

Compte rendu de la 29e Consultation téléphonique A2ii – AICA

# Réactions des contrôleurs dans la lutte contre la fraude



---

*Les Consultations téléphoniques sont organisées dans le cadre du partenariat entre l'Initiative Accès à l'assurance (A2ii) et l'Association internationale des contrôleurs d'assurance (AICA) pour fournir aux contrôleurs une plateforme d'échanges sur les expériences et les enseignements relatifs au développement de l'accès à l'assurance.*

---

## Introduction

La fraude à l'assurance est un phénomène grave auquel toute autorité de contrôle est confrontée tôt ou tard; si rien n'est fait, la fraude exerce une forte capacité de nuisance sur la santé du marché de l'assurance. Lors de cette consultation téléphonique, nous avons réuni plusieurs contrôleurs, présents pour partager leurs expériences et leurs approches en matière de fraude : la situation actuelle de la fraude dans leurs marchés respectifs, la façon dont ils en assurent le suivi surveillent et les mesures ont mises en place pour y remédier.

Les contrôleurs présents lors de l'appel étaient :

- Dmitry Chiknizov, Banque centrale de la Fédération de Russie
- Damian Jaworski et Bartosz Bigaj, Commission de surveillance financière (KNF) (Pologne)
- Callum McVean et Kevin Bown, Commission des services financiers (Guernesey)
- Younes Lammat, Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACAPS) (Maroc)
- Une table ronde réunissant des contrôleurs francophones du continent africain (République démocratique du Congo, Cameroun et Burkina Faso) ont également partagé leurs points de vue.
- Du côté du secteur, nous avons également eu le plaisir d'écouter l'exposé de Ricardo Tavares de la CNseg, Confédération nationale des assurances (Brésil).

En 2011, l'AICA a élaboré un document d'application sur la dissuasion, la prévention, la détection, le signalement et la résolution des fraudes en matière d'assurance, téléchargeable en anglais [ici](#).

## Présentation de Dmitry Chiknizov (Banque de Russie)

Dmitry Chiknizov du service de la protection des consommateurs dans le domaine des services financiers au sein de la Banque centrale de la Fédération de Russie nous a fait part de l'expérience de son pays en matière de fraude.

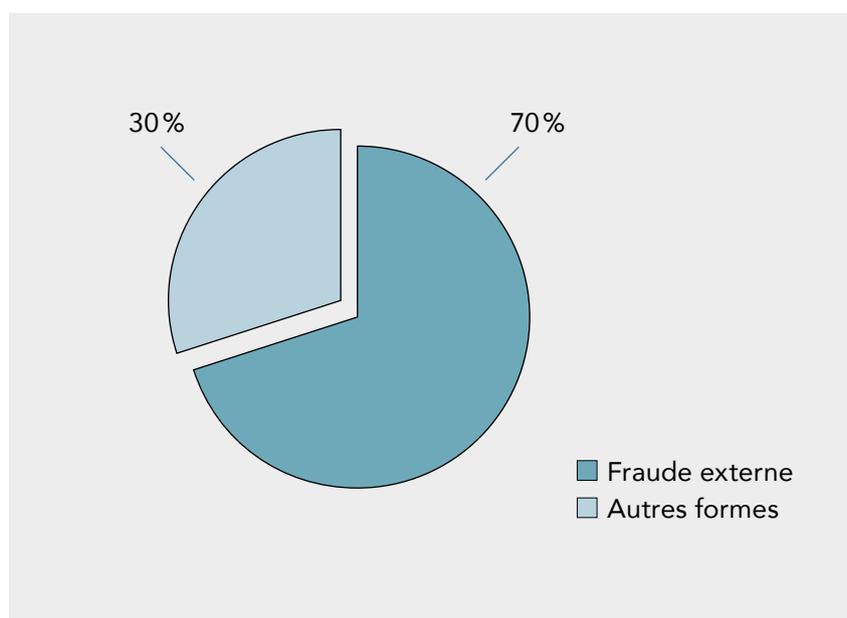
### Un aperçu de la fraude sur le marché russe

En Russie, les principaux segments du marché de l'assurance sont l'assurance obligatoire de la responsabilité civile des propriétaires de véhicules (OSAGO), l'assurance-vie et santé, l'assurance habitation, l'assurance facultative de véhicules (CASCO) et l'assurance maladie facultative.

- La Banque de Russie utilise le système de classification suivant pour décrire et répertorier les différents types de fraudes : **Fraude interne** : Acte de fraude commis par le propriétaire ou un employé de la compagnie d'assurance.
- **Fraude externe commise par l'assuré** : Acte de fraude commis par les assurés et cherchant principalement à obtenir une indemnité induue, une surestimation de l'indemnité d'assurance ou une réduction illégitime de leurs primes d'assurance.
- **Fraude externe commise par des intermédiaires** : Acte de fraude commis par des agents ou des courtiers d'assurance et visant principalement à obtenir des avantages indus (souvent la récupération d'une partie des primes d'assurance) en fournissant des informations erronées lors de la signature d'un contrat d'assurance avec l'assuré.
- **Fraude externe de la part des prestataires de travaux, fournitures et services** : les principales catégories de contreparties ciblées par ce type d'activité frauduleuse sont les partenaires de sociétés d'assurances (stations-service, établissements médicaux, établissements de santé et organismes sociaux); les contreparties de sociétés d'assurance sous contrat chargées de répondre aux besoins administratifs et économiques des assureurs.
- **Fraude mixte** : Acte de fraude qui combine des éléments de fraude interne avec des éléments de l'un des types de fraudes externes mentionnés précédemment.

Le type de fraude à l'assurance le plus répandu en Russie est la « fraude externe », commise par les assurés et les bénéficiaires. Elle représente près de 70 % des cas de fraude répertoriés. La catégorie la moins répandue est la fraude commise par des prestataires de travaux, fournitures et services.

Depuis quelques années, l'assurance automobile est devenue l'un des segments les plus problématiques sur le marché russe de l'assurance sur le plan de sa vulnérabilité face à la fraude.



La fraude dans l'assurance automobile peut se manifester sous plusieurs formes :

- La mise en scène d'un accident de la circulation ;
- L'exagération délibérée du degré de dommages infligés au véhicule ;
- La déclaration de renseignements délibérément faux à la signature du contrat d'assurance ;
- Le braquage mis en scène du véhicule ;
- La falsification des documents relatifs aux accidents de la circulation fournis à l'assureur au moment de confirmer la survenance d'un événement assuré ;
- La signature du contrat d'assurance après la survenance de l'événement assuré (la fréquence de l'occurrence de ce stratagème a augmenté après la vente obligatoire de polices OSAGO sous forme électronique depuis janvier 2017). Le traitement rapide des polices OSAGO par Internet permet aux assureurs peu scrupuleux de minimiser le délai entre l'occurrence de l'accident de la route et la signature du contrat d'assurance ;
- La vente de polices d'assurance contrefaites ;
- L'augmentation du montant de l'indemnité d'assurance avec le concours d'avocats spécialisés en droit routier.

## Mesures pour contrer les actes de fraude

Certaines mesures réglementaires visant à identifier et à prévenir la fraude à l'assurance et à la combattre sont en place, notamment l'adoption de dispositions juridiques réglementaires en vigueur, la mise en place de mécanismes de surveillance et de contrôle du respect de ces dispositions par les acteurs du marché. La Banque de Russie a également mis en place des mécanismes d'interaction avec d'autres organismes de réglementation et les forces de l'ordre afin de renforcer l'efficacité des mesures de lutte contre la fraude.

Des mesures ont également été prises au niveau des organisations et des associations professionnelles, ainsi que des politiques et des mesures nationales pour lutter contre la fraude à l'échelon des compagnies d'assurance.

Malgré le fait que la Banque de Russie ne dispose pas d'un droit formel à l'initiative législative, l'autorité de réglementation a maintes fois proposé de modifier la législation en vigueur sur les assurances, principalement en matière d'assurance automobile obligatoire. Bien qu'une part majeure de l'initiative ne vise pas directement à lutter contre la fraude, elle a un effet indirect sur la réduction de la prévalence des stratagèmes frauduleux.

La Banque de Russie opère dans trois principaux domaines :

1. Introduction de la priorité à la réparation du véhicule endommagé plutôt qu'au paiement de l'assurance dans le cadre de l'assurance automobile obligatoire en 2017. Cette initiative implique de réorienter les avocats spécialisés dans le droit routier à soumettre en priorité des demandes d'indemnisation pour mauvaise réparation, en supprimant l'option de compensation monétaire, réduisant ainsi l'intérêt des fraudeurs sévissant dans le segment de l'assurance automobile obligatoire.

2. L'initiative de la Banque de Russie consiste à établir un délai de carence de 72 heures entre la confirmation par voie électronique et le début de la validité de la police d'assurance automobile obligatoire : cette mesure permettra de lutter contre les fraudeurs qui souscrivent une police d'assurance à la suite d'un accident;
3. Proposition de la Banque de Russie quant au signalement des sites d'assureurs légitimes inscrits dans le segment de l'assurance automobile obligatoire : dresser la liste des sites des assureurs officiels autorisés à vendre des polices par voie électronique sur Yandex (le moteur de recherche russe). Cette mesure permettra de lutter contre les escrocs sur Internet qui sévissent en créant des « clones » de sites d'assurances et procèdent à la vente de fausses polices.

### Fonctions de coordination et d'information

La Banque de Russie met en place une série d'initiatives pour renforcer la lutte coordonnée contre la fraude :

- Elle interagit avec divers acteurs du marché de l'assurance, notamment des associations professionnelles d'assureurs et d'assureurs individuels, ainsi qu'avec les forces de l'ordre et les organismes gouvernementaux de lutte contre la fraude à l'assurance.
- Elle coopère avec les forces de l'ordre et les organes exécutifs principalement sous la forme de réunions interministérielles, mais aussi par le partage des expériences et l'organisation de séminaires de formation et de conférences sur les enjeux de la fraude à l'assurance.
- Elle assure également la coordination avec les instances judiciaires, participe aux réunions des tribunaux régionaux et échange des expériences sur les fraudes à l'assurance, et participe aussi au travail de la Cour suprême pour expliquer et interpréter le droit des assurances.

Le l'autorité de réglementation prend toutes les mesures nécessaires pour informer les assurés des problèmes relatifs à la fraude à l'assurance.

=====  
 Pour toute question concernant la présentation de M. Dmitry Chiknizov, vous pouvez vous adresser directement à l'intéressé : [chiknizovdv@cbr.ru](mailto:chiknizovdv@cbr.ru)  
 =====

## Présentation de Damian Jaworski et Bartosz Bigaj de la KNF (Pologne)

La KNF est une autorité intégrée responsable de la surveillance de l'ensemble du marché financier, distincte de la Banque centrale polonaise. M. Jaworski est responsable de la coopération internationale, en particulier dans le domaine des assurances. M. Jaworski occupe également le poste de coordinateur de l'AICA pour la région de l'Europe centrale, Europe de l'Est et Transcaucasie. M. Bigaj agit en qualité d'expert au sein de l'unité d'analyse et au service international du secteur des assurances.

Les stratagèmes de fraude à l'assurance sont assez répandus dans les pays de la région de l'Europe centrale, Europe de l'Est et Transcaucasie. L'expérience générale de la KNF devrait donc également s'appliquer à d'autres pays.

Il n'y a pas de définition générale ou universelle de la fraude. Cependant, le Comité européen des assurances (CEA) propose la définition suivante :

*Acte ou omission relatif à la signature d'un contrat d'assurance ou à une demande d'indemnisation visant à obtenir un enrichissement indu pour le fraudeur ou un tiers, ou causant préjudice à un tiers.*

Plus tard, après la transformation de CEA en Insurance Europe, la définition a également été actualisée et divisée en 3 catégories de fraude pour mieux différencier leur nature :

- *fournir des informations trompeuses ou incomplètes dans les demandes d'assurance ou les réponses à un formulaire de souscription à une police d'assurance;*
- *soumettre une demande d'indemnisation pour un cas de dommage fondée sur des faits trompeurs ou erronés, notamment le fait d'exagérer les faits d'une demande d'indemnisation sincère; et*
- *formuler des déclarations trompeuses ou mensongères dans ses échanges avec un assureur dans le but de tirer un profit indu du contrat d'assurance*

La fraude à l'assurance s'applique aux assurances vie et non-vie et elle est susceptible d'être commise par pratiquement toutes les parties impliquées dans le processus d'assurance (consommateurs, tiers, intermédiaires, employés de compagnies d'assurance, etc.)

La fraude a une incidence négative sur tous les segments du marché :

- Pour les **assureurs** : elle occasionne une hausse des montants des dédommagements versés, une réduction de la liquidité financière de l'assureur, elle risque de ternir sa réputation et de limiter sa capacité à traiter rapidement et correctement les demandes d'indemnisation légitimes.
- Pour les **clients** : elle se traduit par une augmentation du coût des primes et des délais de traitement des demandes d'indemnisation.
- Pour la **société dans son ensemble** : la fraude peut être reliée à d'autres activités criminelles, elle contribue à augmenter les coûts des enquêtes et des poursuites et, de manière générale, elle renforce le manque de confiance.

Pour la région de l'Europe centrale, Europe de l'Est et Transcaucasie, il est difficile de dresser un tableau précis de l'état des lieux de la fraude à l'assurance, faute de statistiques exhaustives. Certaines sources statistiques ne sont pas mises à la disposition du grand public. Cependant, les données disponibles suggèrent que les défis relatifs à la fraude sont assez similaires dans tous les pays de cette région du monde.

En Pologne, pour la période 2016-2017, nous observons une diminution générale d'environ 28 % des occurrences de fraude dans l'assurance non-vie et de 12 % dans l'assurance-vie. Toutefois, le montant des demandes d'indemnisation a augmenté en raison des coûts des polices d'assurance automobile, mais aussi des frais de réparation associés et du fait que la criminalité en matière d'assurance est de plus en plus sophistiquée, évoluant vers des gains ponctuels uniques plus importants par incident plutôt que de privilégier une multiplication de petites escroqueries.

Le volume des fraudes est plus élevé dans l'assurance non-vie (environ 8 fois plus d'occurrences) que dans l'assurance-vie. Dans le domaine de l'assurance-vie, le plus souvent, la fraude à l'assurance vise la cause du décès (où la cause déclarée n'est pas la cause réelle). Dans l'assurance non-vie, 50 % des fraudes à l'assurance sont liées à l'assurance automobile, et réparties ainsi : 30 % dans l'assurance obligatoire et 20 % dans l'assurance facultative.

Deux exemples de fraudes à l'assurance de grande ampleur ont été présentés : Des agents d'assurance commettaient une escroquerie généralisée, ces derniers signaient des contrats d'assurance-vie avec des connaissances afin de toucher la commission de la part des compagnies d'assurance, puis l'assuré cessait de verser la prime. Le gouvernement polonais a adopté la loi de 2015 sur les activités d'assurance et de réassurance, obligeant les assureurs à étaler sur la durée les dépenses relatives au versement des commissions de ses agents dans le cadre de contrats d'assurances-vie avec des fonds de capital d'assurance. Cela a entraîné une baisse du taux de criminalité.

Un autre exemple est un incident isolé dans lequel une demande d'indemnisation a été soumise pour l'incendie d'un camion de transport de véhicules qui *aurait* contenu des voitures de luxe. Cette demande d'indemnisation d'un montant de 40 millions de zlotys a été rejetée lorsque l'inspection supplémentaire a permis de révéler que les véhicules en question étaient déjà détruits avant l'incendie.

Dans l'assurance automobile, les types de fraudes suivants sont les plus fréquents :

1. Des accidents de la circulation causés délibérément par des conducteurs en connivence (lorsque l'indemnité à verser est censée être supérieure au montant de la perte)
2. L'utilisation d'un véhicule endommagé censé servir de preuve d'un accident présumé, mais en réalité entièrement mis en scène.
3. Des coûts fictifs ou injustifiés liés à l'accident
4. Le dépôt d'une demande d'indemnisation au titre de l'assurance accidents et vol après un vol de voiture fictif
5. La déclaration d'un même dommage à deux compagnies d'assurance (même si la loi polonaise n'autorise pas de souscrire plusieurs contrats d'assurance responsabilité civile). Cette occurrence particulière a aujourd'hui été atténuée par la mise en place d'une base de données commune.

## Lutter contre la fraude à l'assurance

En Pologne, les approches suivantes ont été adoptées :

<p>Activités de formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› <b>Séminaire national</b> <i>Coopération entre la police, les compagnies d'assurance et diverses institutions du marché de l'assurance en matière de prévention, de divulgation des données et de lutte contre la criminalité dans l'assurance</i> à l'intention des représentants des forces de l'ordre, des autorités locales et nationales, la KNF, les institutions financières, etc.</li> </ul>
<p>Partage de renseignements</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› <b>Europol</b> et <b>Interpol</b>, ainsi que des agents de liaison des forces de l'ordre des pays tiers</li> </ul>
<p>Plate-forme du Fonds de garantie des assurances</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› <b>Aujourd'hui à l'étape de pilote, les données sont collectées auprès du secteur des assurances</b>, pour préparation au lancement cette année.</li> <li>› À l'échelle du secteur, tous les acteurs du marché peuvent rejoindre la plateforme (ajouter et consulter des données)</li> <li>› Partage de renseignements sur les risques relatifs aux contrats d'assurance et au règlement des demandes d'indemnisations, (prévention de demandes multiples pour un même accident)</li> </ul>
<p>KNF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Réalisation d'<b>enquêtes sur la fraude à l'assurance</b> en concertation avec les assureurs</li> <li>› Centre de formation pour les acteurs du marché CEDUR - Conférences à l'intention des institutions financières</li> <li>› Supervision de l'organisation du <b>système de contrôle interne</b> et de la <b>cellule d'audit interne</b> des compagnies d'assurance</li> <li>› Dans le cadre du <b>BION</b> (Cadre d'évaluation des risques), la KNF calcule le volume de fraude à l'assurance dans le résultat total de l'évaluation. En cas de problème avéré, la KNF exige la mise en place de mesures correctives.</li> </ul>
<p>Chambre d'assurance polonaise</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› La Chambre d'assurance polonaise réalise des <b>études sur la fraude à l'assurance</b></li> <li>› <b>Des rapports sur la fraude à l'assurance sont publiés chaque année.</b></li> <li>› L'enquête couvre toutes les compagnies d'assurance (celles basées en Pologne et les succursales de compagnies d'assurance étrangères)</li> <li>› En 2016, pratiquement toutes les compagnies d'assurance présentes en Pologne ont répondu à l'enquête.</li> </ul>

La KNF anticipe pour l'avenir un grand bouleversement dans les habitudes de consommation avec l'arrivée de l'économie virtuelle, ce qui entraînera certainement de nouveaux défis pour le contrôle en matière de lutte contre la fraude à l'assurance :

- Le développement des réseaux sociaux, de l'économie collaborative (*sharing economy*) ou de l'assurance « au kilomètre » ou à « l'utilisation » (*usage-based insurance*)
- Les nouveaux canaux de communication entre assureurs et assurés
- La cybersécurité, p. ex. : le vol d'identité des assurés
- Les nouveaux dispositifs de lutte contre la fraude
- Les nouvelles exigences pour les compagnies d'assurance

=====  
 Pour toute question concernant le document de discussion et les études pilotes de la FCA, y compris les données recueillies, veuillez contacter  
 M. Damian Jaworski [Damian.Jaworski@knf.gov.pl](mailto:Damian.Jaworski@knf.gov.pl) ou Bartosz Bigaj [Bartosz.Bigaj@knf.gov.pl](mailto:Bartosz.Bigaj@knf.gov.pl)

## Présentation de M. Callum McVean et de M. Kevin Bown, Commission des services financiers de Guernesey

Callum McVean (Directeur adjoint, Unité d'application de la loi) et Kevin Bown (Directeur adjoint, Veille) ont présenté les expériences observées par la Commission des services financiers de Guernesey (CSFG). Leur thématique centrale : « Comment lutter contre la fraude lorsque l'on ne dispose d'aucun pouvoir de juridiction pénale ? »

La CSFG n'a aucun pouvoir pénal pour enquêter ou poursuivre des infractions pénales (ni les actes de fraude externe commis par des clients ni la fraude interne commise à l'encontre des clients). La CSFG cherche à savoir si les compagnies d'assurance ont mis en place des contrôles adéquats pour prévenir, identifier et réduire les cas de fraude. La CSFG enquête également sur des entreprises lorsque ces contrôles échouent. Ce faisant, elle se fonde sur les pouvoirs civils pour sanctionner entreprises et particuliers. Ces sanctions comprennent des pénalités financières et des ordonnances d'interdiction.

La CSFG assiste la police par coordination directe pour lui fournir des renseignements précis sur des actes frauduleux, tout en diffusant également des informations à plus grande échelle sur le réseau national de renseignements sur la criminalité financière (*Financial Crime Information Network*).

La CSFG informe le public sur la fraude en publiant des alertes (voir paragraphe précédent) sur son site Web lorsqu'elle identifie une nouvelle tendance en matière de fraude, identification faite à la suite d'un examen financier de l'entreprise, en examinant particulièrement les lacunes potentielles dans leurs systèmes de contrôles de prévention de la fraude.

Lorsque des fraudes sont commises dans des entreprises, la CSFG examine la nature des contrôles et des mécanismes en place au sein de l'entreprise pour vérifier s'ils sont adéquatement préparés pour les prévenir. Parallèlement aux enquêtes criminelles pouvant être engagées contre des suspects de fraude, la CSFG mène des enquêtes au civil. Par exemple, un directeur condamné pour fraude se verra interdire d'exercer ses fonctions à l'avenir.

Par son travail de liaison avec les forces de l'ordre, la CSFG a signé un protocole d'accord avec la cellule de renseignement financier (CRF) pour échanger des informations concernant des infractions financières présumées. Ces derniers ont mis en place un comité mixte avec la CRF pour discuter de dossiers d'intérêt mutuel, notamment de présomption de comportement frauduleux. Ce travail permet de broser un tableau plus complet de la fraude et évite les doublons où les mêmes enquêtes seraient menées par deux administrations.

Le réseau d'information sur la criminalité financière est un réseau britannique hébergé par l'autorité de contrôle de la conduite financière (*Financial Conduct Authority*), qui compte de nombreux organismes britanniques de réglementation chargés d'appliquer la loi. Il dispose d'un mécanisme d'alerte rapide, utile pour prévenir les autres membres de l'occurrence de nouveaux cas de fraude et stratagèmes. Les renseignements échangés portent sur tous les types de fraudes.

La CSFG diffuse des avis de mise en garde par l'intermédiaire de son site web pour alerter les consommateurs sur de fausses entreprises ou des individus fictifs qui sollicitent des renseignements ou prétendent proposer des services. Elle émet également des avertissements plus généraux pour avertir les gens de différentes catégories de fraudes, telles que les usurpations par téléphone et autres escroqueries.

Les examens financiers menés par la CSFG servent à déterminer si les entreprises sont plus ou moins vulnérables dans des secteurs particuliers, tels que le risque d'exposition aux crimes financiers. Les enseignements tirés de ces évaluations servent ensuite à sensibiliser les entreprises pour mieux les aider à renforcer leurs systèmes et leurs contrôles.

M. McVean a également évoqué deux cas décelés par la CSFG :

### Étude de cas n° 1

Une société fiduciaire locale a identifié un directeur qui fraudait depuis trois ans, encaissant l'argent des clients sans effectuer suffisamment de contrôles sur les transferts d'argent. La personne a finalement été interceptée par ses collègues. Le directeur a été livré aux forces de l'ordre et condamné à deux ans d'emprisonnement. La CSFG a effectué une visite sur place auprès de la société fiduciaire afin de mieux évaluer ses politiques et procédures. Aucun autre incident n'a été relevé, mais les systèmes et contrôles en place étaient médiocres, ce qui entraînait plusieurs manquements à la réglementation. L'entreprise a été condamnée à payer une amende de 70 000 livres sterling et à entreprendre d'importants travaux correctifs.

## Étude de cas n° 2

Dans le cadre d'un examen thématique, nous avons rendu visite à un courtier d'assurances d'une localité. Cela a dès le début permis de mettre en évidence de graves manquements concernant des permutations inopinées de produits à un autre entre des clients, sans raison valable. L'affaire a ensuite été renvoyée au service responsable de la CSFG pour enquête. Après examen des dossiers des clients, il est apparu qu'un directeur du courtier avait empoché l'argent des clients en échange des produits, mais qu'il n'achetait en réalité jamais les produits en question, de manière à conserver les sommes pour son seul bénéfice. Cette information a été transmise aux forces de l'ordre.

La décision a été prise de continuer à enquêter sur les manquements réglementaires du courtier. Les forces de l'ordre ont donc ouvert une enquête criminelle et la CSFG une enquête civile. La CSFG a constaté que si un cas de fraude est identifié dans une entreprise, il est souvent un indicateur de la présence d'autres problèmes.

Le directeur a été condamné à 4 ans d'emprisonnement pour fraude. Il a été établi que le même directeur avait incorrectement vendu des produits financiers et avait donné des conseils financiers uniquement établis en fonction de ses motivations personnelles. Le directeur s'est vu interdire à vie d'occuper cette catégorie de poste dans une institution financière.

## Conclusions

En conclusion, l'expérience de la CSFG s'articule autour des enseignements suivants :

1. Les autorités de réglementation sur la fraude ont la capacité de lutter contre ce fléau sans avoir à recourir aux pouvoirs de juridiction pénale.
2. Lorsqu'il y a fraude avérée, d'autres manquements à la réglementation sont à prévoir.
3. L'échange de renseignements entre autorités de réglementation et forces de l'ordre et les entreprises est crucial.

=====  
 Pour toute question sur la présentation de la GFSC, veuillez contacter M. Callum McVean ou M. Kevin Bown à l'adresse [cmcvean@gfsc.gg](mailto:cmcvean@gfsc.gg) ou sur [kborn@gfsc.gg](mailto:kborn@gfsc.gg)  
 =====

## Présentation de M. Younès Lammat de l'ACAPS, Maroc

Avec le développement du secteur de l'assurance automobile au Maroc, l'ACAPS a enregistré une hausse correspondante du nombre de cas de fraude. À tel point que le sujet s'est invité dans le débat prioritaire pour l'ACAPS. Les enquêtes préliminaires informelles indiquent que les demandes d'indemnisation frauduleuses pourraient représenter jusqu'à 21 % des pertes du marché de l'assurance automobile.

L'ACAPS a cherché une définition et opté pour celle de l'AICA, à savoir qu'il s'agit d'une action délibérée permettant à ses auteurs de tirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance. La fraude touche chaque partie de la chaîne de valeur de l'assurance, dès la souscription. La fraude peut être « interne » (lorsque les employés commettent ou laissent faire la fraude) ou « externe » (lorsque des clients tentent de commettre eux-mêmes un acte frauduleux).

Sur le plan juridique, la fraude repose sur deux concepts : le faux et l'escroquerie. En droit marocain, ces deux types de crimes sont sévèrement punis par la Loi, soit par des amendes, soit par des poursuites pénales, y compris des peines d'emprisonnement. La récidive est également plus sévèrement punie. S'il est démontré qu'un individu a menti sur son contrat, l'assureur est en droit de le résilier.

Le rôle de l'assureur est fondamental dans l'approche de l'ACAPS, car il est le principal acteur dans la lutte contre la fraude. Toutes les entreprises du marché doivent s'organiser pour partager des renseignements de haute qualité avec l'ensemble du marché. Les assureurs doivent mettre en place des mesures visant à prévenir, détecter et combattre la fraude, ce qui passe notamment par la mise en place de systèmes informatiques robustes permettant d'effectuer les enquêtes nécessaires.

La loi impose également à tous les assureurs des contrôles internes. Cette fonction interne doit permettre de surveiller tous les risques qui pourraient se manifester, et dont la fraude constitue une partie non négligeable. En effectuant un état des lieux des risques, les assureurs doivent également démontrer ce qu'ils font pour lutter contre la fraude. La fraude fait partie du cadre de risque opérationnel d'une entreprise.

Il est également crucial de former et d'informer les entreprises partenaires des assureurs. Tous les acteurs de la chaîne de valeur doivent comprendre à quels niveaux se situent les risques, mais ils doivent également être conscients des conséquences de la fraude et pouvoir mettre en place des stratégies pour identifier et prévenir la fraude.

L'autorité de contrôle joue un rôle crucial dans la lutte contre la fraude. Le contrôleur doit mener des enquêtes pour pouvoir constater si les assureurs sont adéquatement équipés pour lutter contre la fraude, s'ils se rendent bien compte de l'ampleur du problème et s'ils disposent des outils nécessaires pour la prévenir. Le contrôleur doit enquêter sur la qualité des contrôles internes et mettre à l'essai la robustesse des systèmes. Il peut également prendre des mesures correctives en insistant pour qu'une entreprise renforce ses systèmes. Il peut également mettre en place une base de données pour recueillir des données sur les cas de fraude.

Lutter contre la fraude est également essentiel pour éviter que les consommateurs ne paient des primes plus élevées dues à ce comportement criminel. Cependant, cette lutte contre ne doit en aucun cas nuire aux clients légitimes, par exemple en refusant de régler des demandes d'indemnisation au moindre doute.

=====

Si vous avez des questions concernant l'approche de l'ACAPS en matière de fraude, vous pouvez entrer en contact avec M. Lammat à l'adresse : [younes.lammat@acaps.ma](mailto:younes.lammat@acaps.ma)

=====

## Table ronde sur la fraude réunissant des représentants de pays africains francophones

**Robert Matungala (République démocratique du Congo, RDC) :** On constate en RDC de nombreux risques actuellement souscrits en dehors du pays, mais pas par des entités autorisées sous licence nationale. L'une des priorités de l'ARCA est de lutter et de mettre un terme à cette pratique qu'elle considère comme frauduleuse. Tous les risques devraient plutôt être couverts par la compagnie nationale d'assurance de la RDC. L'ARCA ne dispose d'aucune information sur l'étendue de la fraude telle qu'elle est définie par l'AICA.

**Francis Yannick Zambo Zambo (Cameroun) :** Au Cameroun, la fraude a une incidence négative sur les entreprises et sur les clients (en particulier sur le plan de la perte de confiance). La composante « responsabilité civile » de l'assurance automobile est obligatoire au Cameroun et son tarif a été établi à un plancher conforme aux normes actuarielles. Cependant, plusieurs acteurs du marché vendent ces produits à un prix inférieur pour attirer les clients. Non seulement il s'agit d'une concurrence déloyale, de facturation inférieure au prix réel, mais elle pose également des problèmes à long terme pour la santé financière des entreprises.

En outre, le problème est identique à celui observé en RDC, où de nombreuses primes sont versées à l'extérieur du Cameroun à des sociétés étrangères. Cela se produit à travers une pratique de « fronting », où des contrats excessifs de réassurance sont facturés à l'extérieur du pays, mais aussi par le biais d'une assurance directe dans le cadre de laquelle les produits sont vendus hors frontière - chose formellement interdite par la réglementation en vigueur. (Pour en savoir plus sur le *fronting*, vous pouvez télécharger [ici](#) le rapport de consultation A2ii sur la réassurance).

Au Cameroun, il est également courant de voir des demandes d'indemnisation fausses ou exagérées, de commettre une fraude au sens classique du terme.

**Sylvie Carine Zongo (Burkina Faso) :** Il y a certes de la fraude au Burkina Faso, mais son ampleur reste à déterminer, car aucune étude formelle n'a été menée. Elle est particulièrement courante dans l'assurance maladie et l'assurance automobile et se manifeste bien souvent sous la forme de demandes d'indemnisation frauduleuses. En premier lieu, l'autorité de contrôle lutte contre elle en communiquant aux clients des renseignements sur la fraude tout en les

encourageant à s'assurer. Ensuite, le contrôleur travaille avec la police (pour les cas de fraude à l'assurance automobile) et demande aux intermédiaires de dénoncer clairement et explicitement les fraudes lorsque c'est possible. Lorsque le volume de fraudes commises est élevé, les assureurs deviennent plus suspicieux ce qui a une incidence négative sur les assurés ayant soumis des demandes d'indemnisations légitimes, chose évidemment regrettable.

## Présentation de Ricardo Tavares, Confédération nationale des assurances du Brésil

### Aperçu de la CNSeg, la Confédération nationale des assurances du Brésil

La CNseg comprend quatre fédérations : la Fédération brésilienne des assurances générales (FenSeg); la Fédération brésilienne des régimes de retraite privés et d'assurances-vie (FenaPrevi); la Fédération brésilienne des régimes de santé complémentaires (FenaSaúde) et la Fédération brésilienne de capitalisation boursière (FenaCap).

En 2003, un cabinet de conseil, A.T. Kearney a été embauché pour mener un diagnostic général de la fraude au Brésil. Le contrat a abouti à l'élaboration d'une stratégie visant à mettre un terme au problème de la fraude. Une structure composée d'un directeur, de trois gestionnaires et de plusieurs employés était dédiée à ce travail. Elle assurait des activités telles que la formation des courtiers et des compagnies d'assurance sur le thème de la fraude et de ses conséquences, proposait des campagnes de sensibilisation du public sur la fraude (placardage d'affiches, lignes téléphoniques directes de signalement de fraude, ainsi que des brochures de sensibilisation aux irrégularités et des recommandations aux compagnies d'assurance en matière de prévention de la fraude). En outre, un système de quantification de la fraude a été mis au point, alimenté par les assureurs eux-mêmes, et qui permet de générer des « indicateurs » d'escroquerie : les fraudes détectées, les fraudes ayant fait l'objet d'une enquête et les fraudes avérées. Ce système permet de mesurer ce qui se passe sur le marché.

Une étude de marché réalisée en 2004 et en 2010 a également permis de révéler des tendances intéressantes du problème de la fraude auprès du grand public. L'objectif de l'enquête consistait à identifier la tendance des citoyens à commettre des fraudes, et à mieux comprendre comment les assurés percevaient l'assurance et le comportement des assureurs.

En 2015, la FenSeg a également franchi une étape cruciale dans la mise en place d'une restructuration de la région afin de prévenir et de lutter contre la fraude qui existe encore aujourd'hui.

Actuellement, cette nouvelle structure (composée d'un responsable, d'un analyste principal, d'un analyste expérimenté, d'un analyste débutant et d'un conseiller externe relevant du Service du droit pénal) est reliée à la CNseg, mais elle est directement subordonnée à la FenSeg. En matière de recoupement de renseignements, la structure est capable de croiser les données de plusieurs sources :

- Les fichiers de police des accidents de voiture
- Les données numériques du « *disque denuncia* », un numéro spécial qui permet de signaler un acte frauduleux (dans l'état de Rio de Janeiro)
- Le registre national des demandes d'indemnisation (RNS) lequel regroupe les demandes signalées au quotidien par les assureurs.
- Le Registre national des polices automobiles (RNPA), qui contient les polices d'assurance émises quotidiennement par les assureurs.
- Des mises à jour quotidiennes de la base de données des véhicules fabriqués au Brésil.
- L'historique des cas ayant fait l'objet d'une enquête, entre autres.

Tout cela permet aux analystes de déterminer si un véhicule est illégal ou non, en plus de la base de données qui répertorie les véhicules volés et/ou restitués par la police.

Le fait de recouper des informations à l'aide de la plaque d'immatriculation du véhicule, du numéro de sécurité personnelle du citoyen (connu sous le nom de CPF) ou du numéro d'identification de l'entreprise (connu sous le nom de CNPJ), et du numéro d'identification du véhicule (VIN) permet d'identifier tout type de fraude automobile.

Les groupes sont également contrôlés pour identifier si l'un de leurs agents cherche à générer un profit ou à tirer des bénéfices en escroquant une assurance en passant par un stratagème illégal.

En matière de recours aux nouvelles technologies pour surveiller les actes de fraude, en 2017, la CNseg avait convié cinq entreprises technologiques majeures (IBM, SAS, Oracle, FICO et SAP) à venir mettre en place un outil de prévision de la fraude. C'est la solution proposée par SAS qui a été retenue. En mettant en relation différents réseaux et « blocs de données » (*clusters*), le système se base sur la méthode d'exploration de données (*Data Mining*) pour filtrer les données des multiples bases de données et générer une liste des demandes d'indemnisation « suspectes ». Une analyse d'enquête est ensuite effectuée par zone afin d'établir, avec le concours des assureurs, les cas de fraude avérés et ceux qui ne le sont pas. Les soupçons de fraude sont ensuite transmis aux assureurs, qui les retournent en établissant une boucle de rétroaction dans laquelle le même cycle se répète lorsqu'un nouveau cas survient. Grâce à l'intelligence artificielle (*Machine Learning* ou « apprentissage automatique »), l'outil est capable de signaler une demande d'indemnisation qui fait l'objet d'une enquête ou si un cas est en train d'être examiné ou encore de signaler l'incident comme un cas de fraude. L'outil enverra de lui-même une alerte lorsqu'il y a de grandes chances qu'une demande d'indemnisation soit frauduleuse.

À partir de 2017, le nombre de cas de fraudes confirmées a augmenté, passant de 1,8 % en 2016 à 2,2 % en 2017.

=====  
 Pour toute question concernant la présentation de M. Ricardo Tavares, vous pouvez vous adresser directement à l'intéressé : [ricardo.tavares@cnseg.org.br](mailto:ricardo.tavares@cnseg.org.br)  
 =====

## Questions des participants

### › Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur la conception du Fonds de garantie des assurances polonais ?

Le Fonds de garantie des assurances en Pologne est une autorité semi-gouvernementale, créée en vertu de la loi et qui a permis de mettre en place l'assurance obligatoire. Son mandat est de servir de fonds de garantie pour les compagnies d'assurance. Il s'agit également d'une plate-forme de partage de renseignements.

L'une de ses raisons d'être se manifeste dans les cas où une personne subit des lésions corporelles dans le cadre d'un accident de la route, et que son auteur ne peut pas être identifié (dans un scénario de délit de fuite par exemple) ou lorsque son auteur n'est pas assuré. Le fonds de garantie intervient alors pour couvrir les dépenses de la victime (dommages personnels et matériels). En ce qui concerne l'assurance voyage, une partie distincte des fonds de garantie de l'assurance est collectée dans le cadre du Fonds de garantie pour le tourisme. Cela s'inscrit dans une initiative sociale de l'État visant à protéger les citoyens.

Il existe cependant des limites quant aux montants et aux catégories couverts par ce fonds. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet [ici](#).

### › Il existe un lien très étroit entre le comportement du marché et la fraude. Comment mettre en place des contrôles pour remédier à ce problème, en particulier dans le cas des sociétés de FinTech ?

La KNF évalue les problèmes liés au comportement du marché en tant que partie du risque opérationnel dans son cadre d'évaluation des risques, y compris son impact sur le volet prudentiel de l'entreprise. Pour les sociétés de la FinTech, la KNF effectue des inspections sur place accompagnée d'experts qui examinent leur comportement pour s'assurer que leurs systèmes et outils sont utilisés de manière à prévenir les risques relatifs à la cybercriminalité.

La CSFG parvient à ses fins, car elle fait partie du réseau d'information sur les crimes financiers et partage des renseignements sur les nouvelles menaces.

### › La fraude à l'assurance est-elle explicitement décrite dans le Code pénal ou est-elle décrite de manière plus générale ?

À Guernesey, l'infraction de fraude est une infraction d'ordre général, qui n'est pas directement liée au domaine de l'assurance (détournement de fonds, etc.). Cependant, comme La CSFG n'a aucun pouvoir de juridiction pénale, ils passeront toujours par le recours au civil.

En Pologne, la fraude à l'assurance s'inscrit dans une disposition générale du Code pénal. En outre, la fraude à l'assurance est sanctionnée en vertu de la loi polonaise relative au secteur de l'assurance et de la réassurance et de la loi sur la médiation en assurance. Il existe également des crimes relevant du droit civil, lorsque les agents ne respectent pas leurs obligations professionnelles lorsqu'ils agissent pour le compte des assureurs.

› **Comment la confidentialité des renseignements sensibles diffusés par certaines entités est-elle assurée ?**

La CNseg, en tant qu'entité qui collabore avec les assureurs, reconnaît le caractère sensible du problème. Les employés ont donc signé un accord de confidentialité afin d'autoriser le partage de certaines données. Le non-respect de l'accord de confidentialité doit entraîner des sanctions au civil et au pénal. Cela garantit la confidentialité des données entre les entités impliquées. De plus, avec le recours à la technologie pour détecter les fraudes, la CNSeg a affirmé que les données n'étaient pas transmises.

› **Y a-t-il eu des tentatives au Brésil pour tenter d'altérer la protection des informations des clients ?**

Récemment, une nouvelle loi sur la protection des données à caractère personnel a été adoptée par le Congrès et sanctionnée par le président. En outre, même si un cas a été identifié comme frauduleux ou qu'un individu a été soupçonné de fraude, l'échange d'informations n'est pas divulgué ni utilisé dans l'arbitrage des risques. Ce n'est que lorsque la fraude est prouvée en procès, qu'elle est révélée dans la sphère publique. Passé ce stade, les problèmes sont traités en interne au sein de la CNSeg.

› **N'est-ce pas un inconvénient pour les assureurs qui estiment qu'il est moins onéreux de faire en sorte qu'un fraudeur renonce à sa demande induite plutôt que de devoir supporter les coûts liés à l'enquête et au processus de traitement de la fraude en question ?**

Cela reviendrait en effet moins cher à l'assureur que le fraudeur renonce à sa demande illégitime et qu'il n'ait donc pas de travail annexe entraînant des coûts supplémentaires pour l'assureur.

De plus, la CNSeg a pour objectif de travailler sur les cas impliquant des groupes ciblant plusieurs assureurs et non des cas isolés d'un fraudeur contre un assureur.





L'Initiative est un partenariat entre :



Hébergée par :



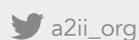
Initiative Accès à l'assurance  
Hébergée par le Projet Financial Systems  
Approaches to Insurance de la GIZ  
Deutsche Gesellschaft für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH  
Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5  
65760 Eschborn, Germany

Téléphone : +49 61 96 79-1362

Fax : +49 61 96 79-80 1362

E-mail : [secretariat@a2ii.org](mailto:secretariat@a2ii.org)

Site web : [www.a2ii.org](http://www.a2ii.org)



Promouvoir l'accès pour tous à une assurance responsable et inclusive.