

La Fraude à L'assurance : État des lieux - Cas de l'Algérie

Insurance Fraud: State of play - The Case of Algeria

الاحتيال على التأمين: الوضع الراهن - حالة الجزائر

Amel BAALI ¹		
Université Constantine 2 -Abdelhamid MEHRI, Algérie. amel.baali@univ-constantine2.dz		
Date de réception : 06/04/2024	Date d'acceptation : 11/05/2024	Date de publication : 01/06/2024

Résumé

La lutte contre la fraude en assurance demeure un défi majeur, particulièrement en Algérie, où malgré la croissance du marché, ce fléau persiste, affectant les compagnies, les assurés et l'économie. Les définitions de la fraude varient, mais toutes mettent en évidence son caractère intentionnel et ses conséquences néfastes. Les obstacles internes, comme les systèmes inefficaces et les lacunes dans la gestion des ressources humaines, compliquent les efforts de prévention et de détection. Des mesures telles que la détection précoce des fraudes et des réformes structurelles sont nécessaires, ainsi qu'un cadre législatif solide pour renforcer les dispositifs de lutte contre la fraude.

Mots-clés : Fraude, Assurance, Algérie, Lutte contre la fraude, Cadre législatif.

Codes de classification JEL : G220, K420.

Abstract :

The challenge of combating insurance fraud persists, notably in Algeria, despite market growth. This impact companies, policyholders, and the economy. Definitions of fraud vary but emphasize its deliberate nature and adverse effects. Internal obstacles like ineffective systems and human resource management gaps hinder prevention and detection efforts. Early fraud detection and structural reforms are essential, alongside a robust legislative framework to strengthen prevention mechanisms. A strategic approach, integrating technology and fostering cooperation among stakeholders, is crucial to mitigate fraud's impact and ensure the insurance market's sustainability in Algeria.

Keywords: Fraud, Insurance, Algeria, Fraud Prevention, Legislative Framework.

JEL Classification: G220, K420.

¹ Amal Bely, جامعة قسنطينة 2 - عبد الحميد مهري، الجزائر.

تشكل مكافحة الاحتيال في التأمين تحديًا كبيرًا لجميع العاملين في القطاع في كافة أنحاء العالم، وكذلك الجزائر، وهو ما يؤثر سلبًا على شركات التأمين، المؤمن عليهم وكذلك الاقتصاد. تهدف هذه الورقة البحثية، لتسليط الضوء على هذه الظاهرة في الجزائر بإبراز خصوصيتها ومحاولة تقديرها. للوصول إلى هذا اعتمادنا على المنهجين الوصفي والتحليلي، وقد توصلت الدراسة إلى نتائج عدة، منها ما يتعلق بالشركات كغياب نظم المعلومات غير المهيئة، باعتبارها المرحلة الأولى والأكثر أهمية من عملية الكشف المبكر للاحتيال، وآخر يتعلق بالجانب التشريعي الذي أدى إلى عراقيل في متابعة ومعاقبة مرتكبي الاحتيال، مقرونة بعوامل أخرى ساهمت في تثبيط وضع تصور دقيق لاستراتيجية متكاملة لمكافحة الاحتيال. هذا الوضع سمح للمحتالين بالتأثير سلبًا على القطاع، خاصة الارتفاع في حجم الخسائر والتأثير على الأرباح والعوائد، وهو ما أكدت عليه هذه الورقة البحثية بالأرقام، بالإضافة إلى التطرق لمختلف تقنيات الاحتيال، تحديده وتحليله ووضع ملامح للمحتال.

كلمات مفتاحية: احتيال، تأمين، جزائر، مكافحة الاحتيال، إطار التشريعي.

تصنيف JEL: G220، K420.

Introduction

L'hétérogénéité des clients et la diversification des produits d'assurance, conjuguées à une mondialisation et à une numérisation croissante, entraîneront une prise de risque accrue pour les sociétés d'assurance, ainsi qu'une diminution de la qualité de la couverture assurantielle, principalement en raison de l'augmentation des coûts de gestion (Clarke, Insurance Fraude, 1989). La fraude aggrave cette situation en induisant une hausse des primes et en restreignant la qualité des services offerts, ce qui limite les choix de couverture pour les assurés. C'est pourquoi les assureurs ont portés un regain d'attention à ce phénomène qui a pris de plus en plus d'ampleur, devenant ainsi un problème majeur (Derrig, 2002). Cette situation contraint les acteurs du secteur à mettre en place des mécanismes de lutte et à faire preuve d'une ingéniosité accrue pour suivre le développement, en nombre et en complexité, des différentes formes de fraude touchant toutes les branches de l'assurance, certaines étant même liées au secteur criminel (Borgi, 2006).

La recherche académique n'a commencé à s'intéresser à la fraude à l'assurance que tardivement. Ce n'est qu'à partir des années 80 que (Ghezzi, 1983) publia un article sur les unités d'enquête anti-fraude, créées par des compagnies d'assurance à travers les États-Unis. Par la suite (DIONNE, 1984) étudia les effets de l'asymétrie de l'information et son impact sur les risques de fraude, tandis que (Clarke) a essayé de faire une comparaison des réponses anti-fraude de huit pays occidentaux industrialisés. Cette période a été suivie par une multitude d'articles théoriques

abordant des concepts tels que la sélection adverse et le risque moral, ainsi que des études empiriques tentant de fournir des chiffres, des profils ou des modèles pour mettre en place des mécanismes de lutte plus efficaces contre la fraude.

Peu de chercheurs se sont penchés sur la fraude à l'assurance en Algérie. Parmi les rares ouvrages disponibles, on peut citer par ordre d'importance de l'étude, la thèse de doctorat de (Nacef, 2018) qui aborde la fraude à l'assurance en Algérie, soulignant le manque de définition claire dans la loi nationale. Elle recommande de préciser les actes constitutifs de la fraude, pouvant entraîner des poursuites devant les tribunaux civils et pénaux. La conclusion insiste sur la nécessité de réformes législatives pour dissuader la fraude et clarifier les responsabilités de l'assuré et de l'assureur. La thèse de magistère de (Derbal, 2012) soulignant l'importance de définir précisément les actes constitutifs de la fraude à l'assurance et proposant des recommandations pour renforcer le cadre législatif, de clarifier les responsabilités de l'assuré et de l'assureur, et d'introduire des mesures dissuasives. L'article de (Hoggas & Amraoui, 2021) traite la fraude à l'assurance en Algérie, soulignant le besoin de définir clairement ce délit et proposant des mesures pour renforcer la législation. L'étude empirique menée par (Mehah & Mosbah, 2018) visant à classer les dossiers douteux comme étant soit "frauduleux" ou "non frauduleux", atteignant une précision de 80,6%. Cependant, cette étude a été confrontée à des limites, notamment une utilisation restreinte de variables et des dossiers peu représentatifs de la population générale. Ils concluent que les assureurs doivent relever les défis de la fraude en fournissant davantage d'informations et en favorisant la prévention plutôt que de simplement rejeter les sinistres douteux. L'Article de (Alouane & Krache, 2022) analysant la fraude à l'assurance maritime et proposant des mesures préventives. Enfin le mémoire de Master professionnel de (Zidat, 2007), traitant le phénomène de la fraude et analysant les mesures de lutte. Malgré l'importance du sujet pour le secteur, l'espace académique algérien reste pauvre en publications et d'études chiffrées publiées.

En nous basant sur des études spécialisées et des entretiens avec des acteurs du secteur, nous abordons dans cet article une problématique importante : la fraude dans l'assurance en Algérie, un domaine qui n'a pas encore bénéficié d'une exploration approfondie et d'une quantification adéquate. Notre objectif est d'analyser la définition de la fraude en assurance, ses motifs et

déterminants, ainsi que son impact financier sur le marché local. Pour cela, nous adoptons une approche méthodologique combinant une analyse descriptive et analytique, en vue de formuler des recommandations pour traiter ce problème spécifique.

1. Qu'est-ce la fraude à l'assurance ?

L'évolution du secteur de l'assurance en tant qu'élément central de la gestion des risques (Viaene & Dedene, 2004), a été caractérisée par une augmentation significative de l'offre, ainsi qu'une croissance notable du montant des primes. Cette expansion a été parallèlement accompagnée d'une augmentation proportionnelle du nombre de réclamations frauduleuses, mettant en évidence les défis croissants auxquels le secteur est confronté en matière de prévention de la fraude. La diversification des produits et des garanties proposés par les compagnies d'assurance a engendré une variété de définitions de la fraude, reflétant les différents aspects juridiques, économiques et techniques impliqués dans ce phénomène. Les chercheurs et les praticiens s'accordent généralement sur quatre facteurs essentiels caractérisant la fraude dans le contexte de l'assurance (Picard, 2012) (Coalition Against Insurance Fraud, 2007)... :

- **Aspect volontaire** : La fraude se caractérise souvent par une intention délibérée de manipuler ou de détourner les procédures établies afin de bénéficier indûment d'avantages.
- **Nature illégale** : Les agissements frauduleux sont en violation des lois et des règlements en vigueur, qu'il s'agisse de falsification de documents, de déclarations mensongères ou d'autres formes de manipulation.
- **Recherche de gains financiers** : Elle constitue souvent la motivation centrale derrière les actes de fraude, visant à obtenir des paiements indus ou à éviter des pertes financières.
- **Manipulation d'informations** : Les individus et les entités frauduleuses peuvent altérer ou dissimuler des informations pertinentes dans le but de tromper les assureurs ou les autorités de régulation.

Ces facteurs, bien que variés dans leurs manifestations, sont universellement reconnus comme des caractéristiques centrales de la fraude en assurance. Ils soulignent l'importance d'une

vigilance continue et de stratégies efficaces de prévention et de détection de la fraude pour garantir l'intégrité et la viabilité du secteur de l'assurance.

Le Conseil National des Assurances (CNA) l'a décrit dans son glossaire ainsi « La fraude est un acte que l'on réalise en utilisant des moyens déloyaux destinés à surprendre le consentement de l'assureur en vue d'obtenir un avantage matériel ou moral indu » (Glossaire). Cependant, il est essentiel de noter que le système juridique en Algérie n'a pris en compte le domaine de l'assurance que tardivement, car selon l'article 372 du code pénal, la fraude était assimilée à de l'escroquerie (MJUSTICE, CODE PENAL, 2005). À ce jour, de nombreux acteurs du système juridique continuent d'appliquer la loi en se référant à cet article, par manque de connaissance. Ce n'est qu'en 1984 qu'il y'a eu législation, par une décision de la cour Suprême, la définissant ainsi « Elle consiste à obtenir quelque chose d'autrui par des moyens et des manœuvres frauduleuses, pour atteindre un objectif qui n'aurait pas été possible sans cela » (MJUSTICE, Jurisprudence, 1990). L'ordonnance 95-07 (MFinances, 2023) est venue codifier et surtout réglementer le secteur des assurances, ou elle insiste sur l'omission ou l'aggravation du risque assuré, dont l'assureur n'a pas eu connaissance (Arts. 15 et 18 p. 10), parlant d'une éventuelle fraude (Arts. 19,20, 21 et 22 p. 10). La fraude intentionnelle, sera citée par les arts. 31 et 33 (modifié par l'art. 5 L06-04) pages 13, définissant l'acte et les conséquences y affèrent, par contre l'ordonnance donne une spécificité aux assurances maritimes, lui permettant la souscription de plusieurs contrats d'assurances pour le même bien (Art. 107 p. 23), définissant l'acte frauduleux et ces répercussions plus bas (Arts. 109, 110, 112 et 113 p. 24). Ces différentes définitions restent fidèles et tributaires du premier principe de l'assurance, qui est la bonne foi du souscripteur, une variable non mesurable, l'essence même de l'anti sélection et du risque moral. Des contextes acceptés par la plupart des auteurs, arrivant à une conclusion que les problèmes d'information créent des distorsions importantes dans l'économie, mais malgré cela, dans certains marchés, des mécanismes efficaces ont été mis en place pour réduire ces distorsions et même éliminer certains problèmes résiduels d'information. Cette conclusion semble plus forte pour l'anti sélection, caractérisée par ces aspects exogènes observables, ou des solutions comme la réglementation gouvernementale aux incitations économiques ont étaient appliqués avec efficacité. Par contre le risque moral, marqué par sa nature endogène, lié à des actions individuelles qui peuvent être modifiées en tout temps est plus difficile à prévenir, cependant des incitations appropriées et des mécanismes de régulations

peuvent être développés pour limiter les comportements opportunistes et améliorer la qualité des transactions économiques [(Arrow, 1963), (Stiglitz, 2002), (Spence, 1973), (Akerlof, 1970) ...].

À la lumière de notre étude approfondie, nous sommes en mesure de parvenir à une définition élaborée comme suit « La fraude à l'assurance est toute action intentionnelle et illégitime causant préjudice à l'assureur, lors de la souscription, de l'utilisation ou par la préméditation d'un acte ».

2. Typologies et Déterminants de la Fraude

2.1. Typologie de la Fraude

Les variations significatives mentionnées précédemment illustrent la diversité des interprétations associées au concept de "fraude", qui est sujet à des nuances en fonction des circonstances. Cette fraude peut se manifester sous forme interne, impliquant des individus au sein de l'entité assurantielle, ou externe, orchestrée par des parties extérieures à l'organisation de l'assureur (Museum & Delpierre, 2020), De plus, elle peut revêtir une dimension temporelle, se produisant soit avant, soit après la souscription de l'assurance (Karsenty, 2016). Les différentes typologies de fraude en assurance peuvent être définies comme suit :

2.1.1. La fraude interne

Concerne les actes commis à l'intérieur de la compagnie d'assurance par ses propres employés ou agents. Cela inclut la manipulation de données, la falsification de documents et le détournement de fonds à des fins illégales.

2.1.2. La fraude externe

Des actes réalisés par des parties extérieures à l'entité assurantielle, englobant les assurés, les tiers, voire des réseaux criminels organisés, ainsi que toute autre entité externe impliquée dans les processus d'assurance.

2.1.3. La fraude avant souscription

Appelé aussi fraude précontractuelle, se produit lors de la souscription d'une police d'assurance, où des individus ou entités fournissent intentionnellement des renseignements inexacts ou trompeurs.

2.1.4. La fraude après souscription

Appelé aussi post-contractuelle ou fraude sur sinistre, se produit après l'entrée en vigueur de la police d'assurance, ou elle prend diverses formes, notamment la fabrication de réclamations fausses ou exagérées, la falsification de documents ou la dissimulation d'informations pertinentes.

Des fois ces quatre types de fraude peuvent se prémunir des préfixes "dure" et "douce". La première implique des actions intentionnelles, comme fournir de fausses informations, tandis que la seconde est plus subtile, impliquant des omissions mineures ou des exagérations involontaires.

En synthèse, l'analyse des multiples formes de fraude à l'assurance souligne sa complexité intrinsèque. La distinction entre les parties impliquées, qu'elles soient affiliées à l'organisation ou externes à celle-ci, présente un défi significatif en raison des conséquences potentiellement préjudiciables qu'elle engendre.

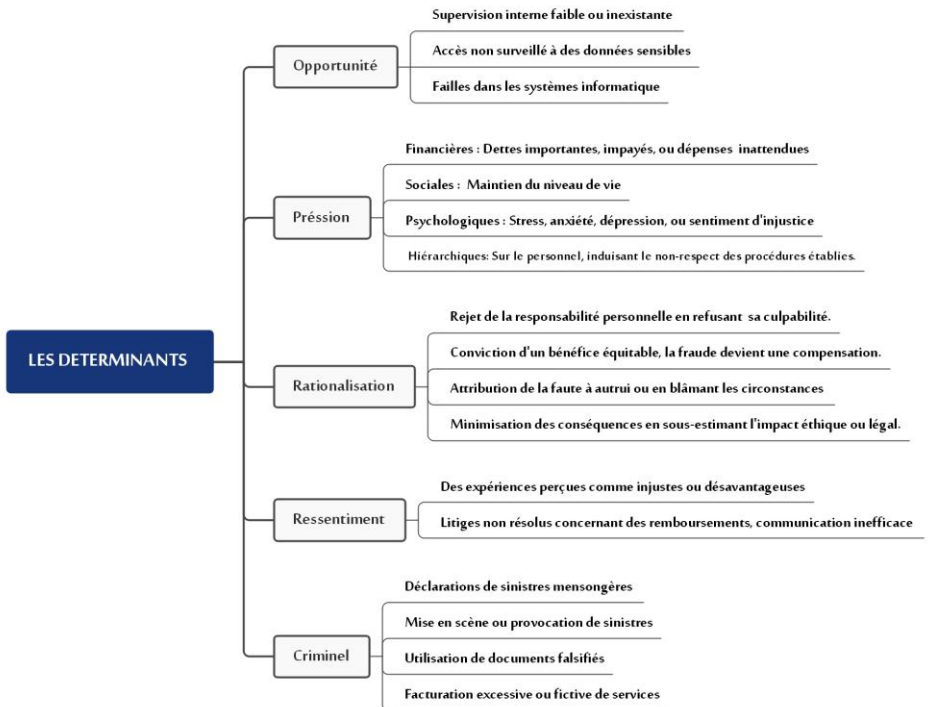
2.2. Les déterminants de la Fraude

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur la caractérisation du potentiel fraudeur. Parmi les approches les plus influentes, on retrouve celle de Cressey, avec son concept du triangle de la fraude, qui explore les notions d'opportunité, qui désigne les circonstances favorables qui permettent à un individu de commettre une fraude, de pression, où les contraintes financières, sociales ou psychologiques poussent à la fraude, et de rationalisation, qui est un processus cognitif qui permet aux fraudeurs de se convaincre que leurs actes sont justifiables d'un point de vue éthique (Smaili & Arroyo, 2019). D'autre part, le ressentiment envers les compagnies d'assurance, caractérisé par un sentiment de mécontentement, de colère ou de frustration envers ces entreprises, a été identifié comme un facteur clé (Gill, Woolley, & Gill, 2005). Terminant par celles des intentions criminelles, ces activités délibérées et illégales cherchent à obtenir frauduleusement des avantages financiers, et sont considérées comme particulièrement dangereuses et dommageables (Zicko & Derrig, 2002).

Suite à des échanges avec plusieurs intervenants de l'industrie de l'assurance en Algérie, représentant diverses compagnies, il apparaît que les motifs de fraude sont largement similaires. De plus, la fraude externe représente désormais un risque opérationnel significatif pour les compagnies d'assurance, notamment en raison de son accroissement par rapport à la fraude

interne. (Ayuso, Bolancé, & Guillen, 2011). Néanmoins, les cas de fraude demeurent souvent sujets à suspicion, et la confirmation de leur véracité représente un défi complexe (Morley, Linden, & Ormerod, 2006). Dans ce cadre, la bonne foi de l'assuré demeure un aspect fondamental dans chaque contrat d'assurance.

Figure 1 : Les déterminants de la Fraude.



Source : L'auteur.

Compte tenu de la diversité des formes de fraude et la diversité de cas d'occurrence, il est impossible d'en dresser une liste exhaustive. Néanmoins, il est crucial d'examiner ce sujet dans un cadre académique et de mettre en évidence tous ses aspects. Cela demande une analyse approfondie des diverses méthodes employées par les fraudeurs, des risques associés, ainsi que des mesures de prévention et de détection mises en œuvre par les intervenants du secteur. Par ailleurs, une étude des tendances et des évolutions de la fraude serait indispensable pour identifier les défis et les opportunités auxquels sont confrontées les compagnies d'assurance.

3. Quel impact ?

En 2022, les États-Unis ont évalué la fraude à l'assurance à 308,6 milliards de dollars (Coalition against Insurance Fraud , 2022), tandis qu'en 2017, l'Europe a enregistré 13 milliards d'euros (Cesari, 2021) de fraudes, Le rapport RGA de 2017 (RGA, 2017) estime le taux mondial de fraude entre 3 et 4% des réclamations de sinistres, tandis que L'article d'Atlas Magazine, en s'appuyant sur les données fournies par « Insurance Europe » (Atlas Magazine, 2017), présente des informations supplémentaires détaillées :

- Espagne Auto 22 % du coût des sinistres ;
- Allemagne toutes branches 10 % du coût des sinistres ;
- USA toutes branches 10 % du coût des sinistres ;
- Canada toutes branches 10 - 15 % du coût des sinistres ;
- Australie toutes branches 10 % du coût des sinistres.

Des pourcentages significatifs observés chez des états disposant de ressources organiques et techniques considérables avec des conséquences multiples, affectant à la fois les individus et l'économie dans son ensemble. Parmi ces répercussions directes (Voir la revue littérature plus haut) :

- **Sur les compagnies d'assurances :** D'importantes pertes financières se traduisent par une augmentation des budgets alloués à l'enquête sur les réclamations et à la prévention des fraudes, ce qui a un impact direct sur les investissements.
- **Sur les assurés :** Les frais supplémentaires supportés par les compagnies d'assurance se traduisent par des primes plus élevées pour l'ensemble des assurés, ce qui peut entraîner une sous-assurance ou une absence d'assurance. Cela peut également causer des retards ou des complications dans le traitement des réclamations légitimes en raison de la surveillance accrue des assureurs, ce qui peut créer une relation teintée de suspicion.
- **Sur les agences gouvernementales et organismes chargés de l'application des lois :** Des ressources initialement destinées à d'autres usages doivent être redirigées vers la détection et la preuve de la fraude.

- **Sur les Investisseurs :** De nombreuses compagnies d'assurance sont souvent des entités cotées en bourse. L'impact financier de la fraude à l'assurance peut diminuer la rentabilité de l'entreprise et éroder sa valeur, ce qui peut entraîner un manque de confiance chez les investisseurs et entraîner des conséquences connexes.

En résumé, les impacts financiers et opérationnels de la fraude à l'assurance sont considérables. Ils se traduisent par des coûts supplémentaires pour les compagnies, des primes plus élevées pour les assurés, et une détérioration de la confiance des investisseurs.

4. L'Algérie, où on étant ?

L'Algérie n'est pas aussi mieux lotie, les déclarations du PDG de la Compagnie Algérienne des Assurances (CAAT) de l'époque Mr DJAAFRI, sous l'égide de l'Union Algérienne des Sociétés d'Assurance et de Réassurance (UAR), lors d'un point de presse à l'hôtel El Aurassi déclarant «La fraude a atteint des proportions incommensurables. Celle enregistrée dans les déclarations de sinistres s'élève à 20%, d'après certaines études.», «Les indemnisations sont plus importantes que les primes drainées au titre de l'assurance automobile» et que «Les sociétés sont déficitaires» (CNA, 2013).

La Société Nationale d'Assurances (SAA), acteur important du marché ayant historiquement détenu le monopole de la branche automobile avant l'Abrogation de la spécialisation, et dont le portefeuille demeure largement concentré sur ce segment, a été à l'initiative de la conception initiale de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance. (ALFA), sous l'impulsion du programme de mesures d'accompagnement de l'Union européenne, également connu sous le nom de Programme MEDA (Ambassade d'Algérie en Belgique, 2013), qui recommandait une mise en place d'un programme anti-fraude afin de redresser la branche automobile. ALFA Algérie sera fondée en 1999 sous la dénomination d'ALFA-SAA, mais il faudra attendre le 26 juin 2004 pour qu'une convention de lutte contre la fraude soit signée entre les trois sociétés créatrices, la Compagnie Algérienne d'Assurance et de Réassurance (CAAR, 33%), la CAAT (33%) et la SAA (34%). Entre 2009 et 2015, elle traitera 3400 dossiers d'une valeur globale de plus de 5 milliards de DA, dont 71 % de cette valeur était frauduleuse. (Massine, 2016).

Malgré les efforts déployés, ALFA Algérie stagne, affichant un chiffre d'affaires extrêmement bas par rapport à celui du secteur (Pendant la même période, le taux du chiffre d'affaires d'ALFA par rapport à celui du secteur est de 0.0000696%. Voir tableau ci-dessous). En sollicitant les professionnels du secteur, il est apparu que les investigations effectuées par ALFA ne sont pas légalement reconnues par le système judiciaire en Algérie. En effet, faute de pouvoir de police judiciaire, ces enquêtes sont systématiquement rejetées, ne bénéficiant que d'une reconnaissance interne en vue d'une éventuelle procédure anti-fraude. De surcroît, les frais associés à ces enquêtes sont réglés rigoureusement, même si la majorité des investigations engagées s'avèrent non concluantes et des fois infructueuses. Par conséquent, de plus en plus de compagnies se détournent des services d'ALFA.

Tableau 1 : Chiffres d'affaires de l'assurance Algérienne entre 2009 & 2015.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total C.A
C.A	77678	81082	87329	100182	115107	125472	131251	718101

Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA

En Millions de DA

Par ailleurs, divers facteurs propres au secteur de l'assurance viennent aggraver la problématique de la fraude, complexifiant ainsi les efforts de lutte. Parmi ces éléments, on peut mentionner (Nacef, 2018) :

- Des systèmes d'information mal configurés ou obsolètes, limitant la capacité des assureurs à collecter, stocker et analyser les données nécessaires à la détection précoce des fraudes.
- Des lacunes en matière de bonne gouvernance, notamment dans la gestion des risques et des conflits d'intérêts au sein des compagnies d'assurance.
- Des organes juridiques en retrait, posant des défis dans la lutte contre la fraude, en raison d'un manque de cadres réglementaires appropriés et d'une insuffisance d'informations sur l'activité d'assurance.

Approfondissant notre étude et en dialoguant avec les divers intervenants du secteur, nous avons identifié d'autres problèmes structurels qui contribuent à l'essor de la fraude. Parmi ceux-ci, citons :

La Fraude à L'assurance : Etat des lieux - Cas de l'Algérie

- Des défis dans la gestion des ressources humaines sont identifiés, incluant la formation, la supervision et la responsabilité des employés.
- Le non-respect de la convention d'indemnisation directe de l'assuré (IDA), compromettant la transparence et l'intégrité des processus de règlement des sinistres.
- Un retard dans la modernisation du volet expertise, entraînant des retards dans l'évaluation des dommages et des coûts de réparation.
- L'absence d'un fichier national des fraudeurs, limitant la capacité des assureurs à partager des informations sur les fraudeurs potentiels.

Ces défis spécifiques au contexte de l'assurance en Algérie nécessitent une approche proactive et multidimensionnelle pour renforcer les mécanismes de prévention, de détection et de répression de la fraude.

5. La fraude à l'assurance en Algérie, quel coût ?

En se référant au taux approximatif de 20% de fraude (CNA, 2013), comparé à celui des États-Unis, le marché le mieux équipé en termes de mécanismes anti-fraude qui enregistre près de 17 % de fraude dans l'assurance automobile (Coalition Against Insurance Fraud, 2022), les statistiques sont révélatrices.

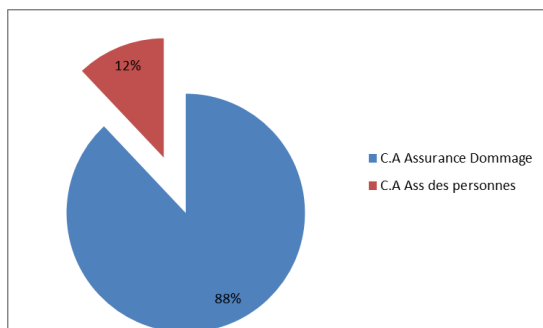
Tableau 2 : C.A de l'assurance et de l'Assurance dommage (2019-2023).

	2019	2020	2021	2022	2023
C.A Assurance	152148	145005	153508	163890	169619
C.A Ass.	132222	126457	133373	140581	144205
Domm.					

Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA

En Millions de DA

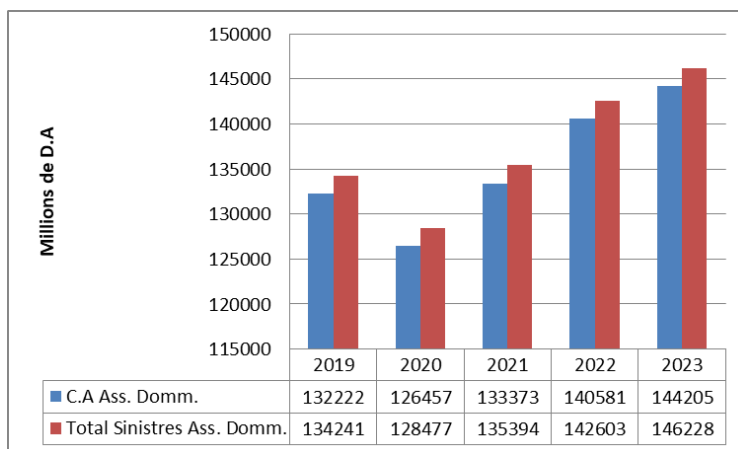
Figure 2 : Parts de Marché Cumulées Par Grande Branche (2019-2023).



Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA.

Le graphique ainsi que le tableau ci-dessus illustre la répartition des parts de marché entre la branche dommages et l'assurance des personnes (88% pour l'assurance dommages). Étant donné que la fraude est principalement concentrée dans la branche dommages, seuls ces chiffres ont été pris en compte.

Figure 3 : Comparaison entre le C.A de l'Assurance Dommages et le Total des sinistres en Assurance Dommages (2019-2023).



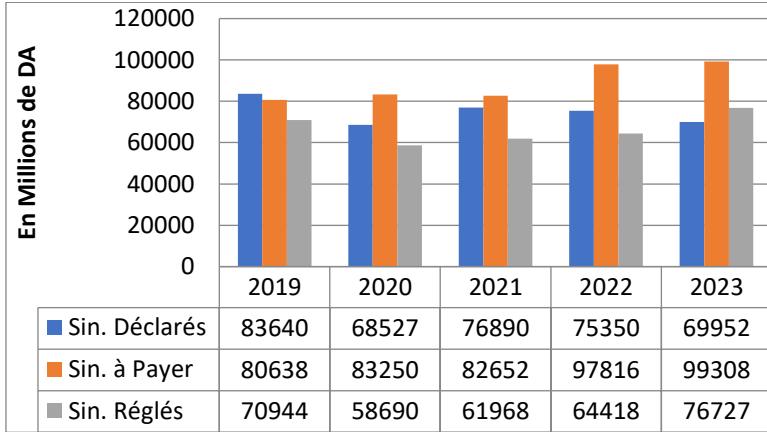
Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA

En Millions de DA

Le graphique ci-dessus illustre la situation délicate de la branche dommage, incitant certains acteurs à adopter des pratiques telles que la répartition des charges sur plusieurs années ou la requalification de certains sinistres coûteux en tant que Provisions pour Sinistres À Payer (PSAP). En 2023, cette tendance a nettement augmenté, comme le montre le graphique ci-dessous. Cette évolution n'a été mise en lumière qu'avec le déploiement de la plateforme e-Recours le 1er octobre

2022, une application numérique de la convention Inter-entreprises des Règlements des Sinistres Automobiles Matériels (IRSAM).

Figure 4 : Sinistralité Assurances dommages.



Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA

En Millions de DA

Les retards dans le traitement de ces dossiers peuvent être attribués à deux principaux facteurs : premièrement, un retard dans la soumission des rapports d'expertise requis pour leur traitement, et deuxièmement, l'omission délibérée de ces dossiers pour diverses raisons, notamment en raison de leur impact financier substantiel sur la santé financière de l'agence et, par extension, de la compagnie. Ces retards peuvent également découler du refus de verser les paiements dus aux assurés ou aux tiers bénéficiaires. Par ailleurs, certains acteurs du secteur peuvent manipuler les données, fournissant ainsi des informations erronées aux autorités de régulation. Cette manipulation peut conduire à une présentation faussée de la situation réelle du secteur, perturbant ainsi les prévisions et les stratégies futures envisagées.

En élargissant notre étude en nous appuyant sur diverses publications du CNA, nous avons essayé d'évaluer le niveau de fraude en utilisant deux taux : le premier, déclaré en 2012 à 20 %, et un taux plus réaliste et modéré de 25 %. Les résultats obtenus sont les suivants :

Tableau 3 : Montant des fraudes par année sur la base de 20% et 25%.

En M de D.A	Total sinistres	20% de Fraude	25% de Fraude
2019	146661	29332.2	36665.25
2020	138559	27711.8	34639.5
2021	144619	28923.8	36154.75
2022	136717	27343.4	34179.25
2023	150335	30067	37583.75
Total G^{le}	1366400	273280	341599.5

Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA

En Millions de DA

Un coût équivalent à 1,68 fois le chiffre d'affaires de l'année 2022 (avec un taux de fraude de 20 %) et à 2,1 fois ce chiffre sur la base d'un taux de fraude de 25 %. En poursuivant notre évaluation, nous avons opté pour un taux de fraude à 25 % dans la branche automobile, qui reste élevé mais plausible comparé à celui de l'Espagne qui est de 22 %, ou l'étude s'est concentrée uniquement sur les sinistres réglés, car certains sinistres déclarés peuvent être classés sans suite, et les sinistres à payer vont finalement être réglés. Appliqué aux cinq derniers exercices, nous avons constaté les résultats suivants:

Tableau 4 : Situation en Nombres des sinistres (2019-2023).

En Nombre	Sin. Déclarés	Sin. Réglés	Sin. A payer
2019	1640374	1210192	131710
2020	1040634	949755	1233335
2021	1021427	915605	1154445
2022	778737	557449	1350752
2023	890779	626346	1708288
Totaux	5371951	4259347	5578530
22% de Fraude	1181829,22	937056,34	1227276,6
25% de Fraude	1342987,75	1064836,75	1349632,5

Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA

En Millions de DA

Tableau 5 : Situation en Sommes des sinistres (2019-2023).

En Sommes	Sin. Déclarés	Sin. Réglés	Sin. A payer
2019	80166	69462	77200
2020	66029	59306	79254
2021	48087	39956	37654
2022	35916	28473	42781
2023	42802	31630	48160
Totaux	273000	228827	285049
22% de Fraude	60060	50341.94	62710.78
25% de Fraude	68250	57206.75	71262.25

Source : Elaboré par l'auteur à partir des documents du CNA

En Millions de DA

Ces données inquiétantes soulignent l'urgence de mettre en œuvre des mesures efficaces de lutte contre la fraude dans le secteur de l'assurance. En effet, les sinistres frauduleux des cinq dernières années, totalisant 1 064 836 dossiers et 57 206,75 millions de dinars algériens en valeur. En termes de devises étrangères, cela correspond à 425 040 790,20 dollars américains ou 392 610 932,1 euros. Ces montants substantiels mettent en évidence l'ampleur du problème et la nécessité urgente de trouver des solutions efficaces pour contrer cette fraude généralisée.

Après une analyse approfondie de nos recherches et enquêtes, ainsi que des discussions et interrogations avec les acteurs et experts du domaine, nous avons identifié plusieurs formes de résistance émanant des compagnies algériennes. Ces résistances, soutenues par divers arguments, font obstacle à l'instauration d'un système de lutte plus efficace. Parmi les arguments avancés :

- La complexité du processus, susceptible de ralentir la souscription et le traitement des dossiers ;
- Les coûts de mise en place ;
- Les réglementations concernant la confidentialité des données ;
- Les défis liés à la création d'un fichier national des fraudeurs, ainsi que les difficultés d'interconnexion et d'échange de données entre les compagnies d'assurance...

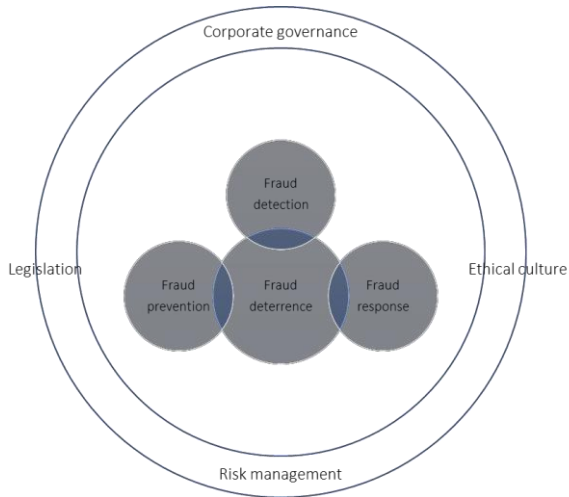
Les arguments avancés, certes légitimes, reposent souvent sur une ignorance et une vision à court terme. Cependant, les bénéfices et les acquis à long terme découlant d'un processus anti-fraude efficace sont inévitables. Ce manque de vision et de clarté de la part de nos sociétés nationales témoigne d'une incompréhension du phénomène et de ses implications à long terme.

6. Quelles solutions ?

Selon les données recueillies dans notre étude, l'établissement d'un dispositif efficace de lutte contre la fraude apparaît comme impératif dans le domaine de l'assurance. Bien que les intentions des compagnies et des autorités de tutelle, soient sincères et volontaires, une approche stratégique de la gestion de la fraude n'a pas encore été élaborée, et les outils de lutte n'ont pas été pleinement développés.

Pour la stratégie, de nombreux chercheurs et organismes internationaux se sont penchés sur le phénomène de la fraude, qu'elle soit interne ou externe, en proposant divers modèles. Nous nous sommes particulièrement intéressés à celle proposée par Dzomia (2015), qui a synthétisé plusieurs lectures et publications consultées, proposant notamment une figure intéressante. Cette dernière résume la stratégie anti-fraude en quatre axes majeurs : la prévention, la détection, la dissuasion et la réponse. La prévention consiste à mettre en place des mesures proactives pour empêcher la survenue de la fraude, notamment en intégrant des pratiques de gouvernance d'entreprise et en promouvant une culture éthique au sein des organisations. La détection vise à repérer les signes précurseurs et les activités frauduleuses, en s'appuyant sur une législation et une gestion des risques adaptées. La dissuasion a pour objectif de décourager les fraudeurs potentiels en démontrant que des contrôles et des procédures sont en place pour les identifier et les sanctionner. Enfin, la réponse englobe les mesures prises une fois que la fraude est détectée, telles que les enquêtes et les sanctions, afin de dissuader les fraudes futures et de restaurer l'intégrité du système.

Figure 5 : Principales Composantes D'une Stratégie Anti-Fraude.



Source : Dzumira (2015) page : 38.

En ce qui concerne les méthodes, les approches classiques ont révélé leurs limites en raison de leur aspect subjectif et humain, pouvant entraîner des erreurs de classification (Ayuso, Bolancé, & Guillen, 2011). Dans cette optique, et pour une exploration plus approfondie de ce sujet, un nombre croissant d'études se concentrent sur l'incorporation d'approches statistiques et d'apprentissage automatique afin d'améliorer les performances des systèmes de détection de la fraude (Popescu, Li, Skubi, & Rantz, 2008). Ces recherches intègrent des solutions reposant sur des technologies d'automatisation et d'analyse, des modèles d'apprentissage automatique pour analyser les comportements des assurés et détecter les réclamations suspectes. Les chatbots, pilotés par la PNL, accélèrent le traitement des réclamations en guidant les clients dans le processus de déclaration de sinistre. La Computer Vision évalue les dommages à partir d'images et de vidéos pour estimer précisément les coûts de réparation. Les appareils IoT permettent une détection instantanée des sinistres, tandis que la blockchain prévient les doubles réclamations.

En résumé, la détection précoce des fraudes peut dissuader les fraudeurs potentiels en signalant la vigilance de l'entreprise et les mesures en place pour détecter toute activité illicite. En complément des mesures préventives, des mécanismes de détection peuvent être déployés pour renforcer la surveillance et identifier les tentatives de fraude. Les incidents de fraude suspectés ou identifiés nécessitent une réponse rapide et complète pour démontrer la fermeté de l'entreprise

face à la fraude et appliquer les sanctions appropriées. Chaque cas de fraude traité renforce la dissuasion et contribue à prévenir de futures tentatives frauduleuses, renforçant ainsi l'intégrité du système d'assurance.

7. Les réformes

Suite à une analyse approfondie des divers aspects relatifs à la fraude dans le secteur de l'assurance en Algérie, Il est évident qu'une série de réformes et de mesures doit être envisagée pour contrer efficacement ce phénomène. Voici quelques recommandations de réformes à considérer :

- **Réformes législatives** : Il est crucial d'instaurer des réformes législatives pour préciser et renforcer les dispositions juridiques concernant la fraude à l'assurance. Cela englobe une définition précise des comportements frauduleux, des sanctions pénales et civiles appropriées, ainsi qu'une clarification des responsabilités des assurés et des assureurs. Des mesures dissuasives doivent être intégrées pour dissuader les actes de fraude.
- **Renforcement des capacités institutionnelles** : Les organes de régulation et de contrôle du secteur de l'assurance en Algérie doivent être renforcés en termes de ressources humaines, de compétences techniques et de moyens matériels. Cela permettra une meilleure supervision des pratiques des compagnies d'assurance et une réponse plus efficace à la fraude.
- **Renforcement des mécanismes de lutte** : Il est urgent d'instaurer des dispositifs efficaces de lutte contre la fraude, tels que des unités d'enquête dédiées. Elles peuvent être établies soit par les compagnies d'assurance elles-mêmes, soit par des agences gouvernementales spécialisées.
- **Création d'un fichier national des fraudeurs** : La mise en place d'une base de données centralisée répertoriant les individus et les entités reconnus coupables de fraude à l'assurance facilitera la détection précoce des fraudes et permettra une coordination plus efficace entre les compagnies d'assurance.

- **Investissement dans les technologies et l'analyse des données** : Les compagnies d'assurance doivent investir dans des technologies innovantes pour renforcer leurs capacités de détection et de prévention de la fraude. L'analyse avancée des données peut aider à identifier les schémas de fraude et à prendre des mesures préventives appropriées.
- **Renforcement de la collaboration et de la sensibilisation** : Il est essentiel de promouvoir la collaboration entre les compagnies d'assurance, les organismes de régulation, les forces de l'ordre et d'autres parties prenantes pour lutter efficacement contre la fraude à l'assurance. Des campagnes de sensibilisation du public sur les conséquences de la fraude et les mécanismes de signalement doivent également être menées.
- **la promotion de la bonne gouvernance** : Les compagnies d'assurance doivent mettre en œuvre des processus internes robustes pour prévenir, détecter et enquêter sur la fraude. Cela comprend la formation du personnel, la mise en place de protocoles de détection précoce, et l'instauration d'une culture organisationnelle axée sur l'intégrité et l'éthique.

En humble participation, l'Algérie pourrait envisager, à travers la mise en œuvre de ces réformes et mesures, de diminuer progressivement l'incidence de la fraude dans le secteur de l'assurance, tout en consolidant l'intégrité et la durabilité de ce dernier. Cette démarche s'inscrirait dans une volonté d'amélioration continue de la gouvernance, favorisant ainsi un environnement assurantiel plus transparent et efficient.

Conclusion :

La fraude à l'assurance pose un défi significatif pour les compagnies d'assurance, entraînant une augmentation des coûts opérationnels et une dégradation de la qualité des services. Malgré les efforts de recherche, l'Algérie souffre d'un manque de données quantitatives et qualitatives sur ce phénomène, qui atteint des proportions alarmantes. Les estimations de son coût soulignent l'urgence d'adopter des mesures efficaces pour lutter contre ce risque opérationnel majeur. Les stratégies de détection de la fraude et les réformes législatives sont des pistes prometteuses pour

renforcer l'intégrité du système d'assurance. En somme, une approche globale, combinant prévention, technologie et réformes juridiques, est nécessaire pour protéger les assurés et préserver l'intégrité du secteur.

Références et bibliographie

- Ribeiro, R., Silva, B., Pimenta, C., & Poeschl, G. (2019). Why do consumers perpetrate fraudulent. *Crime, Law and Social Change*, 1-25.
- Akerlof, G. A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The quarterly journal of economics*, 84(3), 488-500.
- Alouane, I., & Krache, L. (2022). Fraude à l'assurance maritime (الإحتيال على شركات التأمين البحري). *Revue Algérienne des Sciences Juridiques et Politiques*, 7(1), 350-369.
- Ambassade d'Algérie en Belgique. (2013). *Coopération Financière*. Consulté le Mars 15, 2024, sur <https://algerian-embassy.be/>: <https://algerian-embassy.be/cooperation-financiere/>
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53, 941-973.
- Atlas Magasine. (2017, Mai 10). *Fraude à l'assurance : le coût et la lutte contre ce fléau*. Consulté le Mars 14, 2024, sur <https://www.atlas-mag.net/>: <https://www.atlas-mag.net/article/fraude-a-l-assurance-le-cout-et-la-lutte-contre-ce-fleau>
- Ayuso, M., Bolancé, C., & Guillen, M. (2011). Loss Risk Through Fraud in Car Insurance. *Xarxa de Referencia en Economica Aplicada*(XREAP No. 2011-07), 1-27.
- Borgi, S. (2006). Une analyse économique et expérimentale de la fraude à l'assurance et de l'audit. *Université Panthéon-Sorbonne, Paris I*, 1.
- Cesari, R. (2021). Two simple models of insurance fraud. *IVASS*(15), 1-15.
- Clarke, M. (1989). Insurance Fraude. *The british journal of criminology*, 29(1), 1-20.
- CLARKE, M. (1989). THE CONTROL OF INSURANCE FRAUD A Comparative View. *The British journal of Criminology*, 29(1), 1-20.
- Clarke, M. (1990). The Control of insurance Fraud A Comparative view. *The British journal of Criminology*, 30(1), 1-23.

- Clarke, M. (s.d.). THE CONTROL OF INSURANCE FRAUD: A Comparative View. *The British Journal of Criminology*, 30(1), 1-23.
- CNA. (2013). Press book 2012. *Revue de presse spéciale secteur des assurances*, 270.
- Coalition against Insurance Fraud . (2022). *Impact*. Consulté le Mars 18, 2024, sur <https://insurancefraud.org/>: <https://insurancefraud.org/fraud-stats/>
- Coalition Against Insurance Fraud. (2007). *Four Faces: Why some Americans do — and don't — tolerate insurance fraud*. Coalition Against Insurance Fraud.
- Coalition Against Insurance Fraud. (2022). *The impact of insurance fraud on U.S. economy 2022*. Colorado State University .
- Derbal, A. (2012). *L'escroquerie dans les assurances (النصب في التأمينات)*. Université d'Oran.
- Derrig, R. A. (2002). Insurance Fraud. *Journal of Risk and Insurance*, 5(2), 78.
- DIONNE, G. (1984). The Effects of Insurance on the Possibilities of fraud. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*(32), 304-321.
- Dzomia, S. (2015). Fraud Prevention and Detection. *Research Journal of Finance and Accounting*, 6(14), 37-43.
- Ghezzi, S. G. (1983). A Private Network of Social Control: Insurance Investigation Units. *Social Problems*, 30(5), 521-531.
- Gill, K. M., Woolley, a., & Gill, M. (2005). Insurance fraud: The business as a victim. (P. macmillan, Éd.) *Crime At Work*, 1, 73-82.
- Glossaire*. (s.d.). Consulté le Mars 14, 2024, sur <https://cna.dz/>: <https://cna.dz/glossaires-trilingue/#F>
- Hoggas, A., & Amraoui, K. (2021). Enquête sur le délit de fraude aux assurances (تحقق جريمة النصب في التأمينات). *Revue Repères des études juridiques et politiques*, 5(1), 68-83.
- Insurance europe. (2013). *The impact of insurance fraud*.
- Karsenty, J. (2016). *La détection de fraudes à l'assurance*. Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique (ENSAE).
- Massine, K. (2016). La lutte contre la fraude à l'assurance a besoin d'une nouvelle stratégie. *Revue de l'assurance*(14), 48-49.

- Mehah, S. M., & Mosbah, N. (2018). Contribution à l'amélioration de la détection de fraude à l'assurance automobile. *Revue d'Economie et de Statistique Appliquée*, 15(1), 153-163.
- MFinances. (2023). *ORDONNANCE N° 95-07 DU 23 CHAABANE 1415, 25 JANVIER 1995, MODIFIEE ET COMPLETEE*. ALGERIE: Ministère des finances.
- MJUSTICE. (1990). Jurisprudence. *Journal judiciaire, Dossier N° 28460 du 10/01/1984*(01), 266.
- MJUSTICE. (2005). *CODE PENAL*. ALGERIE: Les éditions de l'O.N.T.E.
- Morley, N. j., Linden, J. B., & Ormerod, T. C. (2006). How the detection of insurance fraud succeeds and fails. *Psychology, Crime & Law*, 12(2), 163-180.
- Museur, A., & Delpierre, P. (2020). *Fraude interne : analyse, mesures de prévention et rôle de l'auditeur*. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain.
- Nacef, h. (2018). *Rôle des compagnies d'assurance dans la lutte anti-fraude, Etude appliquée aux sociétés d'assurances en Algérie (دراسة - دور شركات التأمين في محاولة مكافحة الاحتيال)*. Université de Boumerdes.
- Picard, P. (2012). *ECONOMIC ANALYSIS OF INSURANCE FRAUD* (Vol. Cahier n°2012-23). CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE, ECOLE POLYTECHNIQUE .
- Popescu, M., Li, Y., Skubi, M., & Rantz, M. (2008). An Acoustic Fall Detector System that Uses Sound Height. *30th Annual International IEEE EMBS Conference*, 4628-4631.
- RGA. (2017). *Global Claims Fraud Survey*.
- Smaili, N., & Arroyo, P. (2019). Categorization of Whistleblowers Using the Whistleblowing. *Journal of Business Ethics*, 157(1), 95-117.
- Spence, M. (1973). Job Market Signaling. *The Quarterly Journal of Economics*, 87(3), 355-374.
- Stiglitz, J. E. (2002). Emploi, justice sociale et bien-être. *Revue internationale du Travail*, 141(1-2), 9-31.
- Viaene, S., & Dedene, G. (2004). Insurance Fraud: Issues and Challenges. *The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice*, 29(2), 313-333.
- Zicko, V., & Derrig, R. A. (2002). Prosecuting insurance fraud- A case study of the Massachusetts experience in the 1990S-. *Risk Management and Insurance Review*, 5(2), 77-104.

Zidat, A. (2007). *La lutte contre la fraude à l'assurance*. ALGER: Institut Supérieur d'Assurance et de Gestion (INSAG).

Annexes :

La sélection adverse : Appelé Sélection Adverse (Ex-ante), ou il y'a présence d'asymétrie d'information entre assuré (Agent) et assureur (Principal), ou ce dernier fait de mauvais choix faute de transparence de la part de l'agent.

Le risque moral : La relation Agent-Principal est Post-ante, ou l'agent influence l'évènement aléatoire par son activité opportuniste, se comportant ainsi contre l'intérêt du principal,

Convention IDA : Engagement financier d'une compagnie englobant les coûts internes et externes nécessaires pour régler tous les sinistres survenus mais non encore réglés.

Convention IRSAM : Convention approuvée par l'Autorité de Contrôle le 8 mai 2016, permettant sa mise en œuvre par les compagnies signataires, et couvrant à la fois les principes essentiels de l'exercice du recours et les mesures à prendre en cas de réclamation d'indemnisation. Cette convention stipule que les actions du gestionnaire de sinistres ne doivent pas entraver le règlement rapide d'un dossier sinistre, avec des délais stricts à respecter. De plus, un mécanisme de surveillance de l'application de la convention est prévu, avec la mise en place d'une commission d'arbitrage chargée de traiter les litiges entre compagnies. Les décisions de cette commission sont exécutoires et ne peuvent être contestées.