussi bien se présenter lors du renouvellement du contrat ou lors des modifications apportées à celui-ci.

2-2- La fraude en cours de contrat

La fraude en cours de contrat que ce soit, le non-respect des termes de contrat ou la création volontaire des dommages, a pour origine:

2-2-1-L'aléa moral

Dans le cas de phénomène d'antisélection, il a été question des situations où l'asymétrie d'information intervient ex-ante, au moment de la conclusion du contrat, elle concerne la nature et la qualité des biens offerts sur le marché mais il est difficile d'anticiper le comportement de l'acheteur après avoir acheté (ex-post).

Prenons un exemple, celui de l'assurance contre l'incendie et le vol. La question qui se pose au nom de l'aléa moral est celle de savoir si l'assuré prendra autant de précautions après s'être assuré. L'incitation à se protéger ne se trouve-t-elle pas réduite du fait d'être assuré? On constate globalement que trop d'assurance favorise la perte de précautions.

Une personne bénéficiant d'un niveau de garantie donné peut chercher à tirer le meilleur parti possible de cette couverture.

Donc l'aléa moral est, généralement, référé à la fraude. Il touche les actions des assurés après la réalisation du sinistre.

2-2-2- La provocation du sinistre par l'assuré

L'assuré peut réclamer une indemnité suite à un sinistre dont il a été victime, mais dont il a provoqué la réalisation.

Parmi les sinistres volontaires, c'est sans aucun doute l'incendie qui inquiète le plus les assureurs, en raison de son coût. Il s'avère très difficile de prouver qu'un incendie est volontaire, si l'on admet «qu'un sinistre ne présente pas un caractère douteux, si ses causes sont parfaitement établies, ou si leur probabilité est très grande, à défaut de preuve¹ ».

Du côté des agriculteurs, on peut relater le cas d'une récolte assurée pour une valeur supérieure à son cours, et qui flambe mystérieusement².

2-3- La fraude à la déclaration de sinistre

2-3-1- la fraude après la survenance du sinistre

Ces fraudes sont tellement fréquentes, qu'elles tendent à se banaliser. L'assuré a certainement subi un dommage, mais il demande une indemnité à laquelle il ne peut prétendre, soit parce qu'il n'y a pas droit, soit parce que son droit est en fait inférieur.

Nous élaborons une classification en distinguant les deux hypothèses suivantes :

- Celle où l'assuré peut modifier les circonstances de la survenance du sinistre ou bien modifier la garantie;
- Celle où l'assuré peut exagérer le montant des dommages.

Dans la première classe de fraude, le sinistre se produit dans des conditions qui n'ouvrent pas droit à la garantie. En effet, l'assuré falsifie la réalité afin d'obtenir l'indemnité évitant que l'assureur n'invoque une exclusion de risques ou une non-assurance.

¹ Sameh BORGI; THESE en vue d'obtenir le grade de Docteur de l'Université de Paris I, " Une Analyse Économique et Expérimentale de la Fraude à l'Assurance et de l'Audit"; p 17.

² Op cité, p 17.

Pour ce qui est modification de garantie, l'assuré peut être non garanti pour le sinistre qu'il a subi. Il décide alors de souscrire un contrat, ou alors, opter pour une extension de garantie du contrat initial, puis il déclare le sinistre.

L'assuré falsifie la date de survenance du sinistre, ou les factures d'achat ou de réparation qu'il présente à titre de justificatifs, ou encore obtient le faux témoignage d'un ami.

Une deuxième méthode de fraude après sinistre est celle correspondante à l'exagération du montant des dommages.

En effet, l'assuré peut, préalablement au sinistre ou postérieurement à celui-ci, dissimuler une part des biens, afin d'augmenter la valeur perdue.

Pour autant qu'il s'agisse d'une intention délibérée de tromper, la fraude lors de la déclaration du sinistre consiste à:

- ✓ décrire le sinistre de manière inexacte (y compris l'omission de l'une ou l'autre circonstance);
- ✓ exagérer l'étendue du dommage;
- ✓ déclarer à plusieurs reprises le même dommage auprès d'une ou de plusieurs compagnies;
- ✓ simuler un dommage;
- ✓ falsifier des documents.

2-3-2-Le faux sinistre

L'assuré ayant besoin d'argent, peut trouver, par le biais de l'assurance, un moyen relativement facile d'en obtenir. Il peut déclarer à l'assureur un sinistre qui n'a en réalité jamais eu lieu.

Mais une mise en scène est organisée par l'assuré, pour faire croire à la survenance du dommage. La garantie la plus propice à l'organisation d'un faux sinistre est la garantie de vol.

3-LA FRAUDE À L'ASSURANCE PAR BRANCHE

Certaines branches de l'assurance sont plus vulnérables à la fraude que d'autres. L'assurance santé et l'assurance automobile sont généralement les secteurs les plus touchés³.

3-1-La fraude à l'assurance automobile

La fraude à l'assurance automobile peut prendre plusieurs formes. Les fraudes qui reviennent le plus souvent concernent les accidents automobiles. L'on peut citer, aussi la déclaration de perte de pièces détachées alors qu'elles ne sont pas perdues simplement pour

³ http://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-actualite/la-fraude-a-l-assurance_112902.html

être remboursé ou encore le gonflement du montant de la facture finale à envoyer à l'assureur pour toucher plus d'argent.

S'agissant de la fraude relative à l'assurance automobile, il convient d'aborder ses modalités.

3-1-1- À la souscription

À la souscription, la fraude consiste:

- À faire garantir à l'assureur plusieurs objets pour la prime d'un seul;
- À minorer sciemment dans la déclaration l'importance du risque (zone de circulation, usage...) afin de payer une prime plus faible, voire de faire accepter le risque par l'assureur;
- À solliciter la garantie alors que le sinistre est déjà survenu: le souscripteur vient de subir un accident sans implication d'un tiers et il sollicite l'extension au contrat.

3-1-2- En cours de contrat

Durant le contrat, la fraude consiste à se livrer à certaines manœuvres pour diminuer l'importance du risque, ou à rédiger une fausse déclaration de sinistre, c'est-à-dire⁴:

- Soit à déclarer un sinistre simulé, comme le fait d'abandonner la voiture assurée contre le risque de vol en un lieu éloigné et de signaler sa disparition;
- Soit à déclarer un sinistre imaginaire, c'est-à-dire non survenu dans la réalité, par exemple, une déclaration de bris fictif d'un pare-brise, en sollicitant du professionnel indélicat une fausse facture;
- Soit à provoquer volontairement le sinistre, par exemple en mettant le feu à sa voiture que l'on désire remplacée;
- Soit à dissimuler certaines circonstances de sa survenance afin qu'elles répondent aux conditions de prise en charge: le sinistre est survenu au cours d'une participation de l'assuré à un rallye, et déclare qu'il se promenait;
- Soit à exagérer l'importance des conséquences d'un sinistre réel: tel est le cas du dommage au titre duquel l'assuré se fait indemniser plusieurs fois, éventuellement par des assureurs différents et successifs.

⁴ Jacques Charbonnier, L'assurance du risque automobile, contrôle et assurance p 185

3-2- La fraude à l'assurance responsabilité civile (RC) – auto

Dans le secteur de l'assurance automobile obligatoire, la tentation de frauder est tempérée par le système du bonus-malus, se déclarer responsable d'un dommage entraîne une sanction financière, qui se traduit par une augmentation de la prime.

Les assureurs n'en sont pas moins confrontés au problème des fausses déclarations. Le cas le plus fréquent: un ami ou un membre de la famille déclare qu'il était au volant pour éviter la condamnation du véritable auteur de l'accident ou le recours de l'assureur à contre celui-ci, par exemple, pour conduite en état d'ivresse.

3-3-La fraude à l'assurance santé

La fraude de facturation médicale implique souvent un relevé de facturation falsifiée. Il s'agit le plus souvent de la facturation de traitements, d'exams, de fournitures médicales non fournies, du gonflement des factures ou encore de demandes de remboursement pour des soins non fournis.

3-4- La fraude à l'assurances de choses

C'est sans doute dans le secteur de l'assurance de choses que la fraude est la plus répandue⁵.

Certains dommages peuvent résulter d'un acte accompli délibérément par l'assuré, par exemple lorsqu'il s'agit d'un incendie volontaire. D'autres formes de dommages, notamment les catastrophes naturelles (orage, tempête,...) sont évidemment fortuits, mais n'excluent pas la tentation d'exagérer l'importance du préjudice réellement subi.

L'assurance perte d'exploitation après incendie est également une branche très exposée à la fraude. Une demande inhabituelle de couverture contre le risque d'incendie émanant d'une entreprise au bilan alarmant doit être examinée avec la plus grande attention.

En assurance habitation, la sous-évaluation de la chose assurée, l'incendie volontaire ou la fausse déclaration de vol constitue une fraude à l'assurance.

3-5- La fraude à l'assurance accidents corporels

En assurance contre les accidents corporels, il est rare que l'assuré choisisse de se blesser volontairement. Des spécialistes⁶ en matière de fraude font cependant état d'automutilations, notamment lorsque l'intéressé s'est fait assurer auprès de plusieurs compagnies qui sont appelées alors à intervenir pour le même sinistre.

⁵ http://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-actualite/la-fraude-a-l-assurance_112902.html

⁶ http://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-actualite/la-fraude-a-l-assurance_112902.html

Ainsi, l'assurance contre les accidents du travail est souvent utilisée de manière abusive pour obtenir réparation d'un accident survenu pendant les loisirs.

Une autre forme de fraude dans ce secteur consiste, pour l'employeur cette fois, à déclarer un nombre d'employés inférieur à l'effectif total du personnel ou des salaires moins élevés, ou encore à tromper l'assureur sur des activités à risque que l'on fait passer pour du travail sans danger.

SECTION 2: LE PHÉNOMÈNE DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE EN ALGÉRIE ET À L'ÉTRANGER

En raison de sa nature opaque et illicite, la fraude à l'assurance ne fait pas l'objet d'études quantitatives ou statistiques permettant de mesurer, avec précision son ampleur.

Que ce soit en Algérie, en France, en Angleterre, au Canada ou aux États-Unis ou ailleurs, aucune compagnie d'assurance n'aime être victime d'actes scrupuleux de la part de ses assurés.

En effet, le phénomène de la fraude est grandissant et ne cesse de prendre de l'ampleur d'une année à une autre. Si les chiffres de la fraude augmentent, c'est aussi parce qu'elle est désormais mieux détectée.

1- LA FRAUDE À L'ASSURANCE EN EUROPE

Selon une étude menée auprès de 44 responsables de services sinistres dont 71 % d'entre eux constatent une augmentation significative du nombre de fraudes depuis trois ans de l'ordre de 10%. Tel est le constat "les pertes annuelles liées à la fraude à l'assurance pourraient se situer entre 8 et 12 milliards d'euros pour les compagnies d'assurance dommages européennes⁷".

L'enquête révèle, par ailleurs, que 39% des responsables de services sinistres interrogés considèrent qu'entre 5 et 10 % environ des indemnisations versées par leur compagnie sur les douze derniers mois sont de nature frauduleuse.

Généralement, les mauvaises intentions naissent pendant les périodes de crise. Les assureurs enregistrent alors différentes fraudes, sous forme d'accidents ou vols manifestement exagérés, sous forme d'incendies suspects.

Malgré ce constat de fraude très manifeste, les assureurs restent impuissants faute d'équipements performants ou de moyens de détection. Une incapacité qui génère entre 8 et 12 milliards d'euros par an, et ce, concernant uniquement les assurances dommages.

⁷ <http://www.argusdelassurance.com/gestion-des-risques/fraude-a-l-assurance-une-perte-de-8-a-12-milliards-par-an-pour-les-assureurs-europeens.63054>

1-1- La fraude à l'assurance; cas de la France

En France, le coût de la fraude se chiffre à des montants élevés. En 2010⁸, 27 918 cas de fraude ou tentatives de fraude ont été recensés par les assureurs, lesquels pèsent 71,5% du marché de l'assurance de biens et de responsabilité. Ces dossiers représentaient des enjeux financiers évalués à 146 millions d'euros. Pour en rester aux assurances de biens et de responsabilités, la fraude représenterait chaque année, selon ALFA, quelque 2,5 M d'euros, soit 5% des primes versées⁹.

En ce qui concerne la branche automobile¹⁰, les cas de fraude concernent 54% des chocs. Ces cas représentent seulement 16% des enjeux financiers. Par contre, le vol représente 13% des dossiers frauduleux, mais 17% des enjeux financiers. En assurance auto¹¹, on constate surtout des fraudes à la déclaration de sinistre.

L'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales sur la criminalité en France a pu recenser 40 244 incendies volontaires de voitures en 2011¹², la plupart des voitures brûlées sont des voitures anciennes.

Selon la répartition des fraudes selon les branches d'assurance¹³, ALFA a ventilé ainsi près de 5700 enquêtes en 2005:

- 2800 (49%) pour tout ce qui touche au risque automobile;
- 700 (12%) pour les dommages aux biens (y compris le vol);
- 740 (13%) pour l'incendie;
- 450 (8%) pour la maladie et les dommages corporels.

Selon une étude d'ALFA réalisée sur un périmètre représentant 66.36% du marché automobile en 2009, les dossiers frauduleux en branche automobile se ventilaient comme suit:

- faux accident de stationnement :52%;
- responsabilité civile matérielle: 13%;
- bris de glace: 3%;
- vol:15%;
- responsabilité civile corporelle: 2%;

⁸ <http://www.lextimes.fr/5.aspx?sr=352>

⁹ http://m.lesechos.fr/redirect_article.php?id=0202344662513

¹⁰ <http://www.auto-infos.fr/L-ANEA-fait-le-point-sur-la-fraude,3806>

¹¹ <http://www.lefigaro.fr/assurance/2013/07/30/05005-20130730ARTFIG00365-auto-les-sanctions-en-cas-de-fraude-a-l-assurance.php>

¹² http://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-auto-actualite/les-voitures-brulees-une-technique-pour-frauder-l-assurance-auto_112516.html

¹³ Jacques Charbonnier, L'assurance du risque automobile, contrôle et assurance p 184

- autre: 15%.

1-2- la fraude à l'assurance; cas de l'Angleterre

Aucune compagnie d'assurance n'aime être victime d'actes peu scrupuleux de la part de ses assurés. Et pourtant le phénomène est grandissant en Angleterre avec une augmentation de 9% sur l'année 2010.

L'ABI (Association of British Insurers) tire la sonnette d'alarme : la fraude à l'assurance ne cesse d'augmenter et ce, dans tous les secteurs de l'assurance¹⁴.

Plus parlants, voici les chiffres dévoilés par l'ABI : plus de 130 000 fausses déclarations annuelles, soit 2500 tentatives à la semaine, pour un coût de 919 millions de livres (soit plus d'un milliard d'euros).

Tous les secteurs sont concernés, mais l'assurance habitation et l'assurance auto sortent du lot. L'assurance automobile représente à elle seule 40 000 cas de fraude qui coûtent cher aux sociétés d'assurance (466 millions de livres, soit près de 533 millions d'euros). En Angleterre, la fraude à l'assurance automobile est en hausse de 9%, quant à l'assurance habitation elle représente 66 000 cas de fraude.

2- L'AMPLEUR DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE AU CANADA

Selon le BAC¹⁵, la fraude à l'assurance "constitue un problème récurrent au Canada et le gouvernement de l'Ontario a décrété des politiques qui devraient permettre d'endiguer ce phénomène".

En effet, selon le bureau d'assurance au Canada "BAC" et une étude réalisée en 1993, 15% des demandes d'indemnisation en assurance automobile présentées cette année étaient frauduleuses à un quelconque degré. De plus, un sondage réalisé, en 2000, par la coalition canadienne contre la fraude à l'assurance (CCCFA) a révélé que 46% des Canadiens estimaient qu'il était facile de soumettre une demande d'indemnisation frauduleuse.

Le BAC estime qu'au moins 15 sous de chaque dollars payé par les souscripteurs pour leurs polices d'assurance servent à payer pour les fausses déclarations.

Sur ce, en 2013, les statistiques au Canada, ont montré qu'entre 10 et 15% des prestations d'assurance sont accordées en réponse à des demandes frauduleuses. Elles représentent environ 1,3 milliard de dollars. Ce sont les propriétaires honnêtes qui en assument la charge.

¹⁴ http://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-auto-actualite/la-fraude-a-l-assurance-un-fleau-en-angleterre_15233.html

¹⁵ <http://www.lapersonnelle.com/p-qc/fr/info-assurance/articles/auto/pages/ontario-fraude-assurance.aspx>

3-L'AMPLEUR DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE AUX ÉTATS-UNIS

Aux États-Unis, le préjudice global est estimé à 100 milliards USD par an. Selon the united states government accountability office "GAO", 1 USD sur 7 est perdu pour fraude dans le secteur de la santé qui arrive en tête pour les fausses déclarations.

Pour la seule année 1998, le montant des pertes pour fraude ou réclamations abusives du régime d'assurance santé s'est élevé à près de 12 milliards USD. En 2004, les pertes ont atteint 95 milliards USD et la fraude à l'assurance automobile s'est affichée à 14 milliards USD de fausses réclamations par an. En 2003¹⁶, la fraude à l'assurance des biens et dommages a coûté 23 milliards USD. Aux États-Unis, le préjudice global est estimé à 100 milliards USD par an.

4-LA FRAUDE À L'ASSURANCE DANS LA RÉGION MENA

La fraude à l'assurance est une plaie importante au Maghreb et au Moyen Orient. Elle ne cesse de croître avec le développement du marché qui génère aujourd'hui près de 20 milliards USD. Le coût de la fraude dans l'ensemble de ces pays est estimé entre 1 milliard et 2 milliards USD pour les assureurs soit environ 10% des primes collectées. La crise¹⁷ qui sévit depuis 2008 a accentué ce problème.

L'assurance automobile est la branche la plus affectée par ce fléau : la fraude serait de l'ordre de 7% à 9% du volume de primes de la branche.

4-1-L'ampleur du phénomène de la fraude à l'assurance en Algérie

Confrontées au phénomène de fraude, à des litiges commerciaux et au non-versement des primes d'assurance, les compagnies d'assurances nationales réagissent, en décidant notamment de ne plus traiter avec les assurés auteurs avérés d'escroqueries à l'assurance.

La fraude à l'assurance en Algérie coûte plusieurs millions de dinars aux compagnies d'assurances nationales, et en l'absence d'étude, il est difficile pour les compagnies d'assurance d'appréhender ce phénomène. Les estimations évaluent les fraudes dans l'assurance automobile en Algérie à 40%¹⁸.

Un nombre d'affaires douteuses important, selon le président de l'UAR, Amara Latrous, évoquant l'existence d'un millier de dossiers suspects recensés depuis des années. Et cela¹⁹ même si le dirigeant de l'UAR rappelle que les compagnies nationales ont pu économiser un

¹⁶ <http://www.atlas-mag.net/article/la-fraude-a-lassurance>

¹⁷ <http://www.atlas-mag.net/article/la-fraude-a-l-assurance-dans-la-region-mena>

¹⁸ <http://www.algerie-dz.com/article5933.html>

¹⁹ <http://www.lesoirdalgerie.com/articles/2012/11/14/article.php?sid=141453&cid=2>

montant de 500 millions de dinars, durant les cinq dernières années grâce à la vigilance notamment.

À titre d'exemple, pas moins de 143²⁰ dossiers font l'objet d'une enquête, à Oran, par les services d'ALFA (Agence de lutte contre la fraude à l'assurance).

Ces enquêtes ont été diligentées contre la fraude dans les assurances automobiles. Il est des clients qui s'adonnent à certaines pratiques frauduleuses dans le but de surévaluer la valeur des véhicules automobiles au moyen de fausses déclarations.

SECTION 03: LES CONSÉQUENCES DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE: EFFETS NÉGATIFS

L'augmentation de la fraude nuit forcément à la rentabilité. En effet, le coût de la fraude à l'assurance peut présenter plusieurs milliards chaque année pour les compagnies d'assurance.

Les effets ne sont pas seulement ressentis par les assurés qui voient les primes augmenter chaque année, mais aussi par les assureurs eux-mêmes qui subissent une pression de plus en plus forte pour réduire le montant global des indemnisations versées et augmenter leur résultat d'exploitation.

La fraude constitue une menace croissante pour les entreprises, ses impacts financiers sont lourds, avec des conséquences sur la réputation des entreprises.

1-LES EFFETS NÉGATIFS DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE SUR L'ÉCONOMIE

On peut dire que l'impact de la fraude à l'assurance est à la fois économique et social. S'agissant des impacts économiques négatifs, ils se manifestent par une diminution des recettes de l'État et des pertes importantes en chiffres pour l'industrie d'assurance.

Concernant les impacts sociaux, la fraude risque d'une part, d'entraîner au plan social la perte de milliers d'emplois et une hausse de la demande sociale. De plus, selon la firme de recherche "Conning & Company"²¹ "... la fraude à l'assurance a coûté aux consommateurs 96,2 milliards \$ en majorations de primes en 1999, et plus de 530 millions \$ en hausse de prix de biens et de services".

La fraude à l'assurance entraîne, alors, des pertes considérables en chiffre d'affaires pour l'industrie d'assurance, d'une part, et une diminution des recettes fiscales de l'État d'autre part.

²⁰ <http://www.djazairess.com/fr/elwatan/80684>

²¹ https://www.cgi.com/sites/cgi.com/files/white-papers/cgi_whpr_46_fraud_SIU_f_0.pdf

Au plan fiscal, la fraude entraîne pour l'État des conséquences dommageables et un manque à gagner très énormes.

Par conséquent, elle rend difficile la création de nouveaux hôpitaux, des établissements scolaires, branchements sociaux en eaux et électricité, infrastructures et nouvelles routes.

2- LES CONSÉQUENCES DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE SUR LES COMPAGNIES D'ASSURANCE

Les conséquences de la fraude sont de deux ordres: impacts financiers lourds et conséquences sur la réputation des compagnies d'assurance.

Les conséquences financières sont les conséquences dites "directe". En effet, en France, selon l'étude²² de Dominique Perrier "... le coût moyen de la fraude s'élève à 4,7 millions d'euros. Ce montant intéresse les détournements d'actifs, les escroqueries et usage de faux et les contrefaçons. Il est supérieur à la moyenne en Europe de l'Ouest (2,2 millions d'euros) et dans le monde (1,5 million)".

Quant aux conséquences indirectes, Dominique Perrier a ajouté dans son étude citée ci-dessus pour dire qu'elles "...concernent essentiellement la dégradation des relations commerciales, de l'image de marque et de la réputation ou encore la perte de motivation du personnel. Ces dommages sont encore plus importants lorsqu'ils sont révélés au public". De ce fait, toute atteinte à l'une des composantes précédentes ou à la capacité financière de la compagnie d'assurance pourra remettre en cause sa survie sur le marché.

De plus, la fraude à l'assurance fait augmenter les primes de tous les assurés. En effet, et selon les estimations de l'industrie de l'assurance²³, on dépense entre 10% et 15% sur chaque dollar versé en primes d'assurance pour payer des réclamations frauduleuses.

La fraude à l'assurance est donc, la deuxième source de profits illicites en Amérique du Nord. Seul le commerce de la drogue génère davantage. Malheureusement, les assureurs doivent répercuter ces coûts sur leurs clients en augmentant les primes pour tous les types d'assurance, ce qui met en jeu la compétitivité de la compagnie du fait de l'augmentation des coûts de gestion. Par ailleurs, les assureurs se voient obligés d'être plus prudents dans leurs décisions quant aux risques à assurer, ce qui rend plus difficile l'obtention de certains types d'assurance.

²² <http://www.easybourse.com/bourse/international/dossier/1116/prevenir-la-fraude-un-veritable-defi.html>

²³ http://www.nbinsurancebrokers.ca/docs/feilles_de_renseignements/renseignements_generaux/courtiers_d'assurances.pdf

En outre, l'assureur est dans l'obligation de constituer d'une manière optimale des réserves. Il est, donc, évident qu'en cas de fraude ce calcul optimal se trouve totalement déséquilibré et l'assureur se retrouve face à plusieurs problèmes. En effet, cette insuffisance des provisions entraîne des problèmes de liquidité, un déséquilibre du bilan des engagements.

De plus, la fraude baisse la confiance des assurés envers les compagnies d'assurance et les assureurs ont intérêt à préserver cette confiance mutuelle sur laquelle repose toute leur activité. Personne n'aime s'assurer auprès d'une compagnie qui donne l'impression de se laisser escroquer par des fraudeurs, car elle sera bien obligée de changer de politique, d'augmenter ses primes, de répondre par une méfiance excessive ou d'assainir son portefeuille.

3- LES CONSÉQUENCES DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE SUR L'ASSURÉ

La fraude entraîne l'augmentation du coût de l'assurance et personne n'apprécie les augmentations de primes d'assurance, surtout pas au profit des fraudeurs. Chaque franc de gagné grâce à la lutte contre la fraude peut se traduire par 1,5 F de réduction sur la prime à payer.

Compte tenu de la concurrence entre les compagnies, les assurés peuvent être certains de bénéficier des économies ainsi réalisées par les assureurs sur les indemnisations indues.

L'importance de la fraude entraîne également beaucoup de frais de contrôle. De plus, la fraude entraîne l'abandon de certaines couvertures d'assurance, les assureurs finissent toujours par renoncer à commercialiser les produits d'assurance qui donnent lieu à trop de fraude.

Actuellement, en Tunisie, un particulier aura beaucoup de mal à trouver une compagnie qui accepte, par exemple, d'assurer une moto.

Aussi, la fraude incite les assureurs à imposer un système de franchise, des franchises qui font, parfois, mal au consommateur.

4- LES CONSÉQUENCES DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE SUR L'ASSURÉ FRAUDEUR

Conformément à l'article 21 de l'ordonnance 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi 06-04, relative aux assurances: « Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ayant pour conséquence de fausser l'appréciation du risque de la part de l'assureur entraîne la nullité du contrat, sous réserve des dispositions prévues à l'article 75 de la présente ordonnance.

On entend par réticence, l'omission volontaire de la part de l'assuré de déclarer un fait de nature à modifier l'opinion que l'assureur se fait du risque.

À titre de dommages et intérêts, les primes payées demeurent acquises à l'assureur qui a le droit également aux primes échues, sous réserve des dispositions relatives aux assurances de personnes. À ce titre, l'assureur peut, en outre, réclamer à l'assuré le remboursement de l'indemnité déjà perçue".

À l'instar des autres formes d'escroquerie, la fraude à l'assurance est un délit réprimé par la loi suivant l'article 372 du Code pénal, qui dispose: " Quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, se fait remettre ou délivrer, ou tente de se faire remettre ou délivrer des fonds, des meubles ou des obligations, dispositions, billets, promesses quittances ou décharges, et, par un de ces moyens, escroque ou tente d'escroquer la totalité ou une partie de la fortune d'autrui est puni d'un emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus, et d'une amende de 500 à 20.000 DA".

CONCLUSION DU DEUXIÈME CHAPITRE

En somme, nous avons traité, dans ce qui précède, l'ampleur et les conséquences de la fraude à l'assurance sous plusieurs angles à savoir sur l'économie, sur les compagnies d'assurance, sur les assurés et sur l'assuré fraudeur.

Ceci nous a incité à chaque fois de connaître le profil de notre assuré fraudeur et d'être de plus en plus curieux de comprendre son comportement et sa psychologie.

Dans ce contexte, nous pouvons dire qu'à mesure que la fraude augmente, les assureurs investissent davantage dans la détection et les technologies visant à réduire ces coûts. C'est pour cette raison, le chapitre suivant sera réservé à l'étude de profil de l'assuré fraudeur, motivations et les indices de fraude.

TROISIÈME CHAPITRE:

***LES FAILLES DU
CONTRAT ET
COMPORTEMENT DES
ASSURÉS FRAUDEURS***

Vu la diversification des formes que peut revêtir la fraude à l'assurance, il est clair maintenant qu'il est important de procéder à l'analyse du comportement de l'assuré fraudeur.

Évidemment, le fait d'analyser les failles du contrat d'assurance, d'identifier l'assuré fraudeur et ses motivations et d'essayer de cerner ses traits de caractère nous permettra par la suite d'imaginer quel genre de personne est ce fraudeur.

Dans ce chapitre, il est question d'aborder en première section, les failles du contrat d'assurance, un terrain favorable à la fraude, et en deuxième section on analyse le profil de l'assuré fraudeur et enfin en troisième section les motivations de l'assuré fraudeur.

SECTION 1: LES FAILLES DU CONTRAT D'ASSURANCE; TERRAIN FAVORABLE À LA FRAUDE

1- LES CONDITIONS LIÉES À L'ACTE FRAUDULEUX

Avant d'entamer l'identification de l'assuré fraudeur et la détermination de son portrait, il est nécessaire, tout d'abord, de comprendre les éléments constitutifs de la fraude. Il est tout à fait évident, qu'afin d'accuser l'un de ses assurés de fraude, l'assureur est tenu de prouver deux éléments nécessaires tant moral que matériel.

1-1- L'élément moral

Selon l'union professionnelle des entreprises d'assurance (UPEA) " la grande majorité des assurés joue le jeu correctement ... des fraudeurs de tout poil, du criminel de haut vol au chef d'entreprise cherchant à s'y retrouver au sortir d'une mauvaise saison en passant par le fraudeur occasionnel, tous abusent de la bonne foi, la base de tout contrat d'assurance"¹.

La mauvaise foi de l'assuré, dans la déclaration du risque ou du sinistre, peut être définie comme l'intention de provoquer chez l'assureur une appréciation erronée soit du risque, soit de l'indemnité due. Il en résulte alors que la mauvaise foi, constituée de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle empêche l'assureur d'avoir une vision correcte sur les circonstances du sinistre ou du risque qu'il va garantir.

1-2- l'élément matériel

L'élément matériel peut être défini comme étant la concrétisation de l'élément moral. En effet, ces intentions frauduleuses doivent avoir un terrain d'incitation, préparées soit par une opportunité de sinistre réel, soit par des motivations liées à l'assuré lui-même, pour passer à l'acte de fraude.

¹ <http://www.assuralia.be/fileadmin/content/documents/publicaties>

On distingue, donc, deux types de fraude expliqués comme suit:

La fraude majeure est une tentative délibérée de simulation ou de provocation de sinistres, commise dans le but de gagner de l'argent en vertu d'une police d'assurance.

En revanche, la fraude mineure, également appelée "fraude opportuniste"², se produit lorsqu'un titulaire de police exagère la situation de sa déclaration. Le titulaire subit une perte réelle, mais gonfle la valeur pour remplacer des objets par d'autres plus coûteux.

La fraude majeure est aussi appelée fraude préméditée, puisqu'il s'agit d'une intention délibérée de tromper l'assureur, elle se manifeste dans le fait d'indiquer de manière inexacte les informations. On distingue, alors, deux cas possibles à savoir la sur-assurance frauduleuse et la sous-assurance.

En effet, la sur-assurance frauduleuse est la majoration de la valeur assurée du fait de l'assuré, qui espérait par là échapper aux limites qu'impose le principe indemnitaire. Par contre, la sous-assurance est la déclaration d'une valeur assurée inférieure à la valeur réelle, et ce, afin de payer une prime moins élevée.

Par ailleurs, la fraude mineure est sans doute la plus répandue. Selon une étude élaborée au sein du centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), cette fraude résulte du fait de "fraudeurs d'occasion"³.

2-LES FAILLES LIÉES AU CADRE LÉGAL DE L'ACTIVITÉ D'ASSURANCE

L'une des causes de la fraude à l'assurance est qu'elle est facile à organiser dans plusieurs secteurs d'activité.

De plus, les probabilités de sa détection sont faibles. Même si nous n'avons que des informations très partielles⁴, nous avons vérifié que les assureurs investissent peu pour combattre la fraude.

Les assureurs sont réticents à entreprendre des poursuites légales, car celles-ci sont plus coûteuses que les gains espérés à court terme. En effet, les sociétés d'assurance préfèrent souvent opposer une fin de non-recevoir plutôt que de recourir à la justice.

En outre, ces poursuites augmentent les délais des procédures de règlement des sinistres, ce qui risque de nuire à la compagnie d'assurance.

² <http://goodhandsadvice.ca/fr/fight-fraud>

³ http://www.cirano.qc.ca/pdf/programmation/2011-2012_web_fr.pdf

⁴ Fraude ou risque moral, Analyse économique de la fraude, p16

En outre, les courtiers d'assurance comptent beaucoup sur la rapidité des règlements pour fidéliser la clientèle et n'aiment pas que l'on soupçonne trop les clients honnêtes. En d'autres termes, la concurrence limite la lutte contre la fraude⁵.

Ainsi, pour beaucoup d'individus, payer une moindre prime au moyen d'une fausse déclaration des risques est considéré comme une activité justifiée, puisque la seule pénalité anticipée est un réajustement de la prime à son vrai niveau.

Enfin, si on se restreint à la fraude à l'assurance, sa croissance rapide peut être expliquée par deux facteurs complémentaires qui vont retenir plus notre attention:

- il n'est pas évident pour les assureurs individuels que la lutte contre la fraude soit rentable. Elle peut certes réduire les coûts des réclamations, mais ils peuvent être couverts par les augmentations de prime;
- La fraude n'est pas perçue par le public et les intervenants comme étant une priorité de l'industrie. Il semble que la lutte contre la fraude soit laissée à des initiatives individuelles de certains assureurs.

3-LES FAILLES LIÉES AUX CONTRATS D'ASSURANCE

Les contrats d'assurance ne sont pas bien conçus pour tenir compte de la fraude à l'assurance.

En effet, la présence d'une franchise peut être expliquée par des coûts administratifs ou considérée comme un mécanisme incitatif de protection des assurés contre les accidents. Mais il n'est pas évident que l'introduction d'une franchise soit un mécanisme efficace de lutte contre la fraude à l'assurance.

Mais, indépendamment des causes, il semble évident que la fraude à l'assurance a augmenté. Malgré ces faits et pour les raisons évoquées plus haut, les assureurs n'ont pas beaucoup réagi à ce phénomène:

- Les contrats d'assurance sont demeurés les mêmes;
- Les enquêtes précontrat sur la nature des risques et sur celle des clients n'ont pas évolué de façon significative;
- Les enquêtes post-accident menées par les assureurs individuels n'ont pas vraiment progressé de façon importante.

Prenons le temps d'examiner de plus près ces critiques. La nature des principaux contrats d'assurance se résume dans bien des cas à rembourser la "valeur à neuf" ou de

⁵ Fraude ou risque moral, Analyse économique de la fraude, p16

"remplacement" qui dépasse une certaine franchise pour les vols ou les incendies, et à rembourser les coûts de réparation qui dépassent une franchise pour les dommages matériels des voitures accidentées.

Ces différents contrats ont été élaborés sans tenir compte de la fraude. Ainsi deux types de comportement doivent être considérés lorsque nous analysons les formes de contrats d'assurance. Le premier concerne la protection des assurés et des assureurs contre l'offre de services frauduleux provenant d'intermédiaires (visites supplémentaires à un médecin, réparation inutile de voiture...). Souvent les assurés ne sont pas incités à s'opposer à ces mêmes activités. Ils se laissent facilement influencer.

Le second type de comportement est celui de l'assuré qui incite à la fraude et/ou accepte d'y participer volontairement.

Depuis quelques années, la fraude à l'assurance est devenue une affaire de spécialistes. Nous avons vu qu'il existait des réseaux d'avocats et de médecins américains⁶ qui incitaient les assurés à gonfler leurs factures.

Il existe d'autres problèmes qui peuvent éveiller chez les assurés un comportement de fraude. Nous tenons à tirer les points suivants :

En général, et dans la majorité des cas, les assureurs se contentent de refuser de prendre en charge le sinistre, sans faire constater la nullité du contrat par un juge. Les fraudeurs ne risquent donc pas ou très peu de peine de justice.

De plus, les assureurs n'intentent pas de procès à l'encontre de l'assuré, même si toutes les preuves formelles sur le comportement de fraude sont établies.

Souvent, en cas de détection de fraude, il n'est demandé à l'assuré que de restituer les frais de dossier encourus par l'assureur. Cependant, les avantages financiers procurés par le comportement frauduleux, s'avèrent plus élevés que le risque de peines juridiques.

Il faut bien noter, aussi, qu'il existe un manque de communication entre les compagnies d'assurance à l'intérieur du pays et d'un pays à l'autre.

L'importance de cette remarque réside dans le fait que cette attitude encourage la fraude, dans la mesure où les assurés peuvent vendre une voiture à l'étranger et la déclarer volée dans leur pays d'origine.

La franchise est par définition la part de sinistre qui reste à la charge de l'assuré. Elle est à l'origine destinée à limiter le problème d'aléa moral. Mais on s'aperçoit de plus en plus que sa valeur n'est pas efficace dans la mesure où elle est devenue un moyen qui incite à frauder.

⁶ Fraude ou risque moral, Analyse économique de la fraude, p17

En effet, les assurés augmentent le montant des dommages lors des déclarations afin de trouver un moyen pour récupérer cette franchise.

D'autre part, et du côté de l'assureur, cette franchise ne lui permet même pas de récupérer les coûts de vérification. Cependant, le concept de franchise semble ne plus être efficace, sauf pour les petits dommages que les assurés ne déclarent pas.

Il faut noter, aussi, que la rapidité de remboursement des sinistres représente un élément central d'incitation à la fraude. Cette rapidité dans le règlement représente une attitude de l'assureur pour satisfaire son client, mais cela ne favorise pas, d'une certaine manière, la lutte contre la fraude.

SECTION 2: L'ANALYSE DU PROFIL DE L'ASSURÉ FRAUDEUR

Vu la diversification des formes que peut revêtir la fraude à l'assurance, il est clair maintenant qu'il est essentiel de procéder à l'analyse du profil de l'assuré fraudeur.

1- LES DIFFÉRENTS TYPES D'ASSURÉS FRAUDEURS

Les assureurs savent bien que la fraude ne concerne qu'une minorité d'assurés. Cependant, la fraude ne peut pas être considérée comme un phénomène marginal. Le secteur ne veut pas douter de la bonne foi de la majorité des assurés, mais la tentation qui mène à la fraude paraît presque irrésistible quelquefois.

Une distinction s'impose alors pour présenter trois types d'assurés fraudeurs:

1-1-Les bandes organisées

On parle ici de professionnalisation. En effet, les assurés agissent cette fois-ci en tant que complices de bandes organisées. De ce fait, ils participent dans des scénarii de fraude à l'assurance inventés par des bandes agissant exactement comme des organisations criminelles.

Ainsi certaines formes de fraude à l'assurance sont typiques des agissements d'organisations criminelles.

À titre d'exemple⁷: une bande de malfaiteurs recrutait en Belgique (mais aussi en Pologne, en Suède, au Danemark, en Allemagne, au Luxembourg, en France et aux Pays-Bas) des assurés acceptant la responsabilité d'une collision avec une voiture coûteuse immatriculée en Allemagne. Cette bande fut baptisée «Saarland Circuit 1993».

Cet exemple montre bien que notre assuré fraudeur est un assuré qui accepte la responsabilité d'une collision avec une autre voiture en contrepartie d'un certain avantage, tout en sachant qu'il participe avec des bandes organisées qui agissent à l'échelle internationale. On

⁷ <http://www.assuralia.be/fileadmin/content/documents/publicaties/prevenir-la-fraude-a-l-assurance.pdf>

devait après coup se rendre compte que la force de cette bande résidait dans le caractère international de la fraude.

Dans un autre cas de figure, si les mêmes personnes devaient soumettre à répétition des réclamations pour des blessures liées à des accidents, les compagnies d'assurance s'en rendent compte. Ainsi, les fraudeurs recrutent souvent des personnes pour donner des noms dans différents accidents truqués.

1-2- Les entreprises en difficultés financières

Il arrive également à des chefs d'entreprises menacées de faillite de se laisser tenter par une fraude à l'assurance: après tout, pensent-ils, leur société ne pourrait être sauvée que par le chèque d'une compagnie d'assurance.

En revanche, une autre interprétation des circonstances revêt une grande importance: une entreprise en proie à des problèmes financiers depuis longtemps aura souvent aussi peu investi en sécurité. Les incendies se déclarant dans des sociétés en difficulté ne cachent dès lors pas toujours nécessairement une fraude.

Un sondage publié en 1992 par la revue française "Défis" montre que 44% des dirigeants de PME françaises n'hésitent pas à forcer les états de frais après un sinistre: 41% reconnaissent de légères surestimations, 3% confessent des exagérations importantes et 3% préfèrent garder le silence.

1-3- Les particuliers

Concernant ce type d'assurés fraudeurs, nous pouvons signaler qu'ils sont soit menteurs soit des gens qui, sans vraiment mentir, ne disent pas tout, jouent sur les mots.

En effet, il y a ceux qui assimilent l'honnêteté à une forme de naïveté ou éprouvent l'impression d'accomplir un exploit en parvenant à se procurer un avantage aux dépens des autres.

D'autres considèrent le paiement de leur prime d'assurance en soi déjà comme une forme d'injustice qu'il faut réparer au plus tôt. D'autres encore ont fait la mauvaise expérience d'un assureur en se voyant par exemple refuser la réparation d'un dommage qu'ils ont effectivement subi. Et il y a, aussi, ceux qui agissent en ce sens juste pour rendre un service à un ami.

Il est important de noter à cet égard que les études⁸ qui ont été menées en Suisse (Université de Fribourg) et en Allemagne (Focus-magazine) sur le profil du fraudeur à l'assurance révèlent que la fraude à l'assurance est plus fréquente chez les hommes que chez

⁸ <http://www.assuralia.be/fileadmin/content/documents/publicaties/prevenir-la-fraude-a-lassurance.pdf>;p41

les femmes. De même, les gens ayant une formation supérieure ou un salaire élevé sont proportionnellement plus nombreux à commettre une fraude que ceux de condition plus modeste.

Si on tente alors de cerner ces catégories d'assurés, on y rencontre des gens très différents qui ont un jour commis une fraude ou y recourent dans le cadre d'organisations criminelles.

Ainsi, le fraudeur à l'assurance automobile est généralement un particulier qui présente l'une ou l'autre voire plusieurs des caractéristiques suivantes⁹:

- ✚ c'est souvent "besogneux": tel l'assuré obscur et jusqu'ici scrupuleux, qui après avoir acquitté vingt années de cotisations soldées par un accident non garanti, échafaude l'unique malhonnêteté de sa vie pour "récupérer sa prime" et vider sa hargne contre les assureurs;
- ✚ cet homme de capacité intellectuelle moyenne peut se révéler rancunier: l'annonce de l'augmentation de sa prime annuelle le déterminera à faire un pas de trop et, poussé par l'exemple d'un voisin ou la lecture d'un article sur un cas de fraude, il se lancera dans l'aventure;
- ✚ peut être un opportuniste. Ainsi de l'automobiliste qui, déformant inopinément la porte de son garage en effectuant une marche arrière, et sachant que l'assureur ne l'indemniserait pas, car nul ne saurait engager sa responsabilité envers soi-même, demandera à un ami de déclarer le sinistre à sa propre compagnie;
- ✚ il s'agit éventuellement d'une personne économe à l'excès, qui vient de heurter un obstacle fixe et qui présentera l'aléa comme un accident de parking sans tiers (responsable) identifié, voulant ainsi éviter l'application d'un malus à l'occasion de sa prochaine échéance de prime;
- ✚ peut être parfois un homme astucieux et capable de faire preuve d'un esprit plein de subtilité;

⁹ Jacques Charbonnier, L'assurance du risque automobile, contrôle et assurance, p187

2- TRAITS DE CARACTÈRES DE L'ASSURÉ FRAUDEUR

"Prises individuellement, certaines informations n'ont pas grande signification, comme par exemple la date de souscription du contrat ou la date de sinistre. Mais combinées entre elles, ces variables font sens, c'est à partir de ces combinaisons que nous créons des clignotants de fraude¹⁰".

D'emblée, il importe d'identifier notre assuré fraudeur en lui créant une fiche signalétique précisant ainsi son état civil.

Tout d'abord, des études ont montré que les femmes ne représentant qu'une petite partie des escrocs. En fait, en s'appuyant sur les statistiques¹¹ élaborées par la "price waterhouse coopers"(PWC) sur les crimes économiques, on trouve qu'il y a 93% de risque qu'il s'agisse d'un homme et dans 55% des fraudes rencontrées, il occupe une position hiérarchique élevée. Selon cette même source, 65% des fraudeurs ont un âge compris entre 31 et 40 ans.

À cet égard, la FFSA¹² a montré que la fraude à l'assurance intervient plus fréquemment au moment de la déclaration de sinistres. Ceci peut être expliqué par le fait que ce qui importe le plus à l'assuré est non pas les garanties accordées au moment de la souscription du contrat mais plutôt l'argent qu'il recevra lors de la déclaration de sinistre. L'assuré est alors prêt à frauder juste pour obtenir une indemnité dont il n'a pas droit.

Par ailleurs, il est toujours utile, de procéder à une distinction entre les types de fraudeurs: le fraudeur occasionnel et le fraudeur professionnel. En effet, notre assuré peut se ressembler à un fraudeur occasionnel qui tente sa chance sur un petit dossier contrairement au fraudeur professionnel. Ce dernier agit de façon très structurée et même à l'échelle internationale.

Or le fraudeur occasionnel qui a réussi à plusieurs reprises sera peut être encouragé à passer au professionnalisme.

Selon une étude technique publiée par l'article "Défis"¹³, le profil type du fraudeur "...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 escrocs font aussi preuve d'un raffinement croissant dans leurs méthodes, et reçoivent constamment des scénarii de fraude d'une complexité croissante, qui font souvent appel aux technologies telles qu'Internet".

¹⁰ <http://www.sas.com/offices/europe/france/magazine/2010q2/art1-stop-au-virus-de-la-fraude.html>

¹¹ <http://www.journaldunet.com/management/repere/fraudes.html>

¹² <http://ffsa.fr/sites/upload/reprise/docs/application/pdf/2010-02/assurer80bis.pdf>

¹³ http://www.cgi.com/sites/files/white-papers/cgi_whpr_46_fraud_SIU_f_0.pdf

Par opposition à cette étude, on remarque que les auteurs de la fraude sont difficiles à identifier et à regrouper dans des catégories bien précises.

En effet, "la fraude à l'assurance ne possède pas un visage unique, il n'y a pas un type de personne en particulier qui est plus susceptible de commettre de tels actes"¹⁴, estime Saskia Matheson d'Allstate Canada.

De ce fait, il existe de grandes variations dans l'âge, les revenus, les professions et les autres attributs démographiques et psychologiques des individus qui commettent des fraudes.

Nos assurés fraudeurs peuvent être des hommes ou des femmes, des petites ou grandes entreprises et peuvent appartenir à toutes les catégories socioprofessionnelles mais chacun poussé par une motivation qui lui est propre.

Dans plusieurs cas, "des gens au-dessus de tout soupçon semblent donc également exposés à l'envie soudaine et irrésistible de tenter leur chance"¹⁵. Ceci confirme l'absence d'un profil type d'assuré fraudeur, mais, on parle plutôt, des traits communs spécifiques.

D'après l'article "Stop au virus de la fraude"¹⁶, "ces clignotants, établis en amont, sont particulièrement pertinents dans le cas de fraude opportuniste. Les profils des dossiers à forte probabilité de fraude peuvent être alors définis".

Ainsi, l'étude des traits de caractère commun pour les assurés fraudeurs s'est avérée importante surtout dans la détection des cas de fraude opportuniste.

3- LES COMPLICES DANS L'ACTE DE FRAUDE À L'ASSURANCE

Il arrive, parfois, que ce complice soit un professionnel de l'automobile, par exemple un artisan ou un employé ou un intermédiaire d'assurance, voir un délinquant d'habitude.

Les artisans en question relèvent bien évidemment du secteur de l'automobile, carrosserie ou mécanique. Afin de complaire à leur client, ils se laissent parfois aller "gonfler" une facture ou à y faire figurer des réparations qui n'ont aucun rapport avec l'accident.

Le personnel des entreprises d'assurance, et spécialement, celui qui travaille dans un département sinistre, du fait qu'il possède une bonne connaissance des procédures, et peut donc éprouver la tentation de mettre à profit ce savoir en fabriquant de faux dossiers. Si une telle pratique, pleine de risques pour les intéressés, se révèle plutôt rare¹⁷, son existence n'en est pas moins avérée et retient fréquemment l'attention des responsables de l'unité.

¹⁴ <http://www.finances.ca.msn.com/assurances/fraude/assurance-un-probleme-a-la-hausse>

¹⁵ <http://www.assuralia.be/fileadmin/content/documents/publicaties/prevenir-la-fraude-a-l'assurance.pdf,p41>

¹⁶ <http://www.sas.com/offices/europe/france/magazine/2010q2/art1-stop-au-virus-de-la-fraude.html>

¹⁷ Jacques Charbonnier, L'assurance du risque automobile, contrôle et assurance, p188

En fait, notre assuré peut frauder seul comme il peut frauder avec la complicité d'autres personnes. En effet, on remarque que, dans quelques branches d'assurance, il est plus facile pour l'assuré d'avoir des complices pour frauder que dans d'autres.

C'est le cas par exemple de l'assurance maladie où certains médecins n'hésitent pas à prescrire des honoraires qu'ils n'ont pas réellement perçus ou à gonfler la facture d'un acte ou encore à diagnostiquer une maladie et prescrire au nom d'une autre personne autre que l'assuré.

Les intermédiaires d'assurance, dans l'exercice de leur profession, font généralement preuve d'une extrême probité. Mais on aperçoit parfois que tel agent général ou tel courtier d'assurance:

- accomplit un acte indélicat à la demande de son assuré, par exemple en antidatant une garantie "dommages accidents" de façon à faire passer le sinistre survenu au véhicule sans intervention d'un tiers;

- travaille pour son compte;

- crée, avec la complicité d'un expert, de faux dossiers de sinistre, ou en majorant les indemnités dues au titre de sinistres réels.

Maintenant, faut-il rappeler maintenant que le passage à l'acte est facilité par une opportunité de sinistre réel ou des motivations liées à l'assuré lui-même. De ce fait, il est nécessaire de cerner les différents indices et les motivations qui peuvent stimuler l'envie de frauder chez l'assuré.

SECTION 03: LES INDICES ET LES MOTIVATIONS DE L'ASSURÉ FRAUDEUR

Afin de bien comprendre la personnalité de notre assuré fraudeur, ainsi, que sa psychologie, il nous sera de grande utilité de chercher les motivations à l'origine de cet acte.

À cet effet, nous envisageons l'énoncé celles-ci sous deux angles distinctes à savoir les motivations directes et les motivations indirectes, mais on doit d'abord détecter les indices de fraude chez l'assuré.

1- LES INDICES DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

Il ne s'agit pas de voir dans tout assuré un fraudeur et d'instaurer un climat de suspicion généralisé. À l'inverse il convient de ne pas attendre que les circonstances et le hasard fassent éclater l'évidence d'une fraude.

Les indices de fraude peuvent être classés¹⁸ en indices relatifs au contrat d'assurance, indices relatifs à la situation de l'assuré et à sa responsabilité et en indices relatifs à l'attitude de l'assuré au moment ou après le sinistre.

1-1-Les indices relatifs au contrat d'assurance

- Le contrat d'assurance a été souscrit ou régularisé peu de temps avant le sinistre;
- Les capitaux assurés ont fait l'objet d'une augmentation peu de temps avant le sinistre;
- Le contrat a été modifié peu avant le sinistre pour y introduire de nouvelles garanties;
- La garantie ayant été suspendue pour non-paiement de prime, celle-ci a été acquittée peu avant le sinistre;
- Les capitaux garantis s'avèrent très supérieurs à la valeur avant.

1-2-Les indices relatifs à la situation de l'assuré et à sa responsabilité

- La situation financière de l'assuré ou de son entreprise est particulièrement critique;
- Il existe de graves désaccords ou situations de litige dans l'entourage de l'assuré (entre l'assuré et son conjoint, entre l'assuré et d'autres membres de sa famille ou des associés);
- La réputation de l'assuré est mauvaise;
- L'assuré a des antécédents en matière de sinistre (sinistres anormalement nombreux, sinistres dont le règlement avait déjà fait naître des soupçons, etc.);
- L'assuré a subi des condamnations pouvant faire douter de sa moralité (escroquerie ou tentative d'escroquerie, abus de confiance, usage de faux, trafics divers).

1-3-Les indices relatifs à l'attitude de l'assuré au moment ou après le sinistre

- L'assuré tente de dissimuler l'existence d'autres polices garantissant le même risque et souscrites auprès d'autres assureurs;
- L'assuré harcèle l'assureur pour obtenir une indemnisation rapide, laisse entendre qu'il est prêt à accepter indemnité inférieure aux dommages, si elle lui est servie immédiatement, multiplie les offres de transaction au moindre incident;
- L'assuré tente de faire pression sur l'assureur en allégeant des relations, la mauvaise publicité qu'il déclare pouvoir faire à l'assureur;
- L'assuré tente de dissimuler tout ou partie du sauvetage;
- L'assuré gonfle sa réclamation et son état des pertes, fait pression sur son expert pour que celui-ci majore les quantité et/ou les prix;
- L'assuré suggère des causes de sinistres peu vraisemblables;

¹⁸ Contrôle interne : concepts, réglementation; cartographie des risques; guide de l'audit de la fraude, p1155.

- L'assuré fait preuve de réticence pour communiquer les pièces qui lui sont demandées;
- L'assuré, à l'appui de sa réclamation présente des justificatifs faux ou falsifiés.
- L'assuré donne plusieurs versions successives et contradictoires et que rien ne peut expliquer des circonstances et des causes du sinistre;
- Une partie impliquée n'a pas déclaré le sinistre sous prétexte qu'elle n'a pas de dégâts ;
- Accident en droit après un récent accident en tort;
- Les dégâts ne correspondent pas au type de collision;
- Les parties sont de la même famille;
- Les parties habitent le même quartier;
- Le véhicule du responsable est un véhicule loué;
- Un des véhicules est muni d'une immatriculation temporaire ou immatriculé à l'étranger ;
- Le constat est trop net ou rempli par la même personne;

2- LES MOTIVATIONS DIRECTES DE L'ASSURÉ FRAUDEUR

Ces motivations touchent l'assuré directement que ce soit dans sa personne ou dans sa relation contractuelle avec son assureur. Elles influent directement sur ses actions.

2-1-Les motivations personnelles

Elles renvoient à des motifs exclusivement liés à la personne même de l'assuré et à ses volontés individuelles.

Elles comportent, premièrement, des motivations financières qui sont essentiellement à l'origine de plusieurs cas de fraude. En effet, plusieurs assurés cherchent à s'enrichir sans cause et ce, en se faisant payer une indemnité indue, et d'autres cherchent, par contre, à constituer un complément de leurs salaires surtout dans les assurances groupe maladie.

Mais, il y a aussi ceux qui souffrent d'une difficulté financière et qui trouvent dans la fraude à leurs assurances la solution à leurs problèmes.

Deuxièmement, on y trouve des motivations psychologiques liées à des problèmes familiaux et professionnels. Dans ce contexte, l'assuré cherche à tromper son assureur pour renforcer son sentiment de confiance en soi, de victoire et de revanche.

Ou encore l'envie de rendre un service à un ami, et ce, en assumant la responsabilité d'un accident.

L'assuré peut être, aussi, tenté par l'idée de fraude à son assurance en raison du goût du risque.

2-2-Les motivations contractuelles

Quand on évoque les motivations contractuelles, on peut parler des motivations qui naissent de la relation contractuelle entre l'assureur et son assuré.

On y décèle, donc, en premier lieu, le fait de récupérer les primes versées, dont le montant lui paraît trop élevé, soit de compenser la franchise contractuelle ou encore de récupérer son dû dans la mesure où il n'a pas été suffisamment indemnisé.

En deuxième lieu, l'envie d'échapper à une sanction, une exclusion ou une obligation contractuelle peut être une motivation de l'assuré pour frauder.

De plus, frauder son assureur peut être considéré comme le meilleur moyen de prévention contre un refus éventuel de l'assureur de couvrir un mauvais risque ou une exigence de prime supplémentaire.

2-3-Les motivations indirectes

Les motivations dites indirectes sont facteurs incitatifs qui poussent l'assuré à frauder, indépendamment de sa volonté et des ambiguïtés qui peuvent exister dans son contrat d'assurance.

2-3-1-La tolérance des compagnies d'assurance

Selon le code des assurances " Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ayant pour conséquence de fausser l'appréciation du risque de la part de l'assureur entraîne la nullité du contrat".

Donc, quand l'assureur prouve la mauvaise foi de son assuré, ce dernier est convaincu qu'il ne court pas plus que la nullité de son contrat. En effet, l'assuré est conscient du laxisme des compagnies d'assurance quant à l'exercice des actions judiciaires ou autres sanctions contre lui.

2-3-2-La tolérance du public

Les assureurs ont depuis tout temps eu une mauvaise image de marque. En effet, l'idée de profiteurs, arnaqueurs, voleurs, riches, ne cesse de se renforcer. Cette image de marque a renforcé l'entrée de la fraude dans les mœurs.

Certains individus perçoivent la fraude à l'assurance comme un crime sans victime. Ainsi, les recherches montrent qu'une forte proportion d'individus considère que certains types de fraude à l'assurance sont acceptables. Pour ce faire, "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"¹⁹.

La tolérance de la fraude à l'assurance dans l'opinion publique a contribué à l'aggravation de ce problème.

3-3-La complaisance des organismes d'application de la loi

Bien que la plupart des pays aient adopté des lois contre la fraude à l'assurance, on critique souvent leur laxisme quant aux sanctions à l'égard des assurés fraudeurs.

À titre comparatif dans la plupart des États américains, "les poursuites pour fraude à l'assurance ne présentent qu'un faible niveau de priorité pour les procureurs publics. Du point de vue des fraudeurs, le risque d'être accusé et d'écooper d'une peine de prison pour fraude à l'assurance est donc minime"²⁰.

Pour beaucoup d'assurés fraudeurs, la compagnie d'assurance est une entité impersonnelle que l'on peut bien soulager un peu de sa richesse. De ce fait, l'assuré est fermement convaincu de la légitimité de son acte et veut prendre son sort personnellement en main.

CONCLUSION DU TROISIÈME CHAPITRE

Afin d'aider le gestionnaire d'assurance à mieux détecter l'assuré fraudeur, nous avons procédé à l'analyse faite ci-dessus. En effet, nous avons essayé de créer un profil type à notre fraudeur ainsi que les indices et les motivations à la fraude.

Nous avons, aussi décelé d'autres caractéristiques de sa personne et d'autres détails de son comportement.

Par ailleurs, les auteurs du délit sont difficiles à identifier dans tous les cas de fraude, ceci montre bien qu'il n'y a pas de profil type du fraudeur. En effet, il n'y a pas de profil type de l'assuré fraudeur mais nous avons pu déceler des traits de caractère qui sont communs à la plupart des assurés fraudeurs. Ceci va être testé dans la partie empirique.

¹⁹ http://www.cgi.com/sites/files/white-papers/cgi_whpr_46_fraud_SIU_f_0.pdf

²⁰ http://www.cgi.com/sites/files/white-papers/cgi_whpr_46_fraud_SIU_f_0.pdf

DEUXIÈME PARTIE :

***LES MOYENS DE LUTTE
CONTRE LA FRAUDE À
L'ASSURANCE
AUTOMOBILE***

PREMIER CHAPITRE :

***LA POLITIQUE DE
PRÉVENTION ET DE LUTTE
CONTRE LA FRAUDE***

Pour prévenir et lutter contre la fraude, les assureurs font appel aux méthodes traditionnelles, auxquelles s'ajoutent désormais des moyens rendus possibles par l'évolution technique. Les méthodes traditionnelles sont essentiellement les mesures adoptées par chaque compagnie à titre individuel. Les nouveaux moyens se basent davantage sur une collaboration entre les compagnies, au niveau sectoriel.

Dans ce chapitre, il sera question d'aborder les expériences étrangères dans la lutte contre la fraude à l'assurance (cas de la France, USA, Canada.....), comme première section, tandis que la deuxième, traite la politique sectorielle de cette lutte en Algérie, enfin, la troisième section sera consacrée à la politique de la SAA dans ce domaine.

SECTION 1: LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Presque tous les pays développés mettent en œuvre des moyens pour prévenir la fraude en fonction de leur législation (en matière de protection de la vie privée, sanctions, etc.), des branches concernées et du degré de collaboration entre les assureurs, les pouvoirs publics.

Nous nous limitons ci-après à passer en revue les principales réalisations de quelques pays développés.

1- Le cas de la France

Pour lutter contre ce phénomène, les assureurs français consacrent chaque année 20 millions d'euros¹ au déploiement de moyens de lutte antifraude.

La France s'est dotée depuis 1989 d'une Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA), elle s'occupe d'enquêtes et d'échanges de données et s'emploie à entretenir la vigilance du secteur.

ALFA enregistre tous les cas douteux pour les soumettre à un examen plus approfondi. Elle dispose à cette fin d'une équipe de collaborateurs à temps plein, composée d'ingénieurs, de techniciens et de conseillers médicaux, les enquêtes sont confiées à des agents indépendants ayant une expérience professionnelle acquise auprès de la police judiciaire.

Grâce à ALFA, les assureurs français économisent 24 fois ce qu'ils dépensent pour leurs enquêtes: ainsi, en 1996, 25 millions de francs français ont été déboursés pour les enquêtes, ce qui a engendré une économie de 600 millions de francs français.

ALFA gère également un fichier de données d'identification de personnes impliquées dans des sinistres, à l'encontre desquelles il existe de sérieuses présomptions de fraude.

¹ http://www.ffsa.fr/sites/jcms/p1_916075/fr/la-fraude-phenomene-en-expansion?cc=fn_7334

Sur la base de son expérience, ALFA met constamment à jour sa liste des «clignotants» à l'usage des compagnies d'assurances. ALFA organise aussi des formations pour les assureurs, les magistrats, les experts judiciaires, la police, la gendarmerie.

2- Le cas du Royaume-Uni

Le Royaume-Uni a créé des fichiers permettant d'identifier des sinistres qui n'ont apparemment rien d'anormal lorsqu'ils ne sont déclarés qu'à un seul assureur, mais qui deviennent carrément suspects lorsque les informations reçues sont confrontées à des cas similaires enregistrés sur le fichier.

La pierre angulaire de la politique britannique de lutte contre la fraude est le fichier CUE (Claims underwriting exchange) qui enregistre les déclarations de sinistres et permet de savoir si l'assuré en a déjà introduit par le passé. Le fichier contient des données sur les assurances habitation (20 millions de dossiers enregistrés) et assurances auto (7 millions de dossiers) de 70% des assurés du marché britannique.

Cette politique a permis aux assureurs britanniques de réaliser une économie de quelque 25 millions² de livres sterling.

Les assureurs britanniques ont constaté que la publicité dont ce système a bénéficié, avait entraîné une réduction considérable du nombre de tentatives de fraudes.

Outre le CUE, la Grande-Bretagne a créé en 1995 le «Crime & Fraud Prevention Bureau», qui effectue un travail de coordination, aussi bien dans le secteur que dans le cadre des relations avec les autorités. Ses activités englobent l'échange d'informations, l'organisation de contacts entre assureurs et la formation dans le secteur.

Par ailleurs (l'ABI, l'Association des assureurs britanniques) a inscrit la lutte contre la fraude dans son plan d'action prioritaire. Plusieurs initiatives ont été lancées : création d'un département de police dédié à la lutte contre la fraude à l'assurance et financé par les assureurs eux-mêmes, constitution d'une base de données commune à tous les assureurs, etc.

² Article : prévenir la fraude à l'assurance

3-Le cas de la Belgique

Assuralia (l'Union professionnelle des entreprises d'assurances) a décidé de faire de la prévention et de la lutte contre la fraude à l'assurance un thème d'action prioritaire.

Elle a dès lors élaboré un programme en cinq³ points qui a jeté les bases pour la réalisation d'une série d'initiatives concrètes :

1. Sensibilisation des preneurs d'assurance et du public en général: le fait de donner un écho aux initiatives prises par les assureurs pour combattre la fraude a pour effet, non seulement de dissuader les fraudeurs (potentiels), mais aussi de renforcer l'image du secteur.

2. Étude et analyse: une fraude non élucidée incite les fraudeurs à recourir chaque fois à des procédés identiques ou similaires. C'est la raison pour laquelle l'union professionnelle s'efforce de mieux cerner les mécanismes de la fraude à l'assurance et de renforcer la collaboration entre les spécialistes en la matière au sein des entreprises d'assurances.

3. Formation: Une formation continue au niveau de chaque entreprise et au niveau sectoriel s'avère donc nécessaire pour pouvoir suivre les évolutions de la lutte antifraude.

4. Politique en matière de déclaration et de poursuites: en cas de fraude ou d'une tentative de fraude, l'assureur doit éviter que ces faits demeurent non sanctionnés. Outre le refus d'indemnisation et la reprise des personnes concernées dans un fichier, les instances judiciaires doivent être impliquées.

5. Coopération avec les autorités: lors du traitement de dossiers de sinistres, les assureurs ne disposent pas de toutes les informations concrètes qui existent parfois auprès des autorités (police ...). Ils se heurtent par ailleurs à des entraves légales qui empêchent que ces renseignements leur soient communiqués au moment opportun.

4-Le cas du Canada

Le phénomène de la fraude a incité le gouvernement canadien à présenter un projet de loi luttant contre lui⁴. Cette mesure vise à accélérer le processus de règlement des réclamations d'assurance litigieuses et à réduire les coûts de remorquage et d'entreposage des véhicules.

Le secteur d'assurance lutte cependant contre le problème. Ainsi, dans le cadre d'une enquête nommée « Project Whiplash », la police de Toronto a porté un total de 130 accusations résultant de collisions truquées.

³ Article : prévenir la fraude à l'assurance

⁴ <http://goodhandsadvice.ca/fr/advice/2012/les-crimes-d%E2%80%99assurance-coutent-plusieurs-milliards-de-dollars-aux-canadiens-chaque-annee/>

Plusieurs cliniques de physiothérapie à travers Toronto ont été impliquées dans cette escroquerie. Celles-ci ont subséquemment été reconnues coupables de faire partie d'un vaste réseau de fraude à l'assurance orchestrant des collisions truquées.

En effet, la McCowan Rehabilitation Clinic de Toronto a été reconnue coupable de formuler des énoncés faux ou trompeurs à un assureur automobile. L'organisation a été condamnée à l'amende maximale au moment de l'infraction, soit la somme de 100 000 \$ pour chaque chef d'accusation, en plus d'une ordonnance de dédommagement non négligeable.

Ainsi, une autre clinique a été ordonnée de payer une amende⁵ de 75 000 \$ après que ses dirigeants ont plaidé coupables de s'adonner à des actes trompeurs semblables.

Ces accusations sont le fruit d'enquêtes collaboratives menées par la division des services d'enquête du BAC, la Commission des services financiers de l'Ontario et les compagnies d'assurance.

5- Le cas des États-Unis

Aux États-Unis et en juillet 2012, les ministères américains de la justice et de la santé ont annoncé la création d'un partenariat public-privé pour lutter contre la fraude à l'assurance maladie, impliquant le gouvernement fédéral, les États et les compagnies d'assurance.

Les cas de suspicion de fraude font l'objet d'un examen détaillé par des spécialistes qui procèdent aux enquêtes nécessaires. À cet effet, les compagnies ont développé des instruments techniques statistiques d'indicateurs de fraude permettant de détecter la falsification de documents dans les dossiers des assurés.

Les bases de données informatiques, l'échange d'informations, le renseignement, la formation des enquêteurs, la sensibilisation des consommateurs et de l'opinion font partie de l'arsenal de lutte antifraude. Des agences de détectives spécialisées et des cabinets d'intelligence économique proposent leurs services d'investigation aux compagnies.

Par ailleurs, l'ampleur du phénomène a conduit à la mise en œuvre d'une véritable stratégie, par la création dans 43 États d'un service spécialisé dans la prévention et la répression de la fraude. Le Bureau Fédéral d'Investigation (FBI) et le Bureau de l'Inspection Général (BIG) ont chargé des centaines d'agents spéciaux de la lutte contre la fraude dans le système de l'assurance.

⁵<http://finances.ca.msn.com/assurances/1%E2%80%99ontario-lutte-contre-la-fraude-%C3%A0-1%E2%80%99assurance-automobile>

En 1993 a été créée la coalition contre la fraude à l'assurance, une organisation juridique et éducative rassemblant les représentants des consommateurs, des agences gouvernementales et des assureurs.

Les sanctions en cas de condamnation varient d'un État à l'autre , mais seront classées soit comme des délits ou crimes , selon la gravité de la fraude.

La plupart des condamnations pour fraude d'assurance automobile sont des délits et pour ce qui est appelée communément la fraude "soft"⁶, elle signifie généralement une certaine forme d'exagération sur la demande, ou un mensonge sur la demande d'assurance.

Une condamnation correctionnelle pour ce type de fraude d'assurance automobile peut entraîner une amende, la probation ou même une peine d'emprisonnement dans les cas extrêmes, bien que ce ne sera jamais pour plus de 5 ans . L'amende peut varier en fonction de la gravité de l'infraction, mais il ne va pas au-dessus de 15 000\$.

Pour l'exemple, devant l'augmentation des cas d'escroquerie à l'assurance constatée à la suite des cyclones de l'année 2004, l'État de Floride a considérablement durci sa juridiction antifraude.

Pour faire face à cette forme de criminalité, les autorités et les assureurs conjuguent leurs efforts en renforçant les dispositifs techniques et juridiques. L'activité antifraude est menée conjointement par les services de police et de douane de l'État et par les unités spéciales d'enquêtes des compagnies.

On va jusqu'à offrir des primes pour obtenir des informations sur les escroqueries à l'assurance, à l'instar de la recherche de criminels.

⁶ http://www.lepoint.fr/auto-addict/business/voitures-brulees-fraude-a-l-assurance-aussi-03-01-2013-1608130_649.php

SECTION 2 : LA POLITIQUE SECTORIELLE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Afin de combattre les auteurs de la fraude et tentative de fraude, la loi algérienne prévoit des sanctions à l'encontre de ces personnes, tant sur le plan pénal que civil.

Il n'existe pas de délit spécifique de la fraude à l'assurance dans la loi algérienne, par contre dans le code pénal algérien, la fraude est citée dans tous ses aspects. Elle est considérée comme une escroquerie, qui touche tous les domaines de l'activité d'une société.

1-Les sanctions civiles et pénales de la fraude ou tentative de fraude à l'assurance

Procéder sans le respect des règles de conclusion du contrat d'assurance, sera considéré aux yeux du législateur comme un comportement délictueux. Ce comportement dont la caractéristique essentielle est d'induire une personne, morale ou physique, en erreur afin d'obtenir d'elle un avantage pécuniaire.

La conclusion d'un contrat dans ce contexte rend ce dernier nul conformément à l'article 21 de l'ordonnance 95/07, donc ne produira pas seulement d'effet pour l'avenir mais il est censé n'avoir jamais existé.

La sanction prise par l'assureur envers l'assuré est la résiliation du contrat si l'assuré ne veut pas réajuster le contrat moyennant une prime complémentaire. Après sinistre, l'indemnité sera réduite dans la proportion des primes réglées.

Se situant dans le contexte de l'article 20 de l'ordonnance 95/07, la compagnie d'assurance est en mesure de récupérer les indemnités payées à l'assuré et réclamer la prime omise et en guise de réparation, une indemnité qui ne peut excéder 20% de cette prime.

1-1-les sanctions civiles de la fraude ou tentative de fraude a l'assurance

Conformément à l'article 21 de l'ordonnance 95-07 du 25 janvier 1995 modifiée et complétée par la loi 06-04, relative aux assurances: "Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ayant pour conséquence de fausser l'appréciation du risque de la part de l'assureur entraîne la nullité du contrat, sous réserve des dispositions prévues à l'article 75 de la présente ordonnance.

On entend par réticence, l'omission volontaire de la part de l'assuré de déclarer un fait de nature à modifier l'opinion que l'assureur se fait du risque".

À titre de dommages et intérêts, les primes payées demeurent acquises à l'assureur. À ce titre, l'assureur peut, en outre, réclamer à l'assuré le remboursement de l'indemnité déjà perçue.

Ainsi, lorsque l'élément intentionnel est établi, le contrat est nul, l'assuré perd tout droit à la garantie, et toutes les primes payées restent acquises à l'assureur. En cas de fausse déclaration non intentionnelle, et lorsque l'assuré est de bonne foi, sa déclaration erronée fausse l'opinion de l'assureur, déséquilibre son engagement vis-à-vis du risque qu'il a accepté et justifie une correction du contrat.

Cette correction diffère selon que l'inexactitude sera découverte avant ou après le sinistre:

- Avant le sinistre : l'assureur peut choisir entre deux actions possibles : Soit il accepte de maintenir le contrat à condition de l'adapter ainsi que la prime, et que cette adaptation soit acceptée par l'assuré. En revanche, en cas de refus de ce dernier, le contrat sera résilié. Soit, il décide de se séparer de son client s'il voit qu'il ne peut plus garantir le risque.

- Après le sinistre : la sanction appliquée dans cette situation est appelée "règle proportionnelle de capitaux". L'assureur fait supporter l'assuré une part proportionnelle des dommages. Autrement dit, la prime payée correspond à un certain risque, différent de la réalité. Cependant, l'assuré ne peut recevoir une indemnité complète puisqu'il n'a pas payé la prime adéquate.

1-2-Les sanctions pénales de la fraude ou tentative de fraude à l'assurance

À l'instar des autres formes d'escroquerie, la fraude à l'assurance est un délit réprimé par la loi suivant l'article 372 du code pénal, paragraphe 1^{er}, qui dispose: « Quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, se fait remettre ou délivrer, ou tente de se faire remettre ou délivrer des fonds, des meubles ou des obligations, dispositions, billets, promesses quittances ou décharges, et, par un de ces moyens, escroque ou tente d'escroquer la totalité ou une partie de la fortune d'autrui est puni d'un emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus, et d'une amende de 500 à 20.000 DA. »

Il n'existe pas de délit spécifique de la fraude à l'assurance dans la loi algérienne, par contre dans le code pénal algérien, la fraude est citée dans tous ses aspects. Elle est considérée comme une escroquerie, qui touche tous les domaines de l'activité d'une société.

Comme on peut le constater, ce délit (fraude ou tentative de fraude à l'assurance) n'est pas spécifique, il n'est pas répertorié par le législateur, il rentre dans le cadre général du délit d'escroquerie.

2-La création d'un organisme professionnel : L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA)

Le développement du phénomène de fraude et la professionnalisation des fraudeurs exigent de plus en plus de réactivité de la part des assureurs.

C'est ainsi que la SAA premier acteur touché par ce phénomène décida de créer, en 2000, une cellule chargée de la lutte contre la fraude à l'assurance.

Dans le cadre du programme MEDA, le groupe de travail chargé du volet assurance a proposé la création d'un centre commun de lutte contre la fraude.

À ce titre, une convention interentreprises fût signée entre la CAAR, CAAT et la SAA et cette dernière s'est vue chargée d'assurer une période de transition qui s'est étalée de 2004 à 2009.

L'objectif principal d'ALFA consiste à prévenir et lutter contre la fraude à l'assurance, elle a pour mission également de constituer une base de données des assurés auteurs de fraudes ou de tentatives de fraude, et d'apporter un service efficace à la profession et de coordonner les enquêtes avec les assureurs, pour tirer un maximum d'enseignements possibles de l'ensemble des enquêtes menées et finalisées.

Enfin, il est plus judicieux de recourir aux enquêteurs d'ALFA chaque fois qu'une société d'assurances juge opportun d'ouvrir une information sur un sinistre qui apparaît "douteux".

Il est indispensable que le dossier de sinistre soit géré rigoureusement de façon à pouvoir dissuader l'assuré de tout comportement frauduleux.

Il est vrai qu'une sensibilisation sur les techniques de fraude, les moyens de lutte et de prévention contribuent énormément à accroître la vigilance.

La lutte contre la fraude passe par la maîtrise de la prévention, la détection, la révélation ainsi que la sanction.

ALFA a pour vocation de protéger les assureurs et les assurés contre la fraude. À ce titre, elle s'inscrit dans une perspective d'intérêt général.

En assurance de dommages, ALFA effectue des enquêtes sur les vols et les accidents des véhicules. Elle dispose aussi d'une équipe d'ingénieurs spécialisés et d'une trentaine d'agents techniquement formés pour déterminer les causes d'incendies et pour détecter plus particulièrement ceux dont l'origine est humaine et volontaire.

SECTION 3: LA POLITIQUE DE LA SAA DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

Il s'agit principalement des procédures de souscription de contrats d'assurance automobile et de règlement de sinistres comme moyens de prévention et de lutte contre la fraude à l'assurance.

1-L'appréciation du risque

1-1- Les Documents à fournir par le souscripteur

Afin de prévenir tout comportement frauduleux, l'assureur, avant toute souscription d'un contrat d'assurance automobile, doit obligatoirement exiger du souscripteur les documents suivants:

- ✓ la carte grise du véhicule à assurer ou la carte jaune pour les nouvelles acquisitions;
- ✓ L'acte de vente dûment enregistré pour le véhicule qui a fait l'objet d'une cession au profit d'un nouvel acquéreur;
- ✓ le permis de conduire de l'assuré en cours de validité pour la catégorie du véhicule objet de la couverture ;
- ✓ le livret de l'assuré s'il s'agit d'un véhicule déjà assuré;
- ✓ Une pièce justificative dans le cas où le souscripteur bénéficie d'une réduction.

1-2- Les renseignements à fournir obligatoirement par le souscripteur

Le souscripteur d'un contrat d'assurance est tenu d'informer l'assureur sur:

- ✓ la valeur du véhicule ;
- ✓ les dommages antérieurs subis par le véhicule ;
- ✓ la nature et la valeur des équipements sonores ou multimédia ;
- ✓ l'usage et le genre du véhicule ;
- ✓ L'identité des éventuels conducteurs du véhicule, leurs âges et la date d'obtention de leurs permis de conduire.

1-3- L'établissement du Certificat de Visite du Risque

En sus des déclarations du souscripteur, l'assureur est tenu de constater les informations concernant le véhicule et de les confronter à celles contenues sur la carte grise il s'agit notamment de :

- ✓ La marque, le genre, le modèle, la couleur et l'année de mise en circulation du véhicule ;
- ✓ Le numéro d'immatriculation ;
- ✓ Le numéro du châssis.

L'assureur doit également :

- ✓ Constater l'existence des équipements sonores ou multimédia et leur marque;
- ✓ Relever les dégâts, éventuels apparents, antérieurs à la souscription;
- ✓ Constater l'existence des accessoires autres que les équipements multimédias fournis par le constructeur du véhicule, tels que le cric et la roue de secours indemnisables en cas de vol ;
- ✓ Constater l'état général du véhicule (bon, moyen ou mauvais) et relever tout autre élément permettant l'identification et l'appréciation du risque.

Lors de la constatation du véhicule, l'assureur doit remplir le Certificat de Visite du Risque « CVR⁷ » conçu à cet effet.

Ce document doit être, impérativement, daté, signé par l'agent SAA et contresigné par le chef d'agence ou son préposé nommément désigné.

Aucun contrat ne doit être établi sans présentation du véhicule. Et ce, quelles que soit les garanties à souscrire.

1-4- Établissement du contrat

Une fois le Certificat de Visite du Risque établi, après vérification du véhicule, l'assureur procède à l'établissement des conditions particulières et la quittance de règlement de la prime.

2- La gestion des sinistres automobile

En premier lieu, la victime doit déclarer l'accident dans un délai de 7 jours à la SAA qui tâchera de vérifier et de voir si l'assuré avait payé sa prime et enfin, on passera aux garanties souscrites par l'assuré, lesquelles permettant à l'assureur de voir si le sinistre fait l'objet d'une indemnisation ou pas.

⁷ Voir annexe

Avant d'aborder l'évaluation des dommages, examinons d'abord la portée de certaines pièces nécessaires à l'instruction du dossier sinistre et l'établissement de responsabilité.

Lorsqu'il y a accident de circulation, la loi exige qu'il soit établi un rapport par les autorités à travers un procès verbal de constat de la police ou la gendarmerie.

Le procès verbal (PV) est un document qui rend compte des circonstances de l'accident et dont les assureurs et les juges s'inspirent, les premiers pour l'estimation préliminaire du dommage, l'effectivité du sinistre et surtout la détermination du responsable du dommage en cause, et les seconds, pour rendre leur décision.

Le PV vient corroborer les déclarations faites par la partie intéressée du sinistre auprès de l'assureur. C'est à partir du PV que l'on apprécie l'attitude des antagonistes face aux principales règles de la circulation et à l'aide du barème de responsabilité, on détermine le degré de responsabilité de chacun.

L'expertise quant à elle, a pour but la détermination du coût de la réparation imputable à un accident. Elle diffère selon qu'il s'agit d'évaluer les préjudices matériels ou les préjudices corporels.

Comme le bon suivi du dossier sinistre dépend essentiellement du contenu de la déclaration. Cette dernière doit donc être aussi complète que possible et comportée tous les renseignements nécessaires à l'appréciation du sinistre.

Après avoir procédé à la vérification des renseignements figurant sur la déclaration ainsi que le contrôle des garanties (qui permet de se prononcer sur la prise en charge ou le rejet du sinistre) vient l'opération d'ouverture du dossier et de son enregistrement.

En cas de sinistre, l'assuré est tenu de fournir tous les documents demandés par l'assureur:

- La police d'assurance;
- L'avis de recette;
- Le certificat de visite;
- La déclaration de sinistre;
- Le rapport d'expertise;
- Les photos.

En cas de vol, le délai de déclaration du sinistre(vol du véhicule) est réduit à trois jours.

En plus des pièces ci-dessus, les pièces justificatives sont :

- Dépôt de plainte;
- Attestation de recherche;
- La carte grise "originale";
- Opposition de délivrance de la duplicata de la carte grise;
- Les clés.

Après l'enregistrement du sinistre la compagnie d'assurance passe à l'ouverture du dossier sinistre.

L'instruction du dossier comprend l'assemblage des pièces nécessaires à la vérification de la garantie, la détermination du degré de responsabilité civile et l'expertise et le procès verbal.

Le procès verbal des constats d'accidents fournit généralement des informations sur les éléments suivants :

- ✓ La date, l'heure et le lieu de l'accident;
- ✓ Ses circonstances;
- ✓ Les noms des victimes et la nature de leurs préjudices corporels (blessures, décès);
- ✓ La description du véhicule ou des véhicules mis en cause dans l'accident, la nature de leurs dommages;
- ✓ Les déclarations des témoins.

La présence du permis de conduire est exigée pour le traitement du dossier sinistre en raison des accidents survenant alors que le conducteur n'est pas titulaire du permis. De même l'assureur vérifiera le véhicule impliqué dans le sinistre d'autant plus qu'il y a plusieurs catégories de permis.

3- La collaboration avec ALFA

Lors du traitement d'un dossier sinistre, il arrive qu'il contient des indices de fraude ou bien l'agent doute de sa matérialité, alors il sera envoyé vers ALFA afin qu'il fera l'objet d'une enquête approfondie pour, ainsi, apporter des preuves tangibles sur l'acte de fraude, donc la SAA travaille en partenariat avec ALFA dans sa politique de lutte contre la fraude à l'assurance.

En effet, à partir du moment où le gestionnaire sinistre émet des réserves quant à la matérialité du dossier, celui-ci doit être instantanément transmis vers ALFA qui procèdera à une seconde étude du dossier et diligenter une enquête.

À partir des conclusions rendues par les enquêteurs d'ALFA, le correspondant propose ou décide et informe les gestionnaires sur les suites à donner.

Grphe 02: Transmission des dossiers vers alfa

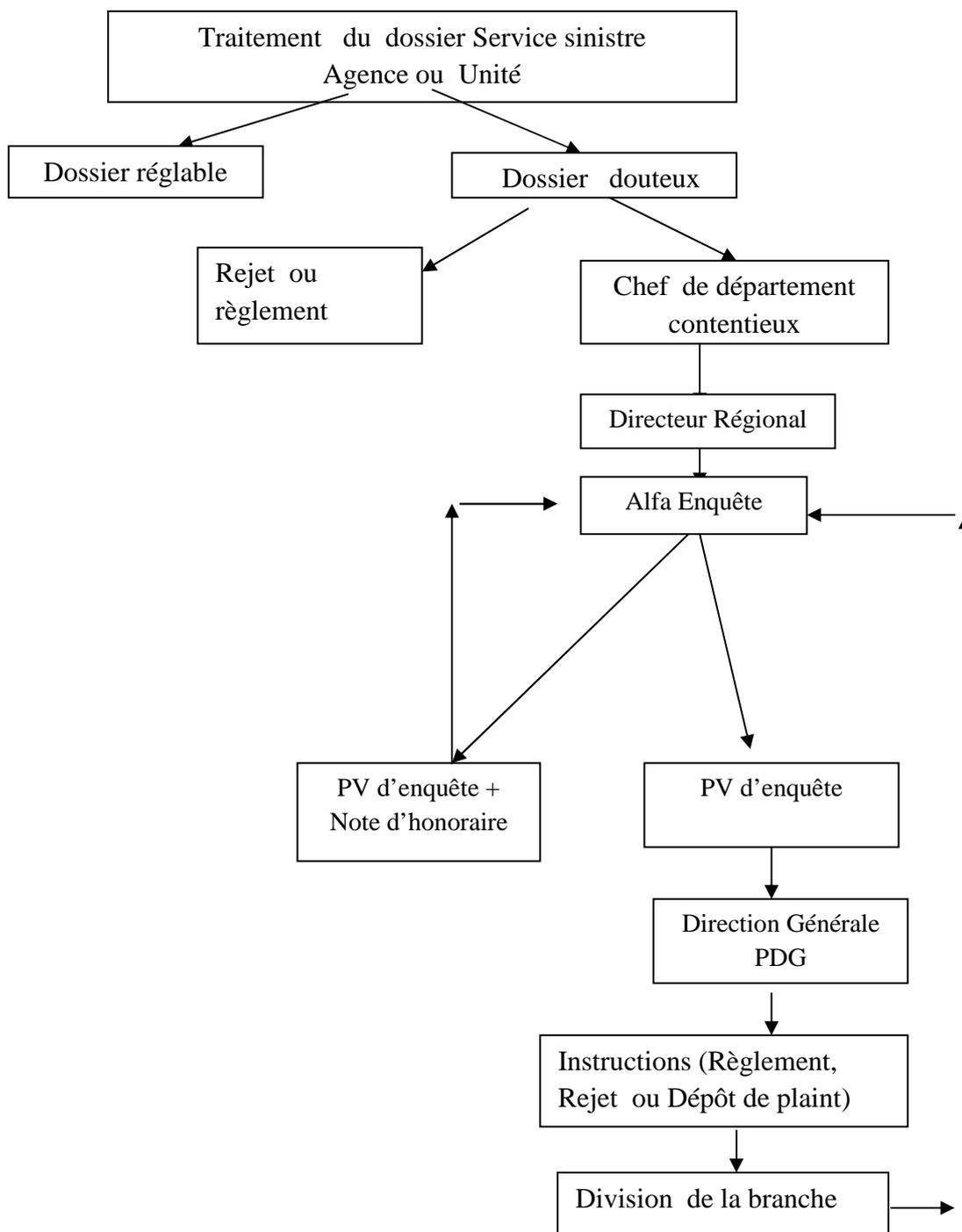


Tableau N°3 : Dossiers douteux de la SAA traités par ALFA

Année	Dossiers matérialisés	Dossiers frauduleux	Total	Taux de détection
2010	1	13	14	93%
2011	18	70	88	80%
2012	38	61	99	62%
2013	90	119	209	57%
Total	147	263	410	64%

De ce tableau, il ressort que ALFA arrive à un taux général de détection assez réconfortant vu qu'il dépasse les 64%, donc ALFA a permis à la SAA de dénicher un total de 263 cas de fraude sur 410 dossiers transmis entre la période allant de janvier 2010 à décembre 2013.

CONCLUSION DU CHAPITRE 01

Les initiatives adoptées à la SAA s'inscrivent dans le cadre d'une politique générale contre la fraude à l'assurance. C'est assez dire que, tout comme la SAA, la plupart des compagnies en Algérie ont adopté des mesures similaires en fonction de leurs particularités stratégiques et fonctionnelles.

Les compagnies mettent leurs efforts en œuvre pour empêcher que les fraudeurs ne prennent de l'avance en parvenant à mettre sur pied un réseau couvrant tout le marché. C'est pourquoi qu'elles ont créé ALFA "Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance" pour prévenir et lutter contre la fraude. Ainsi, cette agence sera le sujet de notre prochain chapitre.

DEUXIÈME CHAPITRE :

LE RÔLE DE L'AGENCE "ALFA" DANS LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les compagnies d'assurance sont engagées, depuis des années à combattre les auteurs de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance. À ce titre, il a été procédé à la signature d'une convention avec ALFA dont l'objectif est de préserver leurs intérêts et ceux des assurés.

La finalité de cette démarche consiste aussi à dissuader les éventuels fraudeurs, auteurs d'opérations illégales, soit au moment de la souscription des contrats d'assurance, soit lors de la déclaration de sinistres.

Ainsi, dans le souci d'apporter plus de clarté, ce chapitre sera décomposé en trois sections à savoir; le statut de l'agence de lutte contre la fraude à l'assurance "ALFA" comme première section, en deuxième section vient la politique d'intervention et instruments de travail de l'agence ALFA, et enfin la troisième section traitera l'impact de l'agence alfa sur la politique de lutte contre la fraude à l'assurance.

SECTION 1 : STATUT DE L'AGENCE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE "ALFA"

Créée en mars 2007 sous forme de société par actions en partenariat entre la CAAR, CAAT et SAA, la SPA ALFA n'a démarré son activité qu'en juin 2009 en raison de l'existence de plusieurs contraintes freinant son démarrage.

Son capital social est de 50 MDA, divisé en 1300 actions, souscrites dans les proportions suivantes:

- 442 actions par la " SAA", soit 34% du capital social ;
- 429 actions par la "CAAR", soit 33% du capital social ;
- 429 actions par la "CAAT", soit 33% du capital social.

ALFA offre des prestations de service dans le domaine de la lutte, la détection et la prévention contre la fraude à l'assurance toutes branches confondues.

À ce titre, ses principaux axes d'intervention s'articulent sur les points suivants :

- Lutter contre toutes les formes de fraude à l'assurance ;
- Mettre au service des sociétés tous les mécanismes et outils permettant de prévenir et de lutter contre le risque de fraude ;
- Réaliser des études techniques et des analyses scientifiques concernant le phénomène de la fraude à l'assurance et son évolution;
- Promouvoir, au niveau de société d'assurance, une politique de prévention contre la fraude ;

1-L'organisation de la SPA ALFA

ALFA dispose de trois délégations « Est », « Ouest » et « Centre », la société est administrée par un conseil d'Administration composé de 03 membres¹:

1-1-La Direction Générale : en haut de la hiérarchie, le directeur général s'appuie sur deux structures centrales pour mener à bien le management de l'entreprise et atteindre les objectifs qui lui sont fixés. Les structures fonctionnelles assurées par :

1-2-La structure technique : elle est chargée directement ou indirectement de la réalisation du chiffre d'affaires, elle a pour mission également d'apporter l'assistance nécessaire aux délégations régionales et de tenir un fichier central des fraudeurs.

1-3-La structure administrative et financière : elle est chargée de la gestion financière et comptable au niveau central et régional, et de l'administration générale de l'entreprise.

1-4-Les structures opérationnelles: en contact direct avec les enquêteurs, leurs rôles consistent à veiller au bon déroulement des enquêtes.

2- Les enjeux de la création ALFA

En l'absence des études statistiques fiables, certains acteurs du secteur ont estimé, en 2005, que la fraude à l'assurance représentait chaque année l'équivalent de 7% des indemnisations.

En 2012, lors d'une conférence de presse donnée par les patrons des compagnies d'assurance, la fraude a été estimée à 20% .

Les enjeux financiers sont importants mais il est indispensable de prendre en compte en considération le risque d'altération de la relation commerciale

La manière dont la lutte contre la fraude est mise en œuvre au quotidien influe sur l'image de marque des assureurs auprès de leurs clients-assurés toujours présumés de bonne foi.

La rapidité dans la détection est source de satisfaction pour les clients honnêtes. Il est donc nécessaire d'observer une rigueur technique et déontologique absolue dans la détection et le traitement des dossiers douteux.

¹ Séminaire sur la prévention et la lutte contre la fraude à l'assurance en Algérie

SECTION 2 : LA POLITIQUE D'INTERVENTION ET INSTRUMENTS DE TRAVAIL

Les initiatives prises par ALFA permettent le partage d'informations entre les différents acteurs de l'assurance facilitant, ainsi, la détection de la fraude.

Mais l'avenir passera certainement par un système d'information de détection commune entre l'ensemble des acteurs de l'assurance, à condition, bien entendu, que chacun joue le jeu et mettent à disposition ses données.

1-Les moyens de lutte contre la fraude à la disposition d'ALFA

Moyens actuels : Une équipe pluridisciplinaire et des enquêteurs qualifiés.

Perspectives : Un site internet dont une partie sera destinée au public et une plateforme dédiée aux compagnies d'assurances.²

Avec peu de moyens et sans statut professionnel, l'agence de lutte contre la fraude continue sa mission malgré toutes les difficultés rencontrées sur le terrain, notamment la sécurité des enquêteurs pendant leurs enquêtes et l'absence d'informations dans certains dossiers.

Une agence comme "ALFA" devrait être encouragée par les autorités publiques en matière de travail, et de sécurité, d'une part, et d'autre part faciliter les tâches des enquêteurs sur un terrain plein de gens malhonnêtes et des assurés de mauvaise foi.

À signaler que la SPA ALFA procède à des enquêtes dans toutes les branches d'assurance, en automobile, en risques divers, et autres...et avec les différentes compagnies d'assurance existantes sur le marché algérien.

2-L'exploitation des rapports d'enquête d'ALFA

L'exploitation des rapports d'enquête d'ALFA s'effectue sur deux étapes différentes et complémentaires en même temps:

2-1-La première étape

Elle se fait au niveau de la structure ALFA par le chef de délégation régionale responsable de la structure.

Lesdits rapports d'enquête devront être établis et arrêtés par les enquêteurs chargés par les chefs de délégations, et ce sous les conditions ci-après :

- Les rapports d'enquête doivent obéir aux normes appliquées en la matière notamment en ce qui concerne les termes utilisés qui ne doivent en aucun cas

² Séminaire sur la prévention et la lutte contre la fraude à l'assurance en Algérie

être familiers ou non professionnels.

- Le sens de la rationalité et des valeurs morales (honnêteté, professionnalisme, impartialité, respect de la dignité des personnes concernées...etc.) doivent être observés par l'ensemble des employés et des prestataires.
- Les employés ainsi que les prestataires d'ALFA ne sont pas partie prenante dans les affaires confiées pour enquête.
- Il est strictement interdit de confier un dossier à un enquêteur, si celui-ci a un rapport direct ou indirect avec l'affaire en cause et/ou un lien quelconque avec les concernés par ladite affaire, à ce titre, l'ensemble des employés ainsi que les enquêteurs doivent obligatoirement se conformer aux conditions de neutralité, d'équité et du professionnalisme, représentant les valeurs de la conscience professionnelle.
- L'activité doit être exercée dans la limite de l'objet social de la société, sans aucun dépassement des prérogatives.

À la fin de l'enquête, les conclusions doivent aboutir sur l'un des statuts suivants³:

2-1-1- Le cas du dossier régulier: concerne le cas d'absence de confirmation d'une tentative de fraude, alors le chef de la délégation régionale décide soit de:

- ✓ Avaliser le rapport d'enquête;
- ✓ Instruire l'enquêteur à l'effet de procéder à un complément d'enquête;
- ✓ Confier l'affaire à un autre enquêteur pour insuffisance de résultat, après information du directeur technique.

Dans ce cas, le chef de la délégation régionale doit signifier le rejet de l'enquête à l'enquêteur initial.

2-1-2- Le cas du dossier irrégulier (frauduleux) :

Le Chef de la Délégation régionale décide soit de :

- ✓ Avaliser le rapport d'enquête;
- ✓ Approfondir davantage l'enquête et apporter plus de moyens de preuve.

2-1-3- Le cas de carence (Absence de moyens de preuve ou insuffisance) :

Le chef de la délégation régionale décide soit de :

- ✓ Conclure l'affaire en un cas de carence;
- ✓ Demander un complément d'enquête ;

³ Procédures de gestion technique des dossiers soumis pour enquêtes - ALFA

- ✓ Désigner un nouvel enquêteur pour une seconde enquête, après information du directeur technique. Dans ce cas, les frais engagés par l'enquêteur initial ne lui seront payés qu'à la fin de la 2ème enquête.

À la fin de l'enquête, la date de restitution du dossier est mentionnée sur l'ordre de service.

Par ailleurs durant toutes les phases de l'enquête, le chef de la délégation régionale doit Porter à l'enquêteur son étroite collaboration et son assistance sur le plan technique.

Le chef de la délégation régionale doit suivre avec attention le déroulement de l'enquête et s'inquiéter sur l'état d'avancement de celle-ci en tenant compte des délais d'exécution.

2-1-4- Le cas d'un désistement: La renonciation de l'assuré à l'indemnisation met fin à l'enquête. Le dossier est par conséquent aussitôt clôturé.

À ce titre, il est important de distinguer entre l'acte de fraude et le désistement. Le second ne confirme pas forcément dans tous les cas le premier; d'où l'obligation de classer ce cas sous un statut spécifique.

2-2-La deuxième étape

Elle se fait au niveau de la compagnie d'assurance qui a demandé l'enquête (direction de l'automobile).

Une fois l'enquête réalisée, l'entier rapport accompagné d'une synthèse est transmis à la direction régionale concernée. Dès la réception du rapport d'enquête, le département concerné doit :

- Enregistrer le rapport sur le registre des affaires transmises pour enquête ;
- Faire copie du rapport d'enquête et de la synthèse et les transmettre à la division concernée dans un délai ne pouvant excéder trois (03) jours de la date de réception dudit rapport ;
- Exploiter les synthèses et les rapports d'enquête pour statuer sur la qualité du travail effectué par l'enquêteur (voir si toutes les pistes ont été exploitées par l'enquêteur, qu'il n'y a pas de contradictions notamment entre le rapport et la synthèse,).

De l'étude des rapports, quatre situations peuvent se présenter ⁴:

2-2-1- La situation 1

L'enquête ayant abouti à un sinistre matérialisé, donc le dossier est remis en gestion avec instruction de procéder au règlement sans délai.

2-2-2- La situation 2

L'enquête ayant abouti à une tentative de fraude avec des preuves rapportées par l'enquêteur :

- ✓ Le chef département doit notifier le rejet à l'assuré et d'en informer l'agence concernée et la partie adverse par lettre recommandée avec accusé de réception et transmettre une copie de l'instruction à la division automobile ;
- ✓ Donner instruction à l'agence concernée à l'effet de procéder à la résiliation sans ristourne des contrats d'assurance des mis en cause et de clôturer définitivement le dossier ;
- ✓ Oblitérer toutes les pièces originales constituantes du dossier par un cachet humide portant mention "dossier frauduleux";
- ✓ Se concerter avec le responsable du contentieux sur l'éventualité d'assigner les mis en cause et d'en informer les autorités judiciaires compétentes ;
- ✓ Archiver le dossier au niveau du département de la direction régionale.

2-2-3- La situation 3

L'enquête ayant abouti à une tentative de fraude sans qu'il y ait de preuves rapportées par l'enquêteur.

- ✓ Le chef département concerné doit réexaminer l'entier dossier et le rapport d'enquête pour vérifier que l'enquêteur n'a omis aucune piste pouvant aboutir à des preuves tangibles ;
- ✓ Notifier le rejet à l'assuré et d'en informer l'agence concernée et la partie adverse par lettre recommandée avec accusé de réception et transmettre une copie de l'instruction à la division automobile ;
- ✓ Donner instruction à l'agence concernée à l'effet de procéder à la résiliation sans ristourne des contrats d'assurance des mis en cause et de clôturer définitivement le dossier ;

⁴ La fraude dans le domaine de l'assurance automobile – ARBANE Hamza

- ✓ Oblitérer toutes les pièces originales constituant le dossier par un cachet humide portant mention "dossier frauduleux";
- ✓ Archiver le dossier au niveau du département de la direction régionale.

2-2-4- La situation 4

L'enquête infructueuse où l'enquêteur n'a pas pu accomplir sa mission.

- ✓ Le chef département doit réexaminer l'entier dossier pour statuer sur son sort et tenir informé l'agence gestionnaire.

3-Les services offerts par ALFA

3-1-L'enquêtes classiques "E-C"

Il s'agit d'investigations menées par des enquêteurs conventionnés (ex-chefs de brigades ou commissaires de police) dont l'expertise est avérée dans le domaine de la recherche et de la lutte contre la fraude et le blanchiment d'argent.

Souvent, il s'agit de vérifier les circonstances des sinistres déclarés susceptibles d'engager la garantie de l'assureur.

3-2- La recherche des véhicules volés "R.V.V" "Nouveau"

Il s'agit d'une offre de service dont l'objet est la recherche des véhicules déclarés volés au niveau des sociétés d'assurance. Ces recherches sont effectuées par les enquêteurs d'ALFA pour localiser l'emplacement des véhicules (fourrières, épavistes, garagistes, chez l'assuré, au niveau des services de sécurité ou chez un tiers). Ainsi, ALFA assiste les compagnies d'assurance pour récupérer ces véhicules.

3-3- Le fichier central des fraudeurs "F.C.F" "Nouveau"

C'est une base de données, constamment actualisée, mise à la disposition des sociétés d'assurance adhérentes. Elle regroupe les éléments d'identification de personnes impliquées dans des affaires de fraude à l'assurance.

3-4- Le fichier central sinistre "plate forme" "Nouveau"

Cette plate-forme constituera un partage d'information entre les compagnies adhérentes, dont l'objectif est de repérer les cas de multiplicités de déclarations et de connaître aussi l'historique du véhicule.

3-5-L'audit de prévention contre la fraude "A.P.F" "Nouveau"

Il s'agit de missions d'enquête menées au niveau de sociétés d'assurance pour évaluer le risque d'exposition à la fraude et le degré de fiabilité des procédures de souscription et de gestion des sinistres mises en place par les compagnies.

4-Les perspectives de ALFA

- Un site internet dont une partie sera destinée au public et une autre aux compagnies d'assurances;
- Mise en place d'un module de messagerie pour la transmission numérique des dossiers;
- Mise en place d'un outil d'aide à la détection des indices de fraude;
- Mise en place d'une application de saisie des P.V d'autorité.

Ainsi, ALFA compte mettre en œuvre les actions suivantes, afin d'améliorer son efficacité dans sa lutte antifraude:

4-1-Sur le plan interne

- ✓ Formation du personnel concerné;
- ✓ Organisation stricte et séparation des tâches:
 - Contrôle rigoureux et régulier de la gestion (production/sinistre), notamment du respect des procédures;
 - Enquête minutieuse pour les dossiers présentant certaines irrégularités ou absence d'éléments d'appréciation;
 - Établissement d'un fichier des assurés fraudeurs régulièrement mis à jour et communiqué à l'ensemble des structures gestionnaires;
 - Les cas de fraude dûment prouvés doivent être recensés et considérés comme d'autres indices de détection;
 - Adaptation de l'outil informatique: le recoupement des informations doit aboutir à la mise en évidence des dossiers douteux;
 - Usage systématique des voies de recours(amicales ou judiciaires) pour dissuader toute tentative de fraude;
 - En automobile, envisager les réparations auprès d'ateliers étatiques ou création d'une filiale commune.

4-2- Sur le plan externe

- ✓ Coordination de la lutte contre la fraude avec toutes les compagnies d'assurance (publiques et privées);
- ✓ Création d'un fichier national;
- ✓ Information et formation des experts.

**SECTION 3: L'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE D'ALFA ET
SON IMPACT SUR LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE À
L'ASSURANCE**

1-L'évaluation des performances d'ALFA

ALFA veille depuis sa création à combattre, à la fois, la fraude et tentative de fraude et ce, sur tous les niveaux et dans tous les compartiments, un combat qui à donner des résultats positifs qui se résumant par le nombre de dossiers traités frauduleux notamment dans la branche automobile d'un côté, et les sommes importantes récupérées après détection de la fraude, d'un autre côté.

À cet effet , une brève analyse des performances réalisées par ALFA doit être illustrée pour quelques exercices d'activité, tout en faisant allusion aux différents rapports d'enquête établis à l'issue de chaque enquête.

La situation d'activité d'ALFA pendant les exercices précédents est un critère d'évaluation des performances de cette structure, du moment que les chiffres enregistrés durant des années données d'activité reflètent les résultats obtenus par ALFA.

Lesdits chiffres représentant tout un travail effectué par les différents intervenants dans l'opération de lutte contre la fraude.

À ce titre, un exposé de quelques chiffres de la situation d'activité d'ALFA pour quelques exercices à titre d'exemple, et ce par délégation régionale (exercice 2010) par différentes garanties (exercice 2010), et par compagnies d'assurance (exercice 2012 et 2013)⁵.

⁵ Séminaire sur la prévention et la lutte contre la fraude à l'assurance en Algérie

CHAPITRE 02: LE RÔLE DE L'AGENCE "ALFA" DANS LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

2014

Tableau N°4: La SPA ALF Assurance en quelques chiffres pour l'exercice 2010 par délégation régionale

Délégations	Dossiers reçus		Dossiers Finalisés			
			Frauduleux		Non Frauduleux	
	Nbre	V. en risque	Nbre	V. en risque	Nbre	V. en risque
Centre	138	123 521	52	34 409	15	10 109
Est	97	44 110	29	11 399	31	10 200
Ouest	86	42 360	23	17 733	33	11 061
Total	321	209 991	104	63 541	79	31 370

Délégations	Total		Dossiers en cours		Production en KDA
	Nbre	V. en risque	Nbre	V. en risque	
Centre	67	44 518	71	74 478	2 016
Est	60	21 599	37	22 511	949
Ouest	56	28 794	30	13 566	1 142
Total	183	94 911	138	110 555	4 107

Le tableau ci-dessus indique que la spa ALFA à reçu pendant l'année 2010 des trois délégations régionales, un total de 321 dossiers sinistres transmis pour enquête sur la matérialité, dont 183 dossiers ont fait l'objet d'enquêtes et 138 dossiers en cours d'enquête.

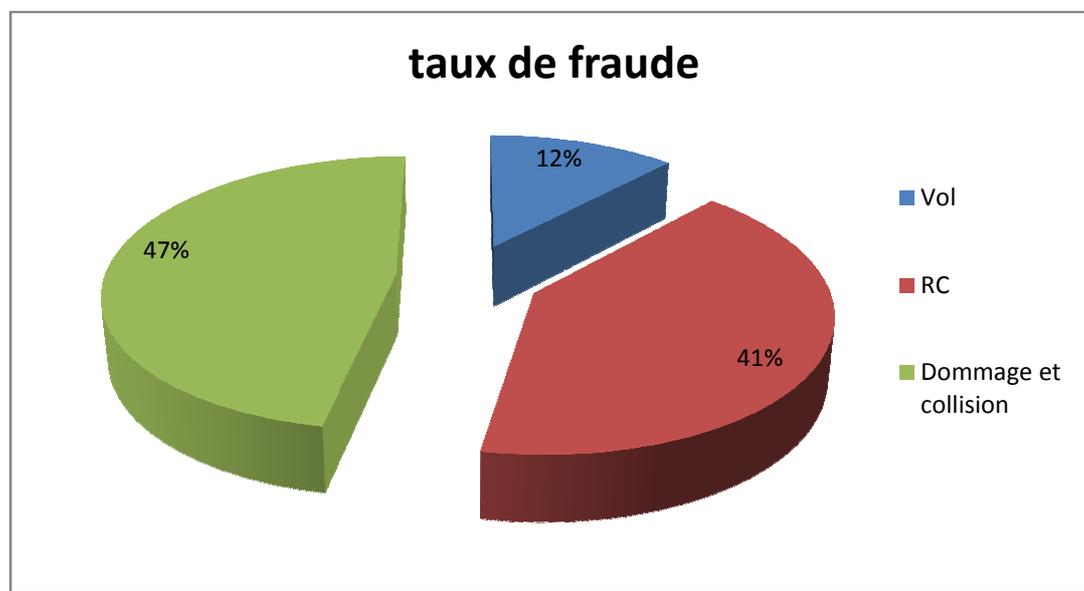
Le tableau en question fait ressortir que 104 dossiers parmi les 183 dossiers finalisés sont frauduleux, dont la valeur totale de ces dossiers s'élève à 63 541 000,00DA, et le reste c'est-à-dire les 79 dossiers ont été matérialisés.

Lesdits chiffres montrent clairement que le taux de la fraude représente plus de 57% des dossiers confiés à la structure ALFA pour enquête durant l'exercice 2010, sans compter les autres dossiers sinistres qui n'étaient pas encore finalisées et clôturés, et qui parmi eux, il y aurait des dossiers frauduleux.

Par ailleurs, les statistiques arrêtées dans ce tableau reflètent l'ampleur de la fraude sur l'équilibre financier des compagnies d'assurances dans le cadre du règlement des sinistres.

Aussi, il y a lieu de signaler que la grande partie des dossiers transmis pour enquête concerne la délégation régionale d'ALFA centre, et le taux de fraude enregistré sur l'ensemble des dossiers traités par cette délégation représente les 50%, le reste est partagé entre les deux autres délégations Est et Ouest.

Graphe N°3: Le taux de fraudes par garantie pour l'exercice 2010



Le présent graphe montre le taux de fraude enregistré durant l'exercice 2010, relatif aux différentes garanties confondues, notamment la responsabilité civile automobile, la garantie dommages directe automobile, et le vol automobile.

Le graphe fait ressortir que la fraude frappe très fort dans la garantie dommage avec un taux de 47 %, suivi de la fraude en matière de la RC qui demeure toujours une garantie qui rend la branche automobile déficitaire , et ce avec un taux qui avoisine les 41 %.

La garantie « vol » est classé troisième en matière de fraude à l'assurance automobile avec un taux qui ne dépasse pas les 12 %.

Néanmoins, ces chiffres ont été arrêtés pendant l'année 2010 , or les dernières années (2011,2012,2013) démontrent que le taux de fraude en assurance vol automobile est monté en flèche suite à l'apparition du phénomène de banditisme sur tout le territoire national d'une part , et d'autre part, en raison du manque de présence des services de l'ordre dans quelques régions du pays.

2-L'activité du 01 Janvier 2013 au 31 Décembre 2013

Tableau N°5: La production de ALFA en 2013

COMPAGNIE	DOSSIER EN STOCK 31/12/2012		DOSSIER RECU du 01/01/2013 au 31/12/2013		Dossiers Fraudes	
	NBR	V. Risque	NBR	V. Risque	NBR	V. Risque
SAA	119	54 471 437,12	166	170 882 129,18	123	99 803 755,44
CAAT	22	20 242 056,30	17	42 456 860,23	17	45 453 155,01
CAAR	33	297 570 066,79	23	39 361 462,72	21	17 909 229,00
CASH	-	-	1	885 000,00	-	-
SALAMA	3	2 015 000,00	6	4 186 298,42	4	2 496 850,34
ALLIANCE	12	8 460 723,11	9	7 873 706,86	13	11 793 813,01
GAM	24	11 236 688,14	33	23 994 753,87	30	24 927 798,49
TRUST	5	4 597 663,81	8	12 211 012,52	8	11 631 887,32
RAYANE	1	450 000,00	-	-	-	-
AXA	-	-	2	2 789 952,39	1	39 479,00
TOTAL	219	399 043 635,27	265	304 641 176,19	217	214 055 967,61

Le tableau ci-dessus indique la production de ALFA centre pendant l'année 2013, et ce par compagnie d'assurance à savoir la SAA, CAAT, CAAR, CASH, SALAMA, Alliance, GAM, Trust, RAYANE, et AXA.

En effet, la délégation centre avait en sa possession un nombre total de dossiers sinistres transmis pour enquête qui avoisine les 484 dossiers dont 219 dossiers du stock au 31/12/2012 et 265 dossiers reçus au cours de l'année 2013, émanant des différentes compagnies d'assurances.

Parmi les 484 dossiers, 403 dossiers ont été traités par ALFA et 81 dossiers en cours, alors que parmi les 403 dossiers finalisés, il y a eu 217 dossiers frauduleux, c'est-à-dire un taux de fraude dépassant les 44%, sans compter les dossiers en cours (81 dossiers) qui peuvent certainement ressortir des dossiers frauduleux en plus.

Par ailleurs le tableau montre que la SAA représente toujours le nombre de dossiers le plus important par rapport aux autres compagnies, et ce, avec un nombre total de 285 dossiers, dont 119 dossiers du stock au 31/12/2012 et 166 dossiers reçus en 2013, du nombre total qui est de 484 dossiers c'est-à-dire un taux qui dépasse les 58%.

En matière de fraude la SPA ALFA a enregistré 123 dossiers frauduleux parmi les 285 dossiers présentés par la SAA pour enquêtes, ce qui fait que le taux de fraude est de 43,15%.

D'autre part, le tableau en question montre en termes de valeurs que les 484 dossiers existant au niveau d'ALFA Centre durant l'année 2013 représentent une valeur de 703.684.811,46 DA, dont 399.043.635,27 DA stock au 31/12/2012 et 304.641.176,19 DA reçus en 2013.

De sa part, la SAA reste toujours leader même dans le cadre de la fraude étant donné que la valeur des dossiers frauduleux s'élève à 99.803.755,44 DA de la valeur totale des dossiers frauduleux des compagnies d'assurance qui ont confié leurs dossiers à ALFA, et ce qui donne un taux de fraude de 46,62%.

Pour ce qui est de son impact financier, par nature, les assureurs, ne communiquant pas sur leur taux de fraude mais il serait compris, selon certaines sources⁶, entre 2% et 3% en garantie dommage et en responsabilité civile.

⁶ BOUTAGHANE YOUCEF, la fraude à l'assurance en Algérie, p61

CONCLUSION DU CHAPITRE 02

Dans la pratique des assurances automobiles, les rapports d'enquête d'ALFA sont considérés comme un moyen parmi d'autres moyens d'appréciation d'un dossier sinistre quelle que soit sa nature. Autrement dit, un rapport d'enquête n'est qu'un simple document versé au dossier, dont le gestionnaire sinistre doit l'exploiter comme tout autre document.

Dans ce contexte, il faut signaler que les rapports d'enquête d'ALFA n'ont pas une force juridique comme un rapport d'enquête des autorités, tel que le PV de gendarmerie, PV de police, et le PV de la protection civile.

À ce titre, le juge ne les prend pas en considération comme un moyen de preuve de matérialité, mais il le tient en compte comme un moyen d'appréciation ou d'indication, et dans la plus du temps il est rejeté catégoriquement.

TROISIÈME CHAPITRE:

L'ÉTUDE D'UN ÉCHANTILLON DE DOSSIERS DOUTEUX

Comme nous l'avons cité dans l'introduction, le but de cette recherche est d'élaborer un modèle basé sur la méthode de l'analyse discriminante qui nous permettra de classer les dossiers douteux en deux classes "dossiers frauduleux" ou "dossiers matérialisés" et de prévoir à quelle classe un nouveau dossier sera affecté.

Dans un premier temps nous présenterons les données de notre échantillon, ensuite, une description statistique de l'étude, enfin quelques aspects théoriques sur l'analyse discriminante et l'élaboration du modèle.

SECTION01 : PRÉSENTATION DES DONNÉES DE L'ÉCHANTILLON

Vu l'importance de l'étude de dossier sinistre dans la détection de la fraude, la question qui se pose est la suivante: Parmi les indices de fraude tels que la date de souscription et la date d'échéance, les contradictions dans les déclarations de sinistres et les incompatibilités des circonstances de sinistre.... Quels sont ceux qui déterminent la matérialité ou la condamnation à la fraude d'un dossier?

L'objectif de notre recherche est d'effectuer une classification des dossiers de déclarations de sinistres selon deux classes :

Classe "1" : La classe qui comprend les dossiers douteux jugés frauduleux par ALFA;

Classe "2" : La classe qui comprend les dossiers douteux jugés matériels par ALFA.

Comme notre recherche a été menée au niveau de la SAA et au niveau d'ALFA "Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance" du 15 septembre au 03 novembre 2014, nous n'avons retenu que les dossiers de la SAA transmis vers ALFA , pour l'année 2013 seulement.

Cette étude consiste à révéler les indices déterminants de la détection d'un dossier frauduleux.

Cette enquête est réalisée par nous-mêmes en collaboration avec le directeur d'ALFA, que ce soit en phase du choix des indices ou pendant la collecte des informations.

L'échantillon est constitué de 209 dossiers (sur un total de 216 dossiers transmis par la SAA pour enquête approfondie au niveau d'ALFA, il y a lieu de signaler qu'il s'y trouvent 7 dossiers concernant la branche IARD, ceux-ci sont exclus de notre champs d'études), la taille de l'échantillon n'est basée sur aucun critère d'ordre statistique, mais seulement, concerne la période allant du 01/01/2013 à 31/12/2013. Cette étude comprend des informations relatives au contrat souscrit et au véhicule (usage de véhicule, la délégation régionale, la garantie souscrite, le véhicule est gagé, la date d'échéance ou de souscription...), des informations relatives à la déclaration du sinistre (les explications des circonstances du sinistre, incompatibilité des chocs, ancien sinistre non déclaré, déclaration tardive.....), ainsi que des informations relatives à l'acte de fraude (forme de fraude, complices.....).

Ces indices ont été retenus après la consultation de la littérature dans le domaine, ainsi que les différents entretiens avec les professionnels de l'assurance, entre autres, le directeur d'ALFA, le directeur du département automobile, et les enquêteurs d'ALFA.

Afin de se faire une idée sur la structure des données utilisées, nous allons présenter les différents éléments relatifs à l'échantillon et ses caractéristiques statistiques :

- La base de données utilisée;
- La présentation et la description des variables utilisées;
- La définition des critères de classement;
- La répartition de l'échantillon.

1- La base de données

Elle définit la population ciblée, l'idéal aurait été de définir un échantillon à partir des quatre dernières années (2010,2011,2012 et 2013) une population mère de 422 dossiers douteux traités par ALFA depuis 2010 transmis par la SAA, mais nous avons adopté une démarche purement empirique et sur la base d'une étude élaborée en vue de recueillir des indices liés à l'acte de fraude dans les déclarations de sinistre, en collectant les données relatives aux dossiers d'assurance automobile de la SAA transmis vers ALFA en 2013 seulement. Cet échantillon comprend des informations sur des dossiers de la SAA traités par ALFA, sa taille est de 209 dossiers.

Ici on s'intéresse uniquement à la fraude lors de la déclaration de sinistre, elles sont exclues de notre périmètre d'étude la fraude à la souscription du contrat et la fraude en cours du contrat.

La répartition de l'échantillon est la suivante :

2- La présentation et la description des variables utilisées

Les données que nous disposons comportent, des informations sur les dossiers douteux de notre échantillon qui sont relatives au contrat souscrit et à la déclaration du sinistre, ainsi qu'à l'acte de fraude lui-même. Nous allons présenter ces variables selon, qu'elles soient, relatives au contrat ou bien à la déclaration, ou à l'acte de fraude.

2-1- Les variables relatives au contrat d'assurance

- L'usage de véhicule: cette variable renseigne sur l'usage de véhicule que se soient: affaire ou fonctionnaire, taxi, auto-école, location, commerce ou bien TPM ou TPV;

- la délégation régionale: renseigne sur la délégation régionale du contrat souscrit que se soient Alger I, Alger II, Alger III, Tizi ouzou, Mouzaia et autres (Oran, Ouargla, Relizane, Constantine.....);

- la garantie souscrite: c'est le type de contrat souscrit par l'assuré, on a quatre situations: DASC, DC, VIV, Défense et recours et RC;

- le véhicule est gagé: il s'agit de vérifier si le véhicule est relié à un contrat ENSEJ, crédit-bail, location ou autres organismes de crédit;

- la date d'échéance ou de souscription: il s'agit de vérifier que le sinistre n'est pas intervenu peu de temps après la souscription du contrat ou bien peu de temps avant la date d'échéance, ainsi, la souscription, ou la modification, peut être faite dans le seul but de monter un faux sinistre avec un véhicule déjà accidenté;

2-2-Les variables relatives à la déclaration du sinistre

- incompatibilité des dommages sur les deux véhicules: les dommages sont disproportionnés ou incompatibles sur les deux véhicules en cause, ils sont souvent l'indice d'un sinistre simulé, il faudrait demander à l'expert de vérifier la compatibilité des dommages subis par chacun des véhicules;

- flou et contradiction sur les circonstances du sinistre: les explications sur les circonstances du sinistre sont peu claires, contradictoires ou trop préparées;

-Les points de chocs en contradiction: les points de chocs sont en contradiction avec les déclarations de l'assuré.

- Préexistence d'un sinistre non réparé: le véhicule a été sinistré précédemment et les dommages n'ont pas été pris en charge ou n'ont pas été réparés, le souscripteur peut en effet avoir monté un faux sinistre pour obtenir une compensation;

- Déclaration tardive ou le déclarant est différent du souscripteur: cela peut aussi permettre de découvrir une dénaturation du risque quant au conducteur habituel, l'assuré peut avoir tardé à faire la déclaration à son assureur pour prendre du temps pour présenter des documents falsifiés;

-Les parties sont de la même famille ou habitent le même quartier: c'est pour détecter toute mise en scène de sinistre par l'assuré et ses complices.

-Le dossier, est interne ou bien inter-compagnies: certains assurés profitent de manque d'échange d'informations entre les compagnies d'assurance pour frauder;

-Le montant des dommages: cet indice est relatif au gonflement des factures de réparation ou des montants des dommages subis par le véhicule;

2-3- Les variables relatives à l'acte de fraude

-L'assuré a agi seul ou bien avec des complices: il est question de voir si certaines formes de fraude nécessitent des complices ou non;

-La forme de fraude: il y a plusieurs formes de fraude, mais on s'est contenté de mentionner 3 seulement, il s'agit, bien évidemment, de la fraude à la déclaration de sinistre " simulation du sinistre ou provocation de sinistre, falsification des factures, décrire le sinistre de manière inexacte".

3- Définition des critères de classement

Les dossiers de la base de données sélectionnée sont répartis en classes selon qu'ils ont frauduleux ou bien matérialisés.

-Classe « 1 » : La classe qui comprend les dossiers jugés frauduleux par ALFA.

-Classe « 2 » : La classe qui comprend les dossiers jugés non frauduleux "matériels" par ALFA.

4- Répartition de l'échantillon

L'échantillon global doit être divisé en deux échantillons : échantillon de construction (180 dossiers) et l'échantillon de validation ou test (29).

SECTION 02: APPROCHE STATISTIQUE DESCRIPTIVE DE L'ÉCHANTILLON

Après la présentation des données de l'échantillon et la description des variables, nous allons voir comment subdiviser les fréquences de proportion d'une variable catégorielle avec une autre variable catégorielle. Cette procédure s'appelle le tableau croisé ou tri croisé.

Le tableau croisé examine la relation entre deux variables catégorielles. Il décrit donc la ventilation de chaque catégorie d'une variable en fonction d'une autre variable catégorielle.

Tableau N°6: La forme de fraude

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	simulation ou provocation de sinistre	49	27,2	27,2	27,2
	falsification des factures	4	2,2	2,2	29,4
	décrire le sinistre de manière inexacte	52	28,9	28,9	58,3
	il n'ya pas de fraude	75	41,7	41,7	100,0
Total		180	100,0	100,0	

Source: élaboré par nos soins sous SPSS

On constate, que décrire le sinistre de manière inexacte est la forme de fraude la plus répandue (52 cas) suivie de la simulation ou provocation du sinistre avec 49 cas sur les 180 traités (27,2%),

enfin vient la falsification des factures avec seulement 4 cas, ce qui prouve que, pour les fraudeurs, il est plus facile de simuler un sinistre que de se procurer des factures falsifiées. En revanche pour la description inexacte de sinistre, il peut y avoir deux possibilités, soit que l'assuré est sous le choc de l'accident, ou bien qu'il est fautif et dans l'acte de fraude il compte dissimuler sa faute.

Graphe N°4: Répartition de l'échantillon selon la forme de fraude

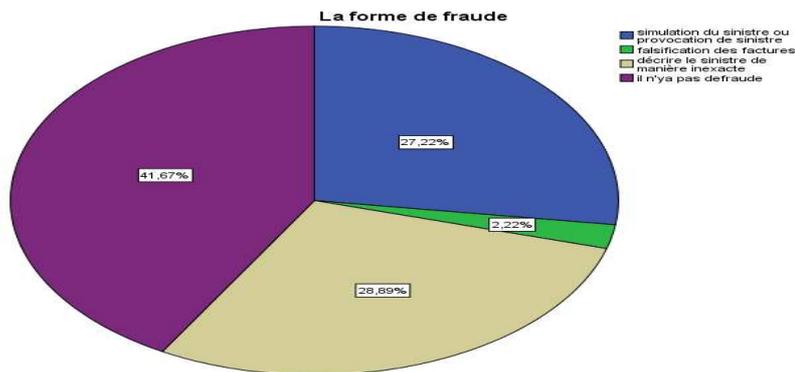


Tableau N°7: complicité dans l'acte de fraude

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Seul	142	78,9	78,9	78,9
	avec des complices	38	21,1	21,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

Source: élaboré par nos soins sous SPSS

Sur la question; est ce que le fraudeur a agi tout seul ou avec des complices, il y a lieu de signaler que dans la majorité des cas 142 (79%), le fraudeur agit tout seul (y compris les cas de non-fraude, var ici on traite des dossiers douteux), et il a agi avec des complices dans dans 38 cas, parmi les actes de complaisance on peut trouver des bavures de la police ou de la gendarmerie nationale, ou bien une simulation d'accident avec des amis, ou bien un faux témoignage, une fausse facture.....

Graphe N°5: la répartition de l'échantillon selon la complicité dans l'acte de fraude

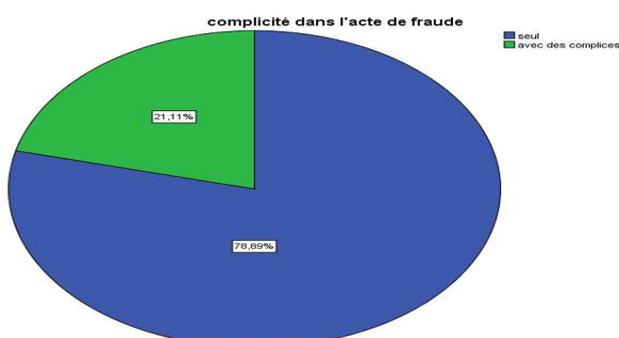


Tableau N° 8: les indices relevés des cas de fraude

les indices relevés	nombre de cas
incompatibles des dommages sur les deux véhicules	67
Les points de chocs en contradiction	51
Préexistence d'un sinistre non réparé	20
le véhicule est gagé	27
Date de souscription ou d'échéance est proche	50
Les parties sont de la même famille ou habitent le même quartier	32
une déclaration tardive ou le déclarant est différent du souscripteur	44

Source: élaboré par nos soins sous SPSS et Excel

Dans 67 des cas de fraude, l'indice relevé est les incompatibilités des dommages subis par les véhicules, ensuite viennent les points de choc en contradiction avec les déclarations de l'assuré, et la date de souscription ou d'échéance qui coïncide avec la date de sinistre avec 51 et 50 des cas respectivement, ici dans le cas de la date, l'assureur sens le sinistre simulé.

Il est à noter ici qu'un dossier douteux peut présenter plusieurs indices de fraude.

Graph N°6: Répartition de l'échantillon selon les indices de fraude

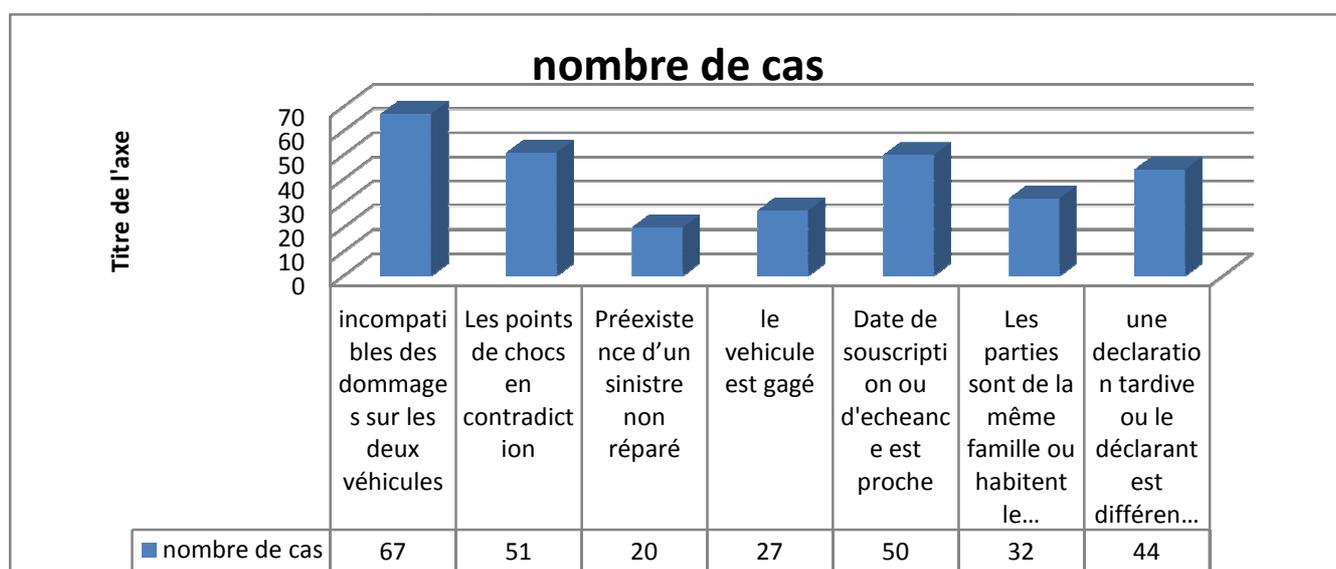


Tableau N°9: un dossier frauduleux * la délégation régionale

		la délégation régionale						Total
		ALGER 1	ALGER 2	ALGER 3	TIZI OUZOU	MOUZAI A	AUTRES	
un dossier frauduleux	frauduleux	11,7%	6,1%	10,6%	10,6%	15,6%	4,4%	58,9%
un dossier frauduleux	matérialisé	8,3%	4,4%	9,4%	7,8%	7,8%	3,3%	41,1%
Total		20,0%	10,6%	20,0%	18,3%	23,3%	7,8%	100,0%

Source: élaboré par nos soins sous SPSS

Dans cet échantillon nous avons traité 180 dossiers douteux, dont 59% sont frauduleux, ainsi, parmi les délégations régionales, qui ont transmis des dossiers vers ALFA, Mouzaia occupe la première place avec 23% des dossiers douteux dont 16% sont frauduleux, quant à la deuxième place, elle est occupée par Alger1 avec 12% de dossiers frauduleux sur un total de 20% de dossiers douteux.

Grphe N°7: répartition des dossiers frauduleux selon la délégation régionale

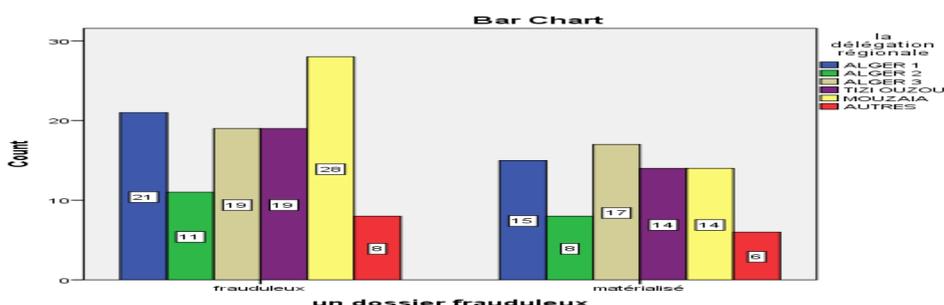


Tableau N°10: un dossier frauduleux * type de garantie souscrite

		type de garantie souscrite				Total
		DASC	DC	VIV	RC et défense et recours	
un dossier frauduleux	frauduleux	23,3%	19,4%	2,2%	13,9%	58,9%
	matérialisé	17,2%	11,7%	2,8%	9,4%	41,1%
Total		40,6%	31,1%	5,0%	23,3%	100,0%

Source: élaboré par nos soins sous SPSS

Sur un total de 41% des dossiers douteux " de la garantie DASC" 23% ont été jugés frauduleux par les enquêteurs d'ALFA, pour raison que les assurés pensent qu'ils ont tout à gagner en simulant un sinistre puisque dans tous les cas ils seront remboursés.

En ce qui concerne la garantie DC 19% des cas frauduleux, les assurés recourent à la fraude afin de couvrir les risques exclus de la garantie, idem pour la RC et défense et recours.

Grphe N°8: Répartition de l'échantillon selon la garantie souscrite

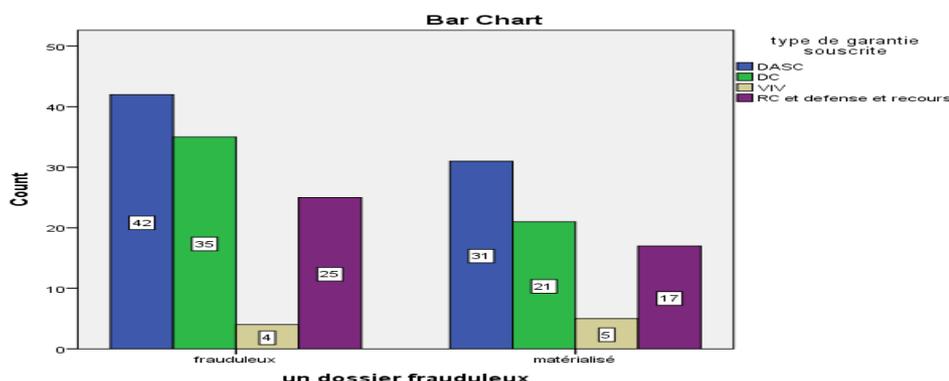


Tableau N° 11: un dossier frauduleux * l'usage de véhicule

		l'usage de véhicule				Total
		affaire ou fonctionnaire	taxi, auto école, location	commerce	TPM ou TPV	
un dossier frauduleux	frauduleux	37,8%	1,1%	11,7%	8,3%	58,9%
	matérialisé	26,7%	1,1%	6,7%	6,7%	41,1%
Total		64,4%	2,2%	18,3%	15,0%	100,0%

Source: élaboré par nos soins sous SPSS

Il est à constater, que l'usage affaire représente, à lui tout seul, 64% de dossiers douteux transmis vers ALFA, il en ressort après l'enquête que 38% sont frauduleux (68 dossiers).

Graphe N°9: Répartition de l'échantillon selon l'usage de véhicule et la fraude

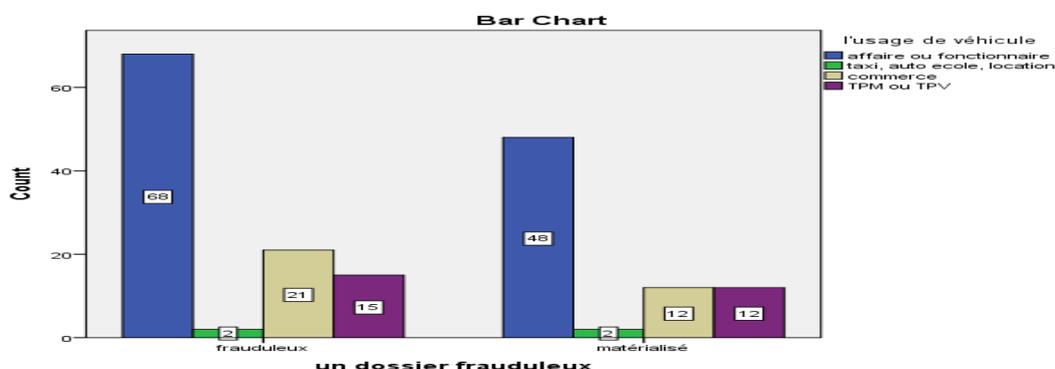


Tableau N° 12: le dossier * la délégation régionale * un dossier douteux

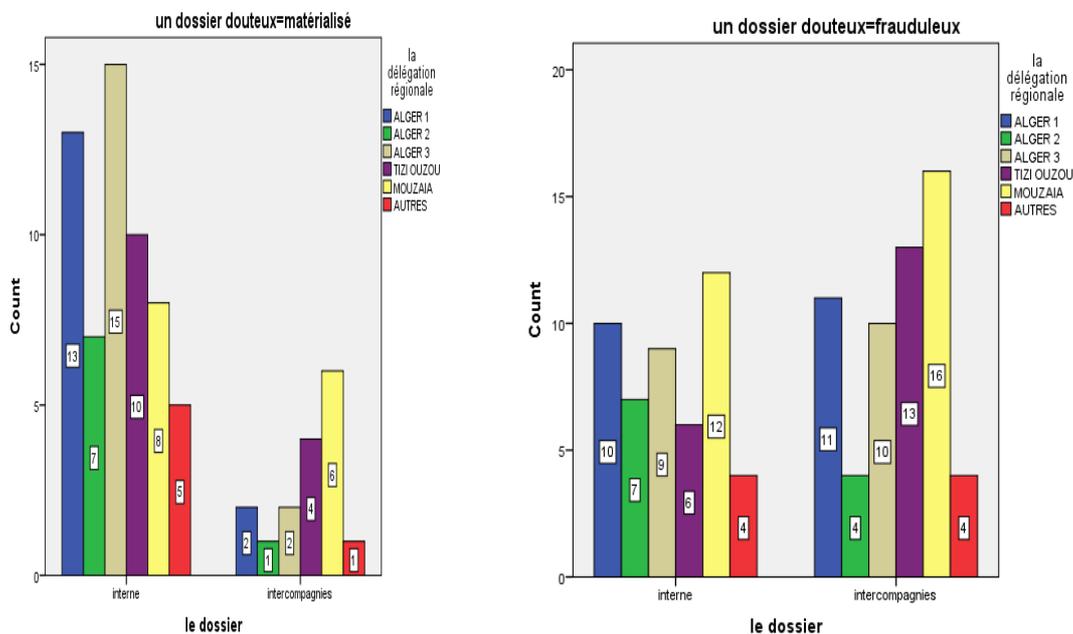
un dossier douteux			la délégation régionale					Total	
			Alger 1	Alger 2	Alger 3	Tizi Ouzou	Mouzaia		Autres
frauduleux le dossier	interne		9,4%	6,6%	8,5%	5,7%	11,3%	3,8%	45,3%
	Inter-compagnies		10,4%	3,8%	9,4%	12,3%	15,1%	3,8%	54,7%
	Total		19,8%	10,4%	17,9%	17,9%	26,4%	7,5%	100,0%
matérialisé le dossier	interne		17,6%	9,5%	20,3%	13,5%	10,8%	6,8%	78,4%
	Inter-compagnies		2,7%	1,4%	2,7%	5,4%	8,1%	1,4%	21,6%
	Total		20,3%	10,8%	23,0%	18,9%	18,9%	8,1%	100,0%
Total le dossier	interne		12,8%	7,8%	13,3%	8,9%	11,1%	5,0%	58,9%
	Inter-compagnies		7,2%	2,8%	6,7%	9,4%	12,2%	2,8%	41,1%
	Total		20,0%	10,6%	20,0%	18,3%	23,3%	7,8%	100,0%

Source: élaboré par nos soins sous SPSS

Selon le tableau ci-dessus, 55% de cas de fraude concernent les dossiers inter-compagnies avec 54 dossiers, profitant ainsi de manque de communication entre les compagnies d'assurance et de l'absence de registres des fraudeurs communs pour tout le marché, c'est à partir de cette faille que les fraudeurs rusés souscrivent plusieurs contrats d'assurance auprès de différentes compagnies.

Il est à noter que les dossiers connexes "internes" sont à hauteur de 60% des dossiers douteux transmis vers ALFA, et que les dossiers matérialisés " non frauduleux" représentent 78% des dossiers internes à la SAA.

Graphe N° 10: Répartition de l'échantillon selon la fraude et la délégation régionale et l'origine du dossier.



SECTION 03:L'ÉLABORATION D'UN MODÈLE À L'AIDE DE L'ANALYSE DISCRIMINANTE LINÉAIRE (ADL)

L'analyse discriminante est un outil statistique pouvant être utilisé à des fins descriptives et de classification afin d'analyser une diversité de situations dans différents domaines comme la finance, le marketing, la biologie.....etc. Elle est utilisée pour modéliser la valeur d'une variable dépendante qualitative et sa relation avec une ou plusieurs variables explicatives.

Étant donné n observations, réparties en k classes décrites par p variables explicatives, l'analyse discriminante tente de trouver des combinaisons linéaires de ces variables qui permettent de mieux distinguer les différents groupes de cas.

D'après (Saporta G.2006, p 439), On distingue deux aspects en analyse discriminante¹.

-Le premier descriptif :

Cherche quelles sont les combinaisons linéaires de variables qui permettent de séparer le mieux possible les k catégories et donner une représentation graphique qui rende compte de cette séparation.

-Le second décisionnel :

Un nouvel individu se présente pour lequel on connaît les valeurs de ses variables. Il s'agit alors de décider dans quelle catégorie il faut l'affecter. C'est un problème de classement et non de classification².

1- Les méthodes de l'analyse discriminante linéaire "ADL"

Outre les aspects de l'analyse discriminante, deux méthodes sont à distinguer:

1-1- La méthode géométrique

Elle ne repose que sur les notions de distance et ne fait pas intervenir des hypothèses probabilistes. Le but de cette méthode est de trouver un axe qui permette de minimiser la zone d'incertitude, c'est-à-dire à maximiser la séparation entre ces deux groupes.

1-2- La méthode probabiliste

Elle fait intervenir, comme son nom l'indique, des hypothèses probabilistes, et prend ainsi en compte la probabilité a priori d'appartenir à un groupe.

On peut observer que l'approche de l'analyse discriminante est proche de celle de la régression. Dans chacun des deux cas on essaye d'expliquer (prévoir) une variable dépendante par une combinaison linéaire de variables indépendantes. En régression la variable expliquée est continue. En analyse discriminante la variable dépendante est l'appartenance à un groupe.

2- L'évaluation de la qualité de l'analyse discriminante

Il existe plusieurs façons de vérifier la qualité d'une analyse discriminante; certaines font appel à des hypothèses probabilistes, d'autres non. Dans notre étude on utilise, le Pourcentage de bien classés, c'est la statistique la plus "parlante" tout en étant la plus simple.

Dans cette présente étude, c'est la méthode probabiliste qui sera utilisée et la construction sera développée.

¹ SADI Khadîdja, (2009). Élaboration d'un modèle d'évaluation du risque de crédit d'exploitation à l'aide des réseaux de neurones artificiel (RNA) et de l'analyse discriminante linéaire (ADL) thèse de doctorat en science de gestion, option : management.

² Dans le cas de classement, les classes sont connues et le problème devient un problème d'affectation des individus. Alors que le but de la classification est de construire une ou plusieurs partitions (classes). Les classes formées doivent être le plus homogènes possible.

3-La sélection des variables

Dans le cas de l'analyse discriminante plusieurs approches sont envisageables, pour sélectionner les variables qui rentrent dans la construction de la fonction score, l'algorithme de sélection utilise la méthode de pas à pas (*Stepwise*) où il introduit successivement les variables puis à sélectionner celles qui minimisent le *lambda de wilks*.

Il est à noter qu'une variable déjà introduite peut être éliminée car son pouvoir discriminant va être apporté par une combinaison de variables qui seront introduites par la suite.

Pour examiner la concordance entre la réalité et le résultat du modèle, On construit d'affectation. La table ci-dessous présente le cas de 3 classes.

Tableau N°13: Table d'affectation-dénombrement des différents cas

	groupe d'affectation		
groupe réel	A	B	C
A	X	Y	Z
B	R	S	T
C	L	M	N

Source : Bardos2001, p9

Dans le tableau ci-dessus, les individus qui sont sur les cases de la diagonale principale (AA, BB, CC), sont bien classés, les autres sont mal classés.

Le taux global de bon classement est :
$$\frac{X+S+N}{X+Y+Z+R+S+T+I+M+N}$$

Le taux de bon classement dans la classe A est :
$$\frac{X}{X+Y+Z}$$

Le taux global d'erreur de classement est :
$$\frac{Y+Z+R+T+I+M}{X+Y+Z+R+S+T+I+M+N}$$

4- La méthode de validation croisée

Cette méthode consiste à diviser l'échantillon en deux, l'un servira à la construction du modèle (échantillon de construction), l'autre servira pour la validation du modèle et éventuellement à simuler le comportement futur du modèle (échantillon de test). Cette méthode permet d'estimer le taux de bon classement des individus de l'échantillon de construction.

Pour examiner la concordance entre la réalité et le résultat du modèle, on construit une table d'affectation. L'objectif est de parvenir à définir une règle d'affectation ayant un faible taux d'erreur. Cette règle sera utilisée pour prévoir l'appartenance à un groupe d'un nouvel individu hors échantillon (c'est-à-dire hors de l'échantillon qui a servi à construire le modèle) dont le groupe d'appartenance est inconnu.

5-Élaboration du modèle à l'aide de l'ADL

Étant donné un ensemble de variables indépendantes, l'analyse discriminante tente de trouver des combinaisons linéaires de ces variables qui permettent de mieux distinguer les différents groupes de cas. Ces combinaisons sont appelées fonctions discriminantes.

5-1-Le critère de regroupement qualitatif

C'est la variable cible, dans notre étude, c'est la variable «dossier douteux» qui sera considérée comme critère de regroupement qualitatif. Cette variable est constituée de 2 classes: «frauduleux», «matérialisé».

5-2- Les variables indépendantes

Sont les variables qui expliquent la fonction score, ici on présente les sept variables (indices de fraude) suivantes : le véhicule est gagé, la date d'échéance ou de souscription, incompatibilité des dommages sur les deux véhicules, flou et contradiction sur les circonstances du sinistre, les points de chocs en contradiction, préexistence d'un sinistre non réparé, déclaration tardive ou le déclarant est différent du souscripteur, les parties sont de la même famille ou habitent le même quartier, le dossier est interne ou bien inter-compagnies, le montant des dommages.

5-3- La fonction score

Tableau N°14:Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
incompatibilité des dommages sur les deux véhicules	,812	41,110	1	178	,000
flou et contradiction des sur les circonstances du sinistre	,722	68,444	1	178	,000
Les points de chocs en contradiction	,859	29,130	1	178	,000
Date de souscription ou d'échéance est proche	,987	2,263	1	178	,134
Préexistence d'un sinistre non réparé	,933	12,850	1	178	,000
une déclaration tardive ou le déclarant est différent du souscripteur	,997	,450	1	178	,503
Les parties sont de la même famille ou habitent le même quartier	,967	6,083	1	178	,015
le véhicule est gagé	,999	,144	1	178	,705
type de garantie souscrite	1,000	,001	1	178	,977
le dossier	,890	21,895	1	178	,000
le montant des dommages	,989	2,047	1	178	,154
la délégation régionale	,998	,313	1	178	,577

Source: élaboré par nos soins sous SPSS

L'examen du F dans notre étude nous montre que ce sont bien les variables "incompatibles des dommages sur les deux véhicules", "flou et contradiction des sur les circonstances du sinistre", "les points de chocs en contradiction" et " Préexistence d'un sinistre non réparé" qui sont les plus discriminantes.

De plus, d'après le test du Lambda de Wilks, seule les variables "flou et contradiction des sur les circonstances du sinistre" et " incompatibles des dommages sur les deux véhicules" semblent avoir une influence.

5-3-1- Vérification de la validité de l'étude

On estime la validité d'une analyse discriminante à partir des indicateurs :

- ✓ Le test de Box.
- ✓ La Lambda de Wilks'

Tableau N°15: Test Results

Box's M		126,157
F	Approx.	8,146
	df1	15
	df2	98714,907
	Sig.	,000

Tests null hypothesis of equal population covariance matrices.

Pour que le modèle soit valide il faut que le M doive être le plus élevé possible et que la significativité du test de F doit tendre vers 0. S'elle est supérieure à 0,05, l'analyse n'est pas valide.

Ainsi, pour notre étude la sig de F= 0, et le M =126.157 ce qui nous amène à conclure que cette analyse est valide.

Tableau N°16 : Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	Df	Sig.
1	,572	98,110	5	,000

On observe la significativité de Wilks' Lambda : plus elle est tend vers 0, plus le modèle est bon.

5-4-Estimation des coefficients de la fonction discriminante

Tableau N°17: Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
incompatibles des dommages sur les deux véhicules	,923
flou et contradiction des sur les circonstances du sinistre	1,669
Préexistence d'un sinistre non réparé	1,125
le dossier	-,738
le montant des dommages	-,415
(Constant)	-4,029

Unstandardized coefficients

Ce tableau permet d'obtenir la fonction discriminante suivante:

$$Z=0.923*X1+1.669*X2+1.125*X3-0.738*X4-0.415*X5-4.029$$

Tableau N°18: Functions at Group Centroids

	Function
un dossier douteux	1
Frauduleux	-,719
Matérialisé	1,030

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Tableau N°19: classification de l'échantillon de construction

Classification Results^{a,c}

		un dossier douteux	Predicted Group Membership		Total
			Frauduleux	Matérialisé	
Original	Count	frauduleux	93	13	106
		matérialisé	22	52	74
	%	frauduleux	87,7	12,3	100,0
		matérialisé	29,7	70,3	100,0
Cross-validated ^b	Count	frauduleux	93	13	106
		matérialisé	22	52	74
	%	frauduleux	87,7	12,3	100,0
		matérialisé	29,7	70,3	100,0

a. 80,6% of original grouped cases correctly classified.

b. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

c. 80,6% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Le récapitulatif de classement de l'échantillon de construction est donné par (*l'annexe*). Le modèle n'a retenu que cinq variables indépendantes (incompatibilité des dommages sur les deux véhicules, le flou et contradiction des sur les circonstances du sinistre, Préexistence d'un sinistre non réparé, le dossier connexe ou inter-compagnies, le montant des dommages) parmi les douze introduites précédemment. Car leur pouvoir (les sept variables éliminées) discriminant est apporté par une combinaison de variables (les cinq sauvegardées) qui sont introduites par la suite.

Le tableau précédent indique que le modèle de l'ADL donne un taux de bon classement global de **80,60%** pour l'échantillon, C'est un pourcentage satisfaisant si l'on considère qu'un classement fait

entièrement de façon aléatoire donnerait en moyenne 50%³ de bien classés, et un taux d'erreur de 19,40%.

-Sur les 106 dossiers classés à priori dans la classe "frauduleux" :

- 93 sont bien (correctement) classés, soit un taux de bon classement de 87,7%.
- 13 sont mal classés, soit un taux d'erreur de 12,3%.

-Sur les 74 dossiers classés a priori dans la classe "matérialisé" :

- 52 sont bien classés, soit un taux de bon classement de 70,3%
- 22 sont mal classés, soit un taux d'erreur de 29,7%

On constate que la classe des dossiers douteux jugés frauduleux est plus homogène que la classe des dossiers non frauduleux.

Cette fonction discriminante semble performante, les deux classes ont de bons taux de classement. Comme tout travail statistique, il reste à élaborer la dernière étape, qui est celle de la validation du modèle.

Et pour aboutir au diagnostic du classement l'échantillon de classement nous allons utiliser la méthode de la distance géométrique⁴ afin d'affecter l'individu à la classe correspondante. La méthode se résume dans l'algorithme suivant :

1. Calculer la distance de l'individu i à chaque classe à l'aide de la fonction au Barycentre :

$$D_{i1} = |Z_i - f_1| \quad \text{où} \quad \left\{ \begin{array}{l} Z_i \text{ est le score de l'individu } i. \\ f_j \text{ est la fonction au barycentre de la classe } j. \\ D_{ij} \text{ est la distance de l'individu } i \text{ et la classe } j. \end{array} \right.$$

$$D_{i2} = |Z_i - f_2|$$

2. Calculer le minimum des distances : $Min = \text{minimum} (D_{i1}, D_{i2})$.

3. **Si** $Min = D_{i0}$ **Alors** l'individu i est affecté à la classe 1

Sinon Si $Min = D_{i1}$ **Alors** l'individu i est affecté à la classe 2

Finsi

³ L'analyse discriminante note pédagogique Michel Calciu (EUDIL-IAE de Lille) et Christophe Benavent (IAE des pays de l'Adour)

⁴ SADI Khadidja, (2009). Élaboration d'une modèle d'évaluation du risque de crédit d'exploitation à l'aide des réseaux de neurones artificiel (RNA) et de l'analyse discriminante linéaire (ADL). Thèse de doctorat en science de gestion, Option : management.

Après exécution de ce programme, nous obtenons les résultats de classement récapitulés comme suit :

Tableau N°20: Diagnostic des observations pour l'échantillon de validation.

la classe effective	incomp	expli	Ancien	interne	montant	Score	D1	D2	min (D1,D2)	classe prévue	classement
1	1	1	2	1	2	-0,755	0,036	1,785	0,036	1	1
1	2	2	2	2	2	1,099	1,818	0,069	0,069	2	FAUX
2	1	2	2	1	2	0,914	1,633	0,116	0,116	2	1
1	1	1	2	2	2	-1,493	0,774	2,523	0,774	1	1
1	2	1	1	1	2	-0,957	0,238	1,987	0,238	1	1
2	2	2	1	1	3	0,297	1,016	0,733	0,733	2	1
2	2	1	2	2	2	-0,57	0,149	1,6	0,149	1	FAUX
1	1	1	1	1	2	-1,88	1,161	2,91	1,161	1	1
1	1	1	2	1	1	-0,34	0,379	1,37	0,379	1	1
2	2	2	2	1	2	1,837	2,556	0,807	0,807	2	1
2	2	2	2	1	2	1,837	2,556	0,807	0,807	2	1
2	2	2	2	1	3	1,422	2,141	0,392	0,392	2	1
1	2	1	2	1	3	-0,247	0,472	1,277	0,472	1	1
2	2	2	2	1	3	1,422	2,141	0,392	0,392	2	1
2	1	2	2	1	2	0,914	1,633	0,116	0,116	2	1
2	1	1	2	2	3	-1,908	1,189	2,938	1,189	1	FAUX
2	2	1	2	2	3	-0,985	0,266	2,015	0,266	1	FAUX
2	1	1	2	1	2	-0,755	0,036	1,785	0,036	1	FAUX
2	2	2	2	1	1	2,252	2,971	1,222	1,222	2	1
2	2	2	2	1	2	1,837	2,556	0,807	0,807	2	1
2	2	2	2	1	2	1,837	2,556	0,807	0,807	2	1
2	1	2	2	1	1	1,329	2,048	0,299	0,299	2	1
1	1	1	1	2	2	-2,618	1,899	3,648	1,899	1	1
1	2	1	2	2	1	-0,155	0,564	1,185	0,564	1	1
2	2	1	2	1	3	-0,247	0,472	1,277	0,472	1	FAUX
1	1	1	2	2	2	-1,493	0,774	2,523	0,774	1	1
1	2	1	2	1	3	-0,247	0,472	1,277	0,472	1	1
2	2	1	2	1	2	0,168	0,887	0,862	0,862	2	1
2	2	2	2	1	3	1,422	2,141	0,392	0,392	2	1

FAUX= observation mal classée

source: élaboré par nos soins sous EXCEL

1= observation bien classée

Le tableau indique que le modèle de l'ADL donne un taux de bon classement global de **79,31%** pour l'échantillon de validation constitué de 29 dossiers, ainsi:

- ✓ Sur les 11 dossiers classés à priori "frauduleux":
 - 10 sont bien classés, soit un taux de bon classement de 90,9%
 - 1 sont mal classés, soit un taux d'erreur de 9,1%
- ✓ Sur les 18 dossiers classés à priori "matérialisés":
 - 13 sont bien classés, soit un taux de bon classement de 72,22 %
 - 5 est mal classé, soit un taux d'erreur de 27,88%.

On remarque alors que l'ADL, nous donne un taux global de bon classement de **79,31%** avec un taux d'erreur de **20,69%**.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Le but de cette étude a été d'essayer d'effectuer une classification des dossiers douteux transmis par la SAA vers l'agence ALFA en groupes (les dossiers frauduleux et les dossiers matérialisés) et de prévoir la classe d'un nouveau dossier entrant. Les résultats obtenus dans l'analyse discriminante à l'aide de *SPSS* sont satisfaisants, du fait que les taux de bon classement pour l'échantillon est de **80,6%**, il dépasse les **50%**. Il est de **87,8%** dans la classe de «dossiers frauduleux». Néanmoins, il y a lieu de signifier que l'analyse n'a retenu que cinq variables citées en haut. Cela est dû au fait que les autres variables apportent peu d'informations au modèle.

La qualité des résultats peut être aussi affectée par le nombre de dossiers qui ne sont pas en proportion avec la population mère, qui est due à la démarche purement empirique du sondage adoptée et à l'année de référence 2013.

Limité par le temps et les moyens, nous ne pouvons pas prétendre avoir épuisé notre champ d'investigations en matière d'indices de fraude à l'assurance.

Ce travail avait pour but de vérifier et d'examiner les facteurs et les indices liés à la décision de classer un dossier douteux frauduleux ou non frauduleux. Pour atteindre notre but, et répondre aux questions de notre problématique, nous avons procédé à une approche combinant les deux parties suivantes:

-L'analyse théorique: Il s'agit de passer en revue le contrat d'assurance automobile et ses différentes garanties, d'analyser le phénomène de la fraude et ses catégories ainsi que les failles du contrat d'assurance facilitant la fraude, et le profil de l'assuré fraudeur et ses motivations, ainsi les indices liés aux dossiers sinistre jugé frauduleux.

-L'expérience : Nous avons mené une étude statistique sur la fraude visant à classer les dossiers douteux en deux classes "frauduleux" ou "non frauduleux". L'originalité de ce travail a consisté à étudier les indices liés à l'acte frauduleux de l'assuré.

À partir de cette analyse, nous avons pu dégager les conclusions suivantes :

1. La fraude à l'assurance trouve son origine dans le problème d'asymétrie d'information entre l'assuré et l'assureur, ainsi que dans les failles se trouvant dans le système d'assurance lui-même.

2. La fraude à l'assurance a des conséquences néfastes sur l'ensemble des acteurs du contrat d'assurance "État, assurés, assureurs".

3. Les compagnies d'assurance algériennes ont mis un programme commun de lutte contre la fraude par la création d'ALFA qui se trouve confrontée au problème de son statut et au manque de moyens de répression de ses enquêteurs.

4. Parmi les indices laissant présumer qu'un dossier est frauduleux, nous pouvons citer le "flou et contradiction sur les circonstances du sinistre", "les points de chocs en contradiction" et "Préexistence d'un sinistre non réparé".

5. Dans la majorité des cas, le fraudeur agit tout seul, et les dossiers inter-compagnies représentent une part importante dans les cas de fraude traités, et la garantie "DASC" est la plus frauduleuse.

6. Il existe des problèmes implicites à la fraude à l'assurance, auxquels, les assureurs doivent apporter des réponses, entre autres, l'insuffisance de l'information et le problème d'incitation à la fraude, ou dans la majorité des cas, les assureurs se contentent de refuser de prendre en charge le sinistre.

Les recommandations

De ce qui ressort de notre étude, nous estimons que les nombreuses insuffisances empêchent la détection de la fraude à l'assurance. Nous allons dans ce qui suit, détailler les solutions à envisager afin de lutter d'une façon efficace contre la fraude.

1-Le développement de la centralisation des données :

Une centralisation des données dans des fichiers, permet de répertorier les fraudeurs et facilite leur identification par :

- ✓ Un fichier sur les personnes : Ce fichier servira à répertorier la vie d'assuré des gens et à présenter des indications sommaires, permettant d'orienter les recherches dans des directions utiles et de gagner beaucoup de temps pour les dossiers compliqués.
- ✓ Un fichier régional sur les enquêtes et les expertises en cours : Ce fichier est très utile, dans la mesure où les experts sensibilisés au problème, veille à ce qu'un même sinistre ne soit pas indemnisé plusieurs fois.

2-La nécessité des études et des statistiques :

Nous insistons sur l'importance des recherches et des statistiques pour faciliter aux assureurs la tâche de cerner de façon précise le phénomène de fraude. En effet, les assureurs ont besoin d'éléments plus précis (chiffres, études statistiques...), afin d'éveiller leur conscience quant à la gravité de la fraude et ses effets sur leurs profits et sur le fonctionnement de leurs compagnies. Ceci peut les aider à adopter de plus en plus des techniques de lutte plus efficaces.

3-L'accroissement de la circulation de l'information

Nous distinguons les deux aspects suivants :

- L'information de l'assuré : Nous tenons à insister sur l'importance des affiches, des articles de presse, radio, télévision...etc., et tout ce qui permet de sensibiliser l'assuré sur les actions pouvant être entreprises contre lui en cas de fraude. En outre, il est important de faire signer par l'assuré un texte, au moment de la signature, rappelant les sanctions pénales et civiles qui peuvent lui être appliquées s'il manifeste un comportement frauduleux.

- L'information des professionnels de l'assurance : Il est important d'effectuer des stages, des formations continues, des séminaires et des publications sur le thème de fraude.

4-L'intérêt de l'homogénéité des actions des assureurs :

Il est nécessaire de mettre en place des unités plus homogènes, manifestant des comportements plus sévères et permettant de garantir une lutte efficace. C'est au sein

d'organismes communs à toutes les sociétés d'assurances, tel que ALFA, que cette coordination pourrait s'établir.

En outre, il faut sanctionner toute tentative de fraude et de récompenser en contrepartie toute déclaration honnête par le biais des rabais.

Cette étude devrait être complétée par l'analyse des variables quantitatives à travers une enquête à grande échelle sur les déterminants de la fraude à l'assurance, à savoir: le revenu de l'assuré, les franchises, les primes.....

Références bibliographiques :

ARTICLES

- 1-Assurances-fraude: trois compagnies d'assurance vont créer une filiale de lutte contre la fraude dans ce secteur, LE PHARE n°88, 2006
- 2- Assurance valeur à neuf et vols d'automobiles : une étude statistique; Louis Bujold, Georges Dionne et Robert Gagné; Cahier de recherche 97-01; Février 1997
- 3- Développement d'un système expert de détection automatique de la fraude à l'assurance automobile; El Bachir Belhadji et Georges Dionne; Cahier de recherche 97-04; Juin 1997
- 4-Fraude ou risque moral, Analyse économique de la fraude; Dionne Georges;1993
- 5-La délinquance ou règlement différentiel, BACHER JEAN-LUC, 2005
- 6-L'introduction d'un stimulus dissuasif pour contrer la majoration à l'assurance prévention de
- 7-Lutte contre la fraude à l'assurance, CARROT GEARGES, 1993
- 8-Prévenir la fraude à l'assurance, Un enjeu d'intérêt général;1997

2) OUVRAGES :

- 1- BERNARD, FREDERIC, Contrôle interne : concepts, réglementation; cartographie des risques; guide de l'audit de la fraude, Paris, maxima, 2006
- 2- JACQUES CHARBONNIER, L'assurance du risque automobile, contrôle et assurance, 2012
- 3- JEAN-PIERRE DANIEL, l'assurance automobile aujourd'hui, Analyse de la branche
- 4- MICHEL CALCIU et CHRISTOPHE BENAVENT, L'analyse discriminante note pédagogique
- 5-REVOL, SYLVIE, Déclarations frauduleuses de risque et de sinistre en assurance IARD, PU d'Aix-Marseille, 1984

3) SITES INTERNET

- 1-http://www.ffsa.fr/sites/jcms/p1_916075/fr/la-fraude-phenomene-en-expansion?cc=fn_7334
- 2-http://www.lepoint.fr/auto-addict/business/voitures-brulees-fraude-a-l-assurance-aussi-03-01-2013-1608130_649.php
- 3-http://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-actualite/la-fraude-a-l-assurance_112902.html
- 4-<http://www.argusdelassurance.com/gestion-des-risques/fraude-a-l-assurance-une-perde-de-8-a-12-milliards-par-an-pour-les-assureurs-europeens.63054>
- 5-<http://www.lextimes.fr/5.aspx?sr=352>
- 6-<http://www.auto-infos.fr/L-ANEA-fait-le-point-sur-la-fraude,3806>

- 7-<http://www.lefigaro.fr/assurance/2013/07/30/05005-20130730ARTFIG00365-auto-les-sanctions-en-cas-de-fraude-a-l-assurance.php>
- 8-<http://www.lapersonnelle.com/p-qc/fr/info-assurance/articles/auto/pages/ontario-fraude-assurance.aspx>
- 9-<http://www.atlas-mag.net/article/la-fraude-a-l-assurance>
- 10-<http://www.lesoirdalgerie.com/articles/2012/11/14/article.php?sid=141453&cid=2>
- 11-<http://www.djazairess.com/fr/elwatan/80684>
- 12-https://www.cgi.com/sites/cgi.com/files/white-papers/cgi_whpr_46_fraud_SIU_f_0.pdf
- 13-<http://www.easybourse.com/bourse/international/dossier/1116/prevenir-la-fraude-un-veritable-defi.html>
- 14-http://www.nbinsurancebrokers.ca/docs/feilles_de_renseignements/renseignements_generaux/courtiers_d'assurances.pdf
- 15-<http://www.assuralia.be/fileadmin/content/documents/publicaties>
- 16-http://www.cirano.qc.ca/pdf/programmation/2011-2012_web_fr.pdf
- 17-<http://www.sas.com/offices/europe/france/magazine/2010q2/art1-stop-au-virus-de-la-fraude.html>

4) TEXTES JURIDIQUES

Le code civil algérien

Le code pénal

Ordonnance 95-07 du 25 janvier 1995

Ordonnance n° 74-15 du 30 janvier 1974

5) RAPPORTS, SÉMINAIRES ET AUTRES

- 1- BOUTAGHANE YUCEF, la fraude à l'assurance en Algérie
- 2- La fraude dans le domaine de l'assurance automobile – ARBANE Hamza
- 3- Le marché de l'assurance automobile en 2012, CNA
- 4- Note de conjoncture du marché des assurances 1^{er} trimestre 2014, CNA
- 5- Procédures de gestion technique des dossiers soumis pour enquêtes - ALFA
- 6- SADI Khadîdja, (2009). Élaboration d'un modèle d'évaluation du risque de crédit d'exploitation à l'aide des réseaux de neurones artificiel (RNA) et de l'analyse discriminante linéaire (ADL) thèse de doctorat en science de gestion, option : management.
- 7- Sameh BORGI; THESE en vue d'obtenir le grade de Docteur de l'Université de Paris I, " Une Analyse Économique et Expérimentale de la Fraude à l'Assurance et de l'Audit"; 2006
- 8- Séminaire sur la prévention et la lutte contre la fraude à l'assurance en Algérie

Sigles et abréviations :

ABI : Association of British Insurers "Association des assureurs britanniques"

ADL : analyse discriminante linéaire

ALFA : agence de lutte contre la fraude à l'assurance

ANSEJ: agence nationale de soutien à l'emploi de jeunes

APF: audit de prévention contre la fraude

BAC: bureau d'assurance au Canada

BIG: le Bureau de l'Inspection Général

CAAR : Compagnie algérienne d'assurance et de réassurance

CAAT: compagnie algérienne des assurances

CCCFA: coalition canadienne contre la fraude à l'assurance

CIRANO :centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CNA : conseil national des assurances

CUE : Claims underwriting exchange

CVR: Certificat de Visite du Risque

DA : dinar Algérien

DASC: dommages avec ou sans collisions

DC: dommages et collisions

EC : L'enquêtes classiques

FBI: Le Bureau Fédéral d'Investigation

FCF: Le fichier central des fraudeurs

FGA: le fonds de garantie automobile

IARD: incendie accidents et risques divers

IDA : Indemnisation directe des assurés

GAM: Générale Assurance Méditerranéenne.

MDA : Milliard de dinars algérien

MENA: medal east north Africa

PV : Le procès verbal

RVV : recherche des véhicules volés

RC: responsabilité civile

SAA: société nationale d'assurance

SPA: société par action

SPSS : Statistical Package for Social Science

VIV: vol, incendie du véhicule

TPM: transport public des marchandises

TPV: transport public des voyageurs

UAR: union des assureurs et réassureurs

UPEA: union professionnelle des entreprises d'assurance

Liste de tableaux

Tableau N°1: La production de la branche automobile du 1^{er} trimestre 2014

Tableau N°02: les indemnisations de la branche automobile au 1^{er} trimestre 2014

Tableau N°3 : Dossiers douteux de la SAA traités par ALFA

Tableau N°4: La SPA ALF Assurance en quelques chiffres pour l'exercice 2010 par délégation régionale

Tableau N°5: La production de ALFA en 2013

Tableau N°6: La forme de fraude

Tableau N°7: complicité dans l'acte de fraude

Tableau N° 8:les indices relevés des cas de fraude

Tableau N°9: un dossier frauduleux * la délégation régionale

Tableau N°10: un dossier frauduleux * type de garantie souscrite

Tableau N° 11: un dossier frauduleux * l'usage de véhicule

Tableau N° 12: le dossier * la délégation régionale * un dossier douteux

Tableau N°13: Table d'affectation-dénombrement des différents cas

Tableau N°14:Tests of Equality of Group Means

Tableau N°15: Test Results

Tableau N°16 : Wilks' Lambda

Tableau N°17: Canonical Discriminant Function Coefficients

Tableau N°18:Functions at Group Centroids

Tableau N°19: classification de l'échantillon de construction

Tableau N°20: Diagnostic des observations pour l'échantillon de validation.

Liste des graphes

Grappe N°1: production de la branche automobile par garantie en 2012

Grappe N° 02: transmission des dossiers vers alfa

Grappe N°3: Le taux de fraudes par garantie pour l'exercice 2010

Grappe N°4: Répartition de l'échantillon selon la forme de fraude

Grappe N°5: la répartition de l'échantillon selon la complicité dans l'acte de fraude

Grappe N°6: Répartition de l'échantillon selon les indices de fraude

Grappe N°7: répartition des dossiers frauduleux selon la délégation régionale

Grappe N°8: Répartition de l'échantillon selon la garantie souscrite

Grappe N°9: Répartition de l'échantillon selon l'usage de véhicule et la fraude

Grappe N° 10: Répartition de l'échantillon selon la fraude et la délégation régionale et l'origine du dossier.

Annexe

29	2	,906	1	,724	,014	1	,276	2,662	,912
30	1	,057	1	,995	3,611	2	,005	13,318	-2,619
31	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
32	1	,946	1	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
33	2	,789	1	,913	,071	2	,087	4,066	-986
34	2	,906	1	,724	,014	1	,276	2,662	,912
35	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
36	1	,574	1	,946	,316	2	,054	5,340	-1,281
37	1	,372	1	,581	,798	2	,419	,733	,174
38	2	,696	1	,865	,152	1	,135	4,578	1,420
39	2	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-248
40	1	,329	1	,973	,955	2	,027	7,432	-1,696
41	1	,811	1	,909	,057	2	,091	3,951	-958
42	2	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
43	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
44	1	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-248
45	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
46	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
47	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
48	1	,234	1	,982	1,418	2	,018	8,642	-1,910
49	1	,518	1	,953	,418	2	,047	5,741	-1,366
50	1	,728	1	,637	,121	1	,363	1,964	,682
51	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
52	1	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
53	2	,946	1	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
54	2	,222	1	,965	1,490	1	,035	8,820	2,251
55	1	,659	1	,599	,194	1	,401	1,712	,589
56	2	,696	1	,865	,152	1	,135	4,578	1,420
57	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
58	2	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
59	2	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
60	2	,882	1	,836	,022	2	,164	2,564	-571
61	1	,882	1	,836	,022	2	,164	2,564	-571
62	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
63	1	,633	1	,741	,228	2	,259	1,616	-241
64	2	,594	1	,559	,284	1	,441	1,479	,497

65	1	1	,817	1	,908	,054	2	,092	3,923	-951
66	1	1	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
67	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
68	1	2**	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
69	2	2	,629	1	,882	,233	1	,118	4,980	1,513
70	2	2	,594	1	,559	,284	1	,441	1,479	,497
71	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
72	1	1	,882	1	,836	,022	2	,164	2,564	-571
73	2	2	,946	1	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
74	1	2**	,521	1	,512	,413	1	,488	1,225	,388
75	2	2	,696	1	,865	,152	1	,135	4,578	1,420
76	1	1	,651	1	,936	,205	2	,064	4,846	-1,171
77	1	1	,234	1	,982	1,418	2	,018	8,642	-1,910
78	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
79	1	1	,372	1	,581	,798	2	,419	,733	,174
80	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
81	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
82	1	1	,882	1	,836	,022	2	,164	2,564	-571
83	1	1	,057	1	,995	3,611	2	,005	13,318	-2,619
84	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
85	1	1	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-248
86	2	2	,222	1	,965	1,490	1	,035	8,820	2,251
87	1	1	,789	1	,913	,071	2	,087	4,066	-986
88	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
89	1	1	,970	1	,876	,001	2	,124	3,191	-756
90	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
91	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
92	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
93	1	1	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-248
94	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
95	1	1	,882	1	,836	,022	2	,164	2,564	-571
96	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
97	1	1	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
98	1	1	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
99	1	1	,789	1	,913	,071	2	,087	4,066	-986
100	1	1	,882	1	,836	,022	2	,164	2,564	-571

101	1	1	2	,420	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
102	1	1	1	,638	,744	,222	2	,256	1,634	-2,248
103	1	1	1	,882	,836	,022	2	,164	2,564	-5,571
104	1	1	2	,946	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
105	1	1	1	,811	,909	,057	2	,091	3,951	-9,958
106	2	2	2	,946	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
107	1	1	1	,057	,995	3,611	2	,005	13,318	-2,619
108	1	1	1	,970	,876	,001	2	,124	3,191	-7,756
109	2	2	1	,629	,882	,233	1	,118	4,980	1,513
110	1	1	1	,438	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
111	1	1	1	,245	,981	1,350	2	,019	8,475	-1,881
112	1	1	1	,719	,925	,130	2	,075	4,449	-1,079
113	2	2	1	,420	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
114	1	1	2	,696	,865	,152	1	,135	4,578	1,420
115	1	1	2	,750	,648	,102	1	,352	2,045	,711
116	2	2	1	,420	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
117	2	1	1	,970	,876	,001	2	,124	3,191	-7,756
118	2	2	2	,946	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
119	1	1	1	,376	,584	,785	2	,416	,745	,167
120	1	1	1	,782	,803	,076	2	,197	2,169	-4,443
121	1	1	1	,376	,584	,785	2	,416	,745	,167
122	1	1	1	,245	,981	1,350	2	,019	8,475	-1,881
123	1	1	2	,906	,724	,014	1	,276	2,662	,912
124	1	1	1	,882	,836	,022	2	,164	2,564	-5,571
125	2	2	1	,420	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
126	1	1	1	,651	,936	,205	2	,064	4,846	-1,171
127	1	1	1	,651	,936	,205	2	,064	4,846	-1,171
128	2	2	2	,420	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
129	1	1	1	,970	,876	,001	2	,124	3,191	-7,756
130	1	1	2	,946	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
131	1	1	1	,438	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
132	2	2	2	,222	,965	1,490	1	,035	8,820	2,251
133	2	2	2	,420	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
134	1	1	1	,438	,963	,601	2	,037	6,373	-1,495
135	1	1	1	,234	,982	1,418	2	,018	8,642	-1,910
136	2	2	2	,946	,784	,005	1	,216	3,299	1,097

137	2	1**	,310	1	,529	1,030	2	,471	,539	,296
138	2	2	,222	1	,965	1,490	1	,035	8,820	2,251
139	2	1**	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-,248
140	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
141	1	1	,245	1	,981	1,350	2	,019	8,475	-,1,881
142	1	1	,651	1	,936	,205	2	,064	4,846	-,1,171
143	1	1	,057	1	,995	3,611	2	,005	13,318	-,2,619
144	1	1	,245	1	,981	1,350	2	,019	8,475	-,1,881
145	1	1	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-,248
146	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
147	2	1**	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
148	2	2	,696	1	,865	,152	1	,135	4,578	1,420
149	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-,1,495
150	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
151	1	1	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
152	1	1	,651	1	,936	,205	2	,064	4,846	-,1,171
153	2	1**	,633	1	,741	,228	2	,259	1,616	-,241
154	2	2	,766	1	,844	,089	1	,156	4,189	1,328
155	2	2	,696	1	,865	,152	1	,135	4,578	1,420
156	1	1	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-,248
157	2	1**	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
158	2	2	,946	1	,784	,005	1	,216	3,299	1,097
159	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
160	2	1**	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-,248
161	1	1	,882	1	,836	,022	2	,164	2,564	-,571
162	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-,1,495
163	2	2	,696	1	,865	,152	1	,135	4,578	1,420
164	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-,1,495
165	1	2**	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
166	1	1	,638	1	,744	,222	2	,256	1,634	-,248
167	2	2	,420	1	,930	,649	1	,070	6,527	1,836
168	1	1	,376	1	,584	,785	2	,416	,745	,167
169	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-,1,495
170	1	1	,705	1	,773	,143	2	,227	1,880	-,341
171	1	1	,438	1	,963	,601	2	,037	6,373	-,1,495
172	2	1**	,234	1	,982	1,418	2	,018	8,642	-,1,910

29	2	2	,307	5	,705	5,995	1	,295	8,453
30	1	1	,096	5	,995	9,347	2	,005	19,235
31	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
32	1	2**	,588	5	,810	3,738	1	,190	7,353
33	2	1**	,278	5	,935	6,297	2	,065	10,914
34	2	2	,307	5	,705	5,995	1	,295	8,453
35	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
36	1	1	,008	5	,943	15,483	2	,057	20,364
37	1	1	,198	5	,550	7,319	2	,450	7,004
38	2	2	,651	5	,859	3,320	1	,141	7,659
39	2	1**	,478	5	,770	4,512	2	,230	6,207
40	1	1	,035	5	,973	12,011	2	,027	18,472
41	1	1	,033	5	,901	12,171	2	,099	15,872
42	2	1**	,652	5	,600	3,312	2	,400	3,407
43	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
44	1	1	,462	5	,731	4,636	2	,269	5,915
45	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
46	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
47	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
48	1	1	,421	5	,982	4,959	2	,018	12,190
49	1	1	,005	5	,951	16,702	2	,049	21,899
50	1	2**	,179	5	,683	7,611	1	,317	9,862
51	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
52	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
53	2	2	,573	5	,774	3,834	1	,226	7,013
54	2	2	,444	5	,964	4,778	1	,036	12,078
55	1	2**	,084	5	,654	9,717	1	,346	11,713
56	2	2	,651	5	,859	3,320	1	,141	7,659
57	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
58	2	1**	,652	5	,600	3,312	2	,400	3,407
59	2	1**	,652	5	,600	3,312	2	,400	3,407
60	2	1**	,594	5	,857	3,693	2	,143	6,554
61	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219
62	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
63	1	1	,079	5	,713	9,884	2	,287	10,990
64	2	2	,120	5	,519	8,734	1	,481	9,603

65	1	1	,024	5	,899	12,978	2	,101	16,642
66	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
67	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
68	1	2**	,978	5	,940	,790	1	,060	6,997
69	2	2	,257	5	,875	6,546	1	,125	11,156
70	2	2	,120	5	,519	8,734	1	,481	9,603
71	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
72	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219
73	2	2	,573	5	,774	3,834	1	,226	7,013
74	1	2**	,006	5	,597	16,419	1	,403	17,927
75	2	2	,651	5	,859	3,320	1	,141	7,659
76	1	1	,408	5	,934	5,063	2	,066	9,632
77	1	1	,421	5	,982	4,959	2	,018	12,190
78	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
79	1	1	,198	5	,550	7,319	2	,450	7,004
80	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
81	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
82	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219
83	1	1	,096	5	,995	9,347	2	,005	19,235
84	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
85	1	1	,462	5	,731	4,636	2	,269	5,915
86	2	2	,444	5	,964	4,778	1	,036	12,078
87	1	1	,271	5	,909	6,375	2	,091	10,262
88	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
89	1	1	,580	5	,871	3,789	2	,129	6,892
90	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
91	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
92	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
93	1	1	,462	5	,731	4,636	2	,269	5,915
94	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
95	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219
96	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
97	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
98	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
99	1	1	,271	5	,909	6,375	2	,091	10,262
100	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219

101	1	2	,978	5	,940	,790	1	,060	6,997
102	1	1	,462	5	,731	4,636	2	,269	5,915
103	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219
104	1	2	,588	5	,810	3,738	1	,190	7,353
105	1	1	,033	5	,901	12,171	2	,099	15,872
106	2	2	,573	5	,774	3,834	1	,226	7,013
107	1	1	,096	5	,995	9,347	2	,005	19,235
108	1	1	,580	5	,871	3,789	2	,129	6,892
109	2	2	,257	5	,875	6,546	1	,125	11,156
110	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
111	1	1	,043	5	,981	11,446	2	,019	18,599
112	1	1	,277	5	,922	6,313	2	,078	10,537
113	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
114	1	2	,660	5	,885	3,261	1	,115	8,066
115	1	2	,038	5	,715	11,772	1	,285	14,334
116	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
117	2	1	,590	5	,895	3,723	2	,105	7,285
118	2	2	,573	5	,774	3,834	1	,226	7,013
119	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
120	1	1	,003	5	,766	17,870	2	,234	19,520
121	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
122	1	1	,043	5	,981	11,446	2	,019	18,599
123	1	2	,324	5	,761	5,822	1	,239	8,854
124	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219
125	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
126	1	1	,408	5	,934	5,063	2	,066	9,632
127	1	1	,408	5	,934	5,063	2	,066	9,632
128	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
129	1	1	,580	5	,871	3,789	2	,129	6,892
130	1	2	,588	5	,810	3,738	1	,190	7,353
131	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
132	2	2	,444	5	,964	4,778	1	,036	12,078
133	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
134	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
135	1	1	,421	5	,982	4,959	2	,018	12,190
136	2	2	,573	5	,774	3,834	1	,226	7,013

137	2	1**	,007	5	,608	15,873	2	,392	16,034
138	2	2	,444	5	,964	4,778	1	,036	12,078
139	2	1**	,478	5	,770	4,512	2	,230	6,207
140	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
141	1	1	,043	5	,981	11,446	2	,019	18,599
142	1	1	,408	5	,934	5,063	2	,066	9,632
143	1	1	,096	5	,995	9,347	2	,005	19,235
144	1	1	,043	5	,981	11,446	2	,019	18,599
145	1	1	,462	5	,731	4,636	2	,269	5,915
146	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
147	2	1**	,652	5	,600	3,312	2	,400	3,407
148	2	2	,651	5	,859	3,320	1	,141	7,659
149	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
150	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
151	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
152	1	1	,408	5	,934	5,063	2	,066	9,632
153	2	1**	,087	5	,791	9,616	2	,209	11,561
154	2	2	,071	5	,828	10,165	1	,172	14,030
155	2	2	,651	5	,859	3,320	1	,141	7,659
156	1	1	,462	5	,731	4,636	2	,269	5,915
157	2	1**	,652	5	,600	3,312	2	,400	3,407
158	2	2	,573	5	,774	3,834	1	,226	7,013
159	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
160	2	1**	,478	5	,770	4,512	2	,230	6,207
161	1	1	,583	5	,830	3,773	2	,170	6,219
162	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
163	2	2	,651	5	,859	3,320	1	,141	7,659
164	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
165	1	2**	,978	5	,940	,790	1	,060	6,997
166	1	1	,462	5	,731	4,636	2	,269	5,915
167	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
168	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
169	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
170	1	1	,100	5	,751	9,249	2	,249	10,737
171	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
172	2	1**	,413	5	,988	5,020	2	,012	13,145

173	2	2	,651	5	,859	3,320	1	,141	7,659
174	2	2	,198	5	,563	7,323	1	,437	8,551
175	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
176	2	1**	,594	5	,857	3,693	2	,143	6,554
177	1	1	,635	5	,571	3,422	2	,429	3,272
178	1	1	,800	5	,962	2,344	2	,038	8,086
179	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634
180	2	2	,978	5	,929	,787	1	,071	6,634

For the original data, squared Mahalanobis distance is based on canonical functions.

For the cross-validated data, squared Mahalanobis distance is based on observations.

** . Misclassified case

b. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

Table des matières

Introduction générale.....	01
Partie I: le phénomène de la fraude à l'assurance face au cadre légal de l'assurance automobile.....	01
Chapitre 01: Le contrat d'assurance automobile.....	01
Section 1: Le cadre légal régissant le contrat d'assurance automobile.....	01
1- l'obligation d'assurance automobile	01
2- les personnes tenues de s'assurer.....	01
3-les exclusions.....	02
4-le fonds de garantie automobile.....	02
4-1-obligation du FGA.....	02
4-2-recours contre le responsable non assuré.....	03
4-3- les ressources du FGA.....	03
5-obligations de l'assuré.....	03
5-1-déclarations concernant le risque et ses modifications.....	03
5-2- paiement des primes.....	04
6- contrôle et sanction de l'obligation d'assurance.....	05
Section 2 : Le contrat d'assurance automobile: RC et dommages.....	05
1-la garantie responsabilité civile (RC).....	05
1-1- responsabilité civile "en circulation".....	05
1-2- responsabilité civile "hors circulation".....	05
1-3- responsabilité civile "garanties complémentaires".....	06
2- les exclusions s'appliquant aux garanties de responsabilité civile.....	06
2-1- est déchu de la garantie.....	06
2-2- sont exclus.....	06
2-3 déchéance pour ivresse.....	07
3-la garantie des dommages éprouvés par le véhicule assuré.....	07
3-1- les dommages causés au véhicule : assurance "tous risque".....	07
3-2- les dommages- collisions.....	07
3-3- le bris de glaces.....	07
3-4- le vol.....	08
3-5- l'incendie et explosions.....	08
3-6- la défense - recours.....	08
3-7-la garantie contractuelle en faveur des occupants du véhicule assuré.....	08
4-les exclusions s'appliquant aux garanties dommages.....	09
Section 3: La gestion des sinistres (RC et dommages).....	09
1- obligation de l'assuré en cas de sinistre.....	09
1-1- délai de déclaration.....	09
1-2-autre obligations.....	09
2-sauvegarde des droits de la compagnie-subrogation.....	10
2-1-la garantie défense -recours.....	10
2-2- la subrogation.....	10
3-les obligations de l'assureur.....	10
3-1- montant de la garantie.....	10

3-1-1- dispositions spéciales aux garanties de responsabilité civile.....	10
3-1-2- dispositions spéciales aux risques de dommages éprouvés par le véhicule assuré.....	10
3-1-3- dispositions spéciales aux garanties contractuelles en faveur des occupants du véhicule assuré.....	11
4-les procédures de règlement des sinistres.....	11
4-1-dispositions spéciales aux garanties de responsabilité civile.....	11
4-2- dispositions spéciales aux garanties de dommages éprouvés par le véhicule assuré.....	11
4-3- les dispositions spéciales à la garantie défense - recours.....	12
4-4- les dispositions spéciales aux garanties contractuelles en faveur des occupants du véhicule assuré.....	12
5- la convention IDA (indemnisation directe des assurés).....	12
5-1-les conditions d'application	12
6- les délais de règlement.....	13
Section 4: L'activité de l'assurance automobile en Algérie.....	13
1- la production de l'assurance automobile.....	13
2- les indemnisations de l'assurance automobile.....	14
conclusion	14
Chapitre 02: La fraude à l'assurance automobile.....	15
Section 1 : Aperçu sur la fraude à l'assurance en général et à l'assurance automobile en particulier	15
1-définition de la fraude à l'assurance.....	15
2- les différents types de fraude	15
2-1- la fraude à la souscription.....	15
2-1-1-l'antisélection.....	15
2-1-2-la fausse déclaration du risque.....	16
2-2- la fraude en cours de contrat.....	16
2-2-1-l'aléa moral.....	16
2-2-2- la provocation du sinistre par l'assuré.....	17
2-3- la fraude à la déclaration de sinistre	17
2-3-1- la fraude après la survenance du sinistre.....	17
2-3-2-le faux sinistre	18
3-la fraude à l'assurance par branche.....	18
3-1-la fraude à l'assurance automobile.....	18
3-1-1- à la souscription.....	19
3-1-2- en cours de contrat.....	19
3-2- la fraude à l'assurance responsabilité civile (RC) – auto.....	20
3-3-la fraude à l'assurance santé.....	20
3-4- la fraude à l'assurances de choses.....	20
3-5- la fraude à l'assurance accidents corporels.....	20
Section 2: le phénomène de la fraude à l'assurance en Algérie et à l'étranger.....	21
1- la fraude à l'assurance en Europe.....	21
1-1- la fraude à l'assurance; cas de la France.....	22
1-2- la fraude à l'assurance; cas de l'Angleterre	23
2- l'ampleur de la fraude à l'assurance au canada.....	23
3-l'ampleur de la fraude à l'assurance aux États-Unis.....	24
4-la fraude à l'assurance dans la région MENA.....	24

4-1-l'ampleur du phénomène de la fraude à l'assurance en Algérie.....	24
Section 3: les conséquences de la fraude à l'assurance: effets négatifs.....	25
1-les effets négatifs de la fraude à l'assurance sur l'économie.....	25
2- les conséquences de la fraude à l'assurance sur les compagnies d'assurance.....	26
3- les conséquences de la fraude à l'assurance sur l'assuré.....	27
4- les conséquences de la fraude à l'assurance sur l'assuré.....	27
Conclusion.....	28

Chapitre 03: les failles du contrat et comportement des assurés fraudeurs.....29

Section 1: les failles du contrat d'assurance : terrain favorable à la fraude.....	29
1- les conditions liées à l'acte frauduleux.....	29
1-1- l'élément moral.....	29
1-2- l'élément matériel.....	29
2-les failles liées au cadre légal de l'activité d'assurance.....	30
3-les failles liées aux contrats d'assurance.....	31

Section 2: l'analyse du profil de l'assuré fraudeur.....	33
1- les différents types d'assurés fraudeurs.....	33
1-1-les bandes organisées.....	33
1-2- les entreprises en difficultés financières.....	34
1-3- les particuliers.....	34
2- traits de caractères de l'assuré fraudeur.....	36
3- les complices dans l'acte de fraude à l'assurance.....	37

Section 3: les indices et les motivations de l'assuré fraudeur.....	38
1- les indices de la fraude à l'assurance.....	38
1-1-les indices relatifs au contrat d'assurance.....	39
1-2-les indices relatifs à la situation de l'assuré et à sa responsabilité	39
1-3-les indices relatifs à l'attitude de l'assuré au moment ou après le sinistre.....	39
2- les motivations directes de l'assuré fraudeur.....	40
2-1-les motivations personnelles.....	40
2-2-les motivations contractuelles.....	41
2-3-les motivations indirectes.....	41
2-3-1-la tolérance des compagnies d'assurance.....	41
2-3-2-la tolérance du public.....	41
3-3-la complaisance des organismes d'application de la loi.....	42
Conclusion	42

Partie II: les moyens de lutte contre la fraude à l'assurance automobile.....43

Chapitre 01: la politique de prévention et de lutte contre la fraude.....43

Section 1 : les expériences étrangères en matière de lutte contre la fraude.....	43
1- le cas de la France.....	43
2- le cas du Royaume-Uni.....	44
3-le cas de la Belgique.....	45
4-le cas de Canada.....	45
5- le cas des États-Unis	46
Section 2 : la politique sectorielle de prévention et de lutte contre la fraude.....	48

1-les sanctions civiles et pénales de la fraude ou tentative de fraude à l'assurance.....	48
1-1-les sanctions civiles de la fraude ou tentative de fraude a l'assurance	48
1-2-les sanctions pénales de la fraude ou tentative de fraude à l'assurance.....	49
2-la création d'un organisme professionnel : l'agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).....	50
 Section 3: la politique de la SAA de lutte contre la fraude à l'assurance.....	51
1-l'appréciation du risque	51
1-1- les documents à fournir par le souscripteur.....	51
1-2- les renseignements à fournir obligatoirement par le souscripteur.....	51
1-3- l'établissement du certificat de visite du risque.....	52
1-4- établissement du contrat	52
2- la gestion des sinistres automobile.....	52
3- la collaboration avec ALFA	54
Conclusion	56
 Chapitre 02: le rôle de l'agence "alfa" dans la lutte contre la fraude à l'assurance.....	57
Section 1 : le statut de l'agence de lutte contre la fraude à l'assurance "ALFA"	57
1-l'organisation de la spa ALFA.....	58
1-1-la direction générale	58
1-2-la structure technique	58
1-3-la structure administrative et financière.....	58
1-3-la structure administrative et financière	58
1-4-les structures opérationnelles.....	58
2- les enjeux de la création ALFA.....	58
 Section 2 : la politique d'intervention et instruments de travail.....	59
1-les moyens de lutte contre la fraude à la disposition d'ALFA.....	59
2-l'exploitation des rapports d'enquête d'ALFA.....	59
2-1-la première étape.....	59
2-1-1- le cas du dossier régulier.....	60
2-1-2- le cas de dossier irrégulier (frauduleux).....	60
2-1-3- le cas de carence (absence de moyen de preuve ou insuffisance).....	60
2-2-la deuxième étape.....	61
2-1-4- le cas d'un désistement.....	61
2-2-1- la situation 1	62
2-2-2- la situation 2	62
2-2-3- la situation 3.....	62
2-2-4- la situation 4	63
3-les services offerts par ALFA.....	63
3-1-l'enquêtes classiques "E-C"	63
3-2- la recherche des véhicules volés "R.V.V" "nouveau"	63
3-3- le fichier central des fraudeurs "F.C.F" "nouveau"	63
3-4- le fichier central sinistre "plate forme" "nouveau"	63
3-5-l'audit de prévention contre la fraude "A.P.F" "nouveau".....	63
4-les perspectives d'ALFA.....	64
4-1-sur le plan interne.....	64

4-2- sur le plan externe.....	64
Section 3: l'évaluation de l'expérience d'ALFA et son impact sur la lutte contre la fraude à l'assurance.....	65
1-l'évaluation des performances d'ALFA.....	65
2-l'activité du 01 janvier 2013 au 31 décembre 2013.....	68
Conclusion.....	70
Chapitre 03: l'étude et l'examen d'un échantillon de dossiers douteux.....	71
Section 1 : la présentation des données de l'échantillon.....	71
1- la base de données.....	72
2- la présentation et la description des variables utilisées.....	72
2-1- les variables relatives au contrat d'assurance.....	72
2-2-les variables relatives à la déclaration du sinistre.....	73
2-3- les variables relatives à l'acte de fraude.....	74
3- définition des critères de classement.....	74
4- répartition de l'échantillon	74
Section 2 : l'approche statistique descriptive de l'échantillon.....	74
Section 3: l'élaboration d'un modèle à l'aide de l'analyse discriminante linéaire (ADL).....	79
1-les méthode de l'analyse discriminante linéaire "ADL".....	80
1-1-la méthode géométrique.....	80
1-2-la méthode probabiliste	80
2- l'évaluation de la qualité de l'analyse discriminante.....	80
3-la sélection des variables	81
4- la méthode de validation croisée.....	81
5-élaboration du modèle à l'aide de l'ADL.....	82
5-1-le critère de regroupement qualitatif.....	82
5-2- les variables indépendantes.....	82
5-3- la fonction score.....	82
5-3-1- vérification de la validité de l'étude.....	83
5-4-estimation des coefficients de la fonction discriminante.....	83
Conclusion.....	87

Conclusion générale.....

Bibliographie

Annexe