

DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ENTRE COMPAGNIES POUR CONSTRUIRE UN DISPOSITIF DE PRÉVENTION DES RISQUES DE FRAUDE

L'exemple des assureurs belges

René Dhondt

Volume 68, Number 2, 2000

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1105312ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1105312ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Dhondt, R. (2000). DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ENTRE COMPAGNIES POUR
CONSTRUIRE UN DISPOSITIF DE PRÉVENTION DES RISQUES DE FRAUDE :
l'exemple des assureurs belges. *Assurances*, 68(2), 163–178.
<https://doi.org/10.7202/1105312ar>

Article abstract

Six years ago the Belgian insurers set up a plan to take active preventive measures against insurance fraud. These insurers will, by way of conventions, strengthen their collaboration and exchange useful information in order to fight the fraud phenomenon. Such a voluntarist policy had for effect the establishment of an economic group of interest, called Datassur, mandated to manage data and services, to develop several awareness-raising and training programs and to form a corporation and exchange structure with the government authorities.

**DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ENTRE
COMPAGNIES POUR CONSTRUIRE
UN DISPOSITIF DE PRÉVENTION
DES RISQUES DE FRAUDE**
L'exemple des assureurs belges

par René Dhondt

RÉSUMÉ

Les assureurs belges ont défini, il y a six ans, un plan d'action de prévention de la fraude à l'assurance. Ces assureurs se sont engagés, par le biais de conventions, à renforcer leur collaboration et à partager les informations nécessaires utiles à la lutte contre le phénomène de fraude. Cette politique volontariste a mené à la création d'un groupement d'intérêts économiques, Datassur, chargé de la gestion de fichiers et de services communs, au développement de programmes de sensibilisation et de formation et à la mise en place de structures de collaboration et d'échange avec les autorités publiques.

ABSTRACT

Six years ago the Belgian insurers set up a plan to take active preventive measures against insurance fraud. These insurers will, by way of conventions, strengthen their collaboration and exchange useful information in order to fight the fraud phenomenon. Such a voluntarist policy had for effect the establishment of an economic group of interest, called Datassur, mandated to manage data and services, to develop several awareness-raising and training programs and to form a corporation and exchange structure with the government authorities.

L'auteur :

René Dhondt est directeur général de l'UPEA.

■ INTRODUCTION

Personne n'a jamais pu dénombrer les propriétaires d'une voiture diesel qui font le plein au mazout de chauffage ou les usagers des transports publics qui voyagent sans billet. Dans le domaine de l'assurance, le chiffrage de la fraude présente les mêmes problèmes.

Cependant, sur la base d'indications recueillies par le Comité européen des assurances (CEA), la fraude à l'assurance représenterait sur la plupart des marchés d'Europe 5 % à 10 % du montant total des indemnités versées en assurance non-vie.

Dans le cas du marché belge, cela signifie que la fraude représente entre 10 à 20 milliards de francs belges. Autrement dit, chaque ménage assuré honnêtement débourse pour ses primes d'assurances en moyenne 2 500 à 5 000 Bef de trop qui vont dans la poche des assurés sans scrupules.

■ POURQUOI CE CHIFFRE EST-IL SI ÉLEVÉ ?

Un contrat d'assurance est, par définition, basé sur la bonne foi des parties. Il s'applique à une multitude de situations qui, pour des raisons commerciales et économiques, ne peuvent être contrôlées systématiquement par l'assureur. En effet, le contrat offre une gamme infinie d'opportunités de fraude lors de sa conclusion ou de son exécution :

lors de la conclusion :

– la dissimulation d'éléments qui permettent d'évaluer le risque à couvrir (fausse déclaration intentionnelle) pour éviter un refus de couverture de la part de l'assureur, ou pour obtenir des conditions de garantie plus avantageuses;

– la dissimulation de l'existence d'autres garanties portant sur le même risque (assurances multiples) pour préparer une indemnisation multipliée;

– la souscription de garanties sur des biens qui n'existent pas ou dont la valeur déclarée est délibérément surévaluée en vue de s'enrichir en cas de sinistre.

lors de l'exécution

– sinistre volontaire ou faux sinistre : l'assuré provoque volontairement un sinistre ou il déclare un sinistre qui n'est pas survenu;

– après un sinistre réellement survenu : l'assuré tente de faire entrer un sinistre dans le cadre d'une garantie qui ne devait normalement pas jouer; ou il augmente le montant des dommages qu'il prétend avoir subi.

■ MESURES POUR COMBATTRE LA FRAUDE

L'action de lutte contre la fraude commence bien sûr par des mesures à prendre au niveau de chaque entreprise, mais l'action ne peut être laissée à la seule initiative des entreprises, qui sont trop souvent retenues par des considérations de concurrence.

C'est la raison pour laquelle l'UPEA (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 six points* qui a jeté les bases pour la réalisation d'une série d'initiatives concrètes :

1. Signalement mutuel de risques aggravant considérablement la charge des sinistres

L'accroissement considérable de la charge des sinistres au cours de ces dernières années a rendu nécessaire un échange de données sur le passé «sinistres» de preneurs d'assurance. Ces données permettent une meilleure évaluation du risque au moment de la souscription et donnent, lors de la gestion du sinistre, une idée précise du passé «sinistres» de l'assuré.

2. 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 de marque du secteur.

3. 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 une Union professionnelle doit essayer de mieux cerner les

mécanismes de la fraude à l'assurance et d'instaurer ou de renforcer la collaboration entre les spécialistes en la matière des différentes compagnies.

4. Formation

D'une manière générale, le niveau de (re)connaissance de la fraude à l'assurance est trop bas dans les compagnies. Les pratiques frauduleuses évoluent rapidement et constituent souvent des échantillons d'ingéniosité. Une formation s'avère donc nécessaire pour pouvoir suivre les évolutions.

5. Politique en matière de déclaration et de poursuites

Lorsqu'un contrôle démontre qu'un sinistre ne peut pas être indemnisé du fait d'une fraude ou d'une tentative de fraude, l'assureur doit éviter que ces faits demeurent non sanctionnés. Outre le refus d'indemnisation et de reconduction de la couverture ainsi que la reprise des personnes concernées dans un fichier, les instances judiciaires doivent également être impliquées.

6. Coopération avec les autorités

Lors du traitement de dossiers de sinistres, les assureurs ne disposent pas de toutes les informations concrètes qui existent cependant auprès des instances de police et officielles. Ils se heurtent par ailleurs à des entraves légales dans l'exercice de leur profession.

Dans une deuxième phase, ce programme en six points a été converti en un *plan d'action* détaillé ci-après.

■ PLAN D'ACTION

I. Signalement mutuel de risques

1.1. Fichiers communs aux assureurs gérés par Datassur

Il existe actuellement un système d'information entre compagnies sous forme de fichiers informatisés. Ces fichiers sont conformes à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée qui régit la tenue et l'utilisation des fichiers et

dont toutes les dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} juin 1996. Il est évident que les fichiers seront également adaptés à la nouvelle loi sur la protection de la vie privée, qui a été publiée au Moniteur belge le 3 février 1999, mais dont les Arrêtés royaux d'exécution n'ont pas été publiés jusqu'à présent.

Selon la loi de 1992, les traitements de données ne peuvent être effectués qu'à la condition d'être légitimes. Ce caractère légitime s'apprécie en fonction de la «finalité» déclarée de chaque fichier.

Afin de respecter les dispositions de la loi sur la protection de la vie privée, les assureurs ont par ailleurs dû désigner un seul maître de ces fichiers. C'est lui qui s'occupe de la gestion des fichiers et qui est pénalement responsable des éventuelles infractions à la loi.

Ce maître des fichiers a pris la forme juridique d'un groupement d'intérêt économique (GIE) dénommé Datassur. Cet organisme a le mérite d'apporter plus de transparence vis-à-vis du public et présente l'avantage de n'avoir aucune véritable incidence sur l'image du secteur puisque cette organisation est distincte de celle de l'UPEA, tout en restant sous le contrôle de cette dernière.

L'offre des services de Datassur est à géométrie variable, c'est-à-dire que les entreprises d'assurances, pour autant qu'elles soient membres du GIE, peuvent recourir à ses services en fonction de leurs besoins. Il est cependant évident que, dans le cadre des fichiers communs, plus il y a d'adhérents au système, plus celui-ci est efficace et pertinent.

Actuellement, Datassur gère deux fichiers, à savoir le fichier RSR pour les branches incendie, accidents et risques divers (IARD) qui a démarré le 1^{er} juin 1996, et le fichier VBR pour les branches vie, maladie et soins de santé qui a démarré un an plus tard.

1.1.1. Convention RSR

Une convention entre compagnies et un code de bonne pratique reprennent des accords explicites sur la finalité de l'échange de données, les types de données reprises, la responsabilité des compagnies signataires, ainsi que leurs droits et obligations.

Selon la convention, quatre faits peuvent donner lieu à une reprise dans le fichier RSR, à savoir la résiliation d'un contrat, les risques particuliers auto, le refus de couverture et la fraude :

La *résiliation* comprend sept volets :

– résiliation à l'échéance (ne vise pas les résiliations ordinaires) ;

– non-paiement de primes et/ou non-recouvrement de franchise (environ 78 % des cas) ;

– résiliation après un sinistre (avec indication d'une catégorie de montants) ;

– résiliation après plus d'un sinistre responsable (environ 13 % des cas) ;

– responsabilité reconnue (environ 3 % des cas) ;

– résiliation après sinistre avec refus d'intervention (pour des raisons contractuelles) ;

– résiliation avec recours (par exemple après indemnisation en cas d'intoxication alcoolique).

Risques particuliers Auto :

– après plus d'un sinistre responsable ;

– avec recours.

Cette rubrique vise le vrai conducteur qui, dans certains cas, n'est pas le preneur d'assurance lui-même (sociétés de taxi, de leasing, etc.). Dans ces cas, il n'y a pas nécessairement résiliation du contrat.

Le *refus* est motivé comme suit :

– non-correspondance avec les informations du fichier RSR ;

– non-correspondance avec la réalité.

Pour les «risques alourdis» (= fraude) qui représentent environ 2 % des cas, une catégorie de montants est chaque fois indiquée pour les types de fraude suivants :

– non-correspondance avec la déclaration à la souscription ;

– non-correspondance avec la déclaration de sinistre ;

– pluralité de couvertures indemnitaires ;

– participation au fait constaté ;

– fait volontaire ;

– sinistre antérieur à la souscription.

En 1999, plus de 46 600 enregistrements ont été effectués dans le fichier RSR. Fin mai 2000, le total des personnes inscrites approche les 235 000. Chaque jour, les gestionnaires de dossiers des 57 compagnies ayant adhéré au système transmettent, par voie informatique, les données relatives à quelque 210 cas pour enregistrement. Le non-paiement de la prime et/ou le non recouvrement de la franchise ainsi que la sinistralité importante sont souvent à l'origine de l'enregistrement mais, dans près de 3 % des cas, une fraude ou une tentative de fraude fut à l'origine du signalement.

Qu'en est-il de la qualité et de la pertinence des données enregistrées ?

La loi sur la protection de la vie privée prévoit que les personnes enregistrées dans un fichier automatisé doivent en être informées, de sorte qu'elles puissent faire valoir leur droit à l'information et, le cas échéant, à la rectification et/ou l'annulation des données les concernant. Datassur informe donc systématiquement toutes les personnes physiques reprises dans ses fichiers.

Les taux de demandes d'information et de rectification/annulation émanant des personnes «fichées» constituent de bons baromètres pour mesurer la qualité des données enregistrées. En 1999, les 46 600 enregistrements précités ont donné lieu à 819 demandes de renseignements complémentaires, ce qui correspond à une demande pour 57 enregistrements. Mieux encore, sur ces 819 personnes qui manifestèrent de l'intérêt pour le contenu de leur enregistrement, 138 seulement exigèrent une rectification ou, dans la plupart des cas, l'annulation de l'enregistrement en question. Ceci démontre bien que les enregistrements ne se font pas à la légère, puisqu'ils sont pertinents dans la toute grande majorité des cas.

Comment mesurer le rendement d'un tel système ?

Mesurer le rendement exact d'un tel système est impossible et inutile, s'empresse d'ajouter les responsables des branches concernées dans les compagnies d'assurances. L'investissement (adaptation des applicatifs internes dans les compagnies) est de toute façon dérisoire, dès lors que l'on peut éviter quelques cas de fraude par une meilleure connaissance du profil de l'assuré potentiel. Comme la plupart des compagnies adhèrent au système, celui-ci est performant et fiable. La probabilité pour un fraudeur de passer entre les mailles du filet s'est ainsi considérablement amenuisée.

Le raisonnement vaut également pour les «mauvais payeurs» et ceux dont la statistique sinistre est particulièrement mauvaise. En

adhérant au système, les compagnies peuvent, dès la phase de souscription, évaluer correctement le risque qu'elles encourent et adapter leur tarif en fonction du profil du futur assuré, voire refuser le risque.

1.1.2. Convention VBR

La convention VBR est appliquée en branches vie, maladie et soins de santé. Ce fichier comprend des risques ajournés, refusés ou alourdis.

Risques ajournés : par exemple en attendant la guérison d'une maladie, le retour d'un militaire parti en mission, etc. (environ 37 % des cas).

Risques refusés

– refus de couverture à l'initiative de la compagnie (environ 54 % des cas) ;

– refus explicite de fournir les renseignements complémentaires demandés et nécessaires à l'acceptation du risque (environ 3 % des cas).

Risques alourdis (= fraude)

– non-correspondance avec la déclaration à la souscription (environ 4 % des cas) ;

– non-correspondance avec la déclaration de sinistre (environ 1 % des cas) ;

– fait volontaire (environ 1 % des cas).

Les branches les plus concernées sont respectivement la branche vie individuelle (79 % des cas), invalidité individuelle (14 % des cas), soins de santé et invalidité collective (3 % des cas chacune).

Les chiffres relatifs au VBR sont très modestes en comparaison avec le RSR. En 1999, quelque 500 enregistrements ont été effectués à l'initiative d'une douzaine de compagnies. Ce chiffre a cependant plus que doublé par rapport à 1998 et dénote un intérêt croissant de la part des compagnies pour les informations détenues dans ce fichier. Sur le plan de la qualité et de la fiabilité, ce fichier est comparable au fichier RSR, puisque les ratios dont il est question pour le RSR se confirment au niveau du VBR.

1.1.3. Le fichier Discover

Puisque le fichier RSR n'a plus grand chose à prouver au niveau de l'efficacité en matière de transmission des informations,

il est assez normal que les compagnies se soient tournées vers Datassur pour calquer les procédures existantes au signalement des véhicules volés.

Depuis le 1^{er} mars 2000, Datassur propose un logiciel utilisable sur PC, qui permet aux compagnies qui le souhaitent de signaler tout vol de véhicules aussitôt qu'elles en ont pris connaissance.

L'utilité d'une telle centralisation est multiple. Cela permettra, dans un premier temps, de confronter les données de Discover avec celles d'autres fichiers. Par exemple, avec celui de la police qui, en cas de vol réel, doit également contenir les données signalées dans Discover. L'on comprendrait mal en effet qu'un vol de véhicule ait fait l'objet d'une déclaration à la compagnie d'assurance mais d'aucune déposition devant les autorités verbalisantes. Le signalement à la compagnie d'assurance concernée avant le délai des 30 jours au terme duquel elle indemnise le propriétaire lésé, du fait que le véhicule a été retrouvé, se fera d'une manière plus systématique et surtout plus rapide. Combien de propriétaires lésés, informés comme il se doit par la police ou la gendarmerie que leur véhicule a été retrouvé, n'attendent-ils pas expressément la fin du délai de 30 jours et donc d'avoir reçu leur chèque avant d'informer leur compagnie que le véhicule a entre-temps été retrouvé.

Des actions en matière de recherche de véhicules volés, notamment en matière de récupération ou rapatriement de véhicules retrouvés, peuvent être entreprises de manière mieux coordonnée, donc plus efficace et moins coûteuse pour la collectivité des assureurs, dès lors qu'un organisme central, mandaté à cet effet par les compagnies, en assume la charge. La première pierre de cet ambitieux édifice est un fichier central commun aux assureurs et les compagnies l'ont compris puisqu'elles ont souhaité Discover.

1.2. Instauration d'une banque de données «sinistres» en assurances auto

Le nombre croissant de cas de fraude à la souscription et à l'occasion d'un sinistre, la segmentation poussée en assurance Auto et la disparition programmée du système bonus-malus engendrent la nécessité absolue d'un échange entre compagnies de données concrètes et objectives sur les risques au moyen d'une banque de données «sinistres» sectorielle.

A cet égard, l'UPEA a récemment mis en place un groupe de travail chargé d'examiner la solution idéale sur le plan juridique, fonctionnel et financier. Les résultats de cette étude de «faisabilité»

sont attendus pour l'été 2000 et conditionneront la poursuite du projet qui pourrait jeter les bases d'une banque de données sinistres toutes branches confondues.

□ 2. Sensibilisation

Voici deux exemples d'actions que l'UPEA a menées pour sensibiliser le public.

2.1. Documents d'assurance

À l'intention de ceux qui pourraient céder à la tentation de s'y risquer, un avertissement a été imprimé sur les propositions d'assurance et les déclarations de sinistre, afin de rappeler la gravité des conséquences en cas de fraude. Le texte de cet avertissement peut varier légèrement d'une compagnie à l'autre, mais il a été repris d'une manière identique au verso du constat européen d'accident. Le libellé dans ce dernier cas est le suivant : «Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie de la compagnie d'assurances pourra faire l'objet de poursuites, en vertu de l'article 496 du Code pénal».

Par ailleurs, l'UPEA a proposé aux compagnies un pictogramme à faire figurer sur les documents destinés à la clientèle. Ce pictogramme doit, d'une part, susciter la sympathie ou le soutien des assurés honnêtes, mais, d'autre part, rappeler la vigilance des compagnies et, implicitement, le caractère punissable de la fraude. D'où le slogan qui l'accompagne : «Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus».

2.2. Les intermédiaires

La loi sur la distribution de l'assurance (loi Cauwenberghs) de 1995 détermine les conditions d'inscription des courtiers et autres intermédiaires dans le registre de l'Office de contrôle des assurances (OCA).

L'article 10, 3^o de la loi prévoit que, pour pouvoir être inscrit au registre, l'intermédiaire d'assurances intéressé doit présenter une aptitude et une honorabilité professionnelle suffisantes.

Pour le législateur, toute personne impliquée dans l'intermédiation en assurances doit faire preuve d'une honorabilité professionnelle suffisante, qu'elle exerce cette activité en tant que travailleur indépendant ou salarié.

Dans ce contexte, l'UPEA se réunit régulièrement avec les fédérations de courtiers d'assurances pour sensibiliser les inter-

médiaires au problème de la fraude. L'objectif principal des dernières rencontres a été la mise sur pied, en avril dernier, d'un conseil professionnel mixte. Cet organe de concertation examinera à intervalles réguliers les infractions qui sont suffisamment importantes pour les soumettre à l'Office de contrôle des assurances (OCA) ou pour ester en justice.

□ 3. Étude et analyse

Plusieurs projets ont été lancés dans le cadre de ce chapitre «Étude et analyse». Il s'agit d'initiatives dont les effets, sur le plan opérationnel, ont été immédiats.

3.1. Échange de données opérationnelles entre inspecteurs «sinistres»

L'UPEA a établi une liste de 437 inspecteurs «sinistres» répartis sur toute la Belgique. Ces personnes ont reçu cette liste sous une forme papier et sur disquette. Depuis lors, elles échangent des données sur le terrain afin de compléter leurs dossiers «sinistres».

3.2. Échange de messages entre assureurs

Début 1996, un réseau de communication à fonctionnement rapide a été mis en place. Ce réseau englobe 204 correspondants dans 100 compagnies. Depuis cette date, des centaines de messages ont été échangés avec des résultats fort positifs.

Aujourd'hui, constatant les avantages en terme de rapidité d'un vecteur d'information comme Internet, un groupe de travail ad hoc étudie les modalités pratiques pour une utilisation plus systématique de ce média dans ce contexte.

3.3. Indicateurs de fraude

Les services d'enquête internes ou externes des compagnies utilisent des «clignotants», des indicateurs de fraude, qui peuvent les amener à approfondir leurs investigations. Si une voiture disparue à la suite d'un vol est retrouvée dans un coin perdu à l'étranger, à une distance supérieure à celle que le véhicule aurait pu parcourir avec un plein d'essence et que rien n'indique que la serrure du bouchon du réservoir a été forcée, il va de soi que tous ces éléments peuvent donner lieu à des questions et des vérifications quant au scénario mentionné dans la déclaration.

Ces clignotants ont été finalisés dans un document papier et ont également été convertis en un programme informatique pour PC.

3.4. La loi « Franchimont »¹

L'UPEA suit de près l'évolution des législations. Certaines lois peuvent en effet avoir des conséquences là où on s'y attend le moins. Ainsi, la loi dite Franchimont, qui permet à toute victime d'avoir accès au dossier répressif, a fait l'objet d'un examen particulier à la lumière du travail des inspecteurs fraude. Un groupe de travail ad hoc s'est donc penché sur les conséquences de cette loi et de ses impacts sur le travail des inspecteurs, en égard notamment aux statuts de «personnes lésées» et de «personnes interrogées». Ce type d'étude débouche sur un rapport, voire une série de recommandations qui sont communiquées à l'ensemble des compagnies.

4. Formation

4.1. Au niveau des compagnies

En concertation avec la Commission Fraude, le Centre de formation de l'UPEA a organisé les sessions suivantes pour les collaborateurs des compagnies d'assurances :

- une journée d'étude pour sensibiliser les responsables des services de production IARD;
- des séminaires pratiques, étalés sur plusieurs jours et organisés par branche, à l'intention des souscripteurs;
- des séminaires pratiques, également étalés sur plusieurs jours et organisés par branche, à l'intention des gestionnaires «sinistres».

4.2. Au niveau des autorités

Les services de police et les assureurs ont un intérêt commun dans l'élucidation des délits. C'est pourquoi l'UPEA a organisé pour la première fois, en octobre 1996, un séminaire intitulé «Fraude à l'assurance et criminalité auto» à l'intention des services de police. En Belgique, il s'agissait d'une première dans la collaboration entre autorités et assureurs.

En fait, cette formation était une initiative conjointe du service Prévention du Ministère de l'Intérieur et de la Commission Fraude de l'UPEA, qui a attiré plus de 100 participants provenant des

services de gendarmerie, de police et d'autres organes spécialisés dans le domaine de la prévention.

Cette initiative a rencontré un accueil très favorable auprès des participants.

Elle a été suivie d'autres organisations conjointes, telle que la formation d'une centaine de gendarmes spécialisés dans la détection de véhicules volés. Ces gendarmes ont bénéficié de cette formation supplémentaire pour approfondir leurs connaissances en matière de lutte contre la fraude «Auto».

5. Politique en matière de déclaration et de poursuites

La Commission Fraude a constaté qu'au niveau du secteur, des règlements de sinistres très souples et un manque d'action ont favorisé le développement actuel de la fraude. Au lieu de montrer la sévérité voulue, les assureurs ont, en général, essayé de compenser les pertes en augmentant leurs primes. Cette approche n'est plus défendable.

C'est pourquoi les compagnies ont convenu, pour les cas où la fraude est établie, de déposer systématiquement plainte. Cette mesure est reprise dans une convention sectorielle qui a pris effet le 1^{er} mars 1997 et comprend les points suivants :

a) la reprise obligatoire de la clause anti-fraude dans tous les documents d'assurance;

b) l'adaptation de la politique en matière de poursuites des compagnies;

c) une collaboration entre compagnies concernant le règlement des dossiers fraude.

6. Coopération avec les autorités

Le 30 juin 1997, la *Plate-forme nationale de lutte contre la criminalité en matière de véhicules* a été créée. Elle comprend une dizaine de membres des secteurs public et privé et est présidée par les Ministres de la Justice et de l'Intérieur. Une réalisation importante de la plate-forme est le lancement, en septembre 1999, d'une nouvelle procédure de contrôle des véhicules accidentés.

Cette procédure a été élaborée par l'UPEA, en étroite collaboration avec la DIV (Direction pour l'immatriculation des véhicules), le GOCA (Groupement des organismes agréés de contrôle

technique), Federauto, Febiac, les autorités verbalisantes police et gendarmerie, les douanes et les unions professionnelles des experts en automobiles. Elle poursuit un double objectif : améliorer la sécurité des véhicules circulant sur nos routes et mettre un terme au commerce «suspect» de certains véhicules gravement accidentés.

Depuis septembre 1999, le véhicule pour lequel l'expert en automobiles a détecté des dommages aux organes de sécurité que sont le châssis, la direction, la suspension ou le système de freinage, est convoqué par le contrôle technique afin de subir un examen spécifique après réparations. Ce dernier est effectué au moyen d'un matériel de pointe installé dans une dizaine de stations de contrôle technique réparties sur le territoire national.

L'objectif est de s'assurer que les réparations ont été correctement et complètement effectuées et que le véhicule ne présente plus de danger pour son utilisateur et les autres usagers de la route. Il est important à ce stade de souligner que la convocation au contrôle technique est accompagnée de l'introduction d'une mention particulière dans le fichier central de la DIV. Cette mention n'est effacée du fichier qu'à la condition que le véhicule fasse l'objet d'un contrôle technique réussi. À défaut, la mention est maintenue et les autorités verbalisantes peuvent en prendre connaissance. Le même système est d'application pour les convocations aux visites dites «annuelles».

Autre nouveauté. Depuis le début de l'été 1999, les véhicules en perte totale technique sont soumis à une procédure de suivi renforcée. Le véhicule, qui est considéré par un expert en automobiles comme «techniquement irréparable», voit son numéro de châssis bloqué dans le fichier central de la DIV et ne peut dès lors plus être immatriculé. Dans les cas exceptionnels où un tel véhicule viendrait malgré tout à être réparé, la personne qui souhaiterait le remettre en circulation se voit obligée de respecter une procédure administrative contraignante impliquant le réparateur, un expert en automobiles et l'importateur. Muni de cette triple attestation, le véhicule doit encore être présenté à un contrôle technique spécifique dont le but est de s'assurer de la qualité des réparations et de la sécurité générale du véhicule.

Ces différents contrôles permettent à la Belgique d'apporter sa contribution à l'assainissement du marché des épaves, puisqu'il est d'ores et déjà prévu de communiquer les informations relatives aux véhicules gravement accidentés à plusieurs pays européens via notamment le système d'échanges d'informations Eucaris.

■ ASSOCIATIONS INTERNATIONALES

Depuis 1997 l'UPEA est membre de l'IAATI et l'IAIFA.

L'IAATI (International Association for Auto Theft Investigators) est très active dans le domaine de la lutte contre le vol de véhicules et a pu compter sur l'appui de l'UPEA pour organiser son séminaire à Spa en décembre 1999.

Tout comme l'IAATI, l'IAIFA (International Association for Insurance Fraud Agencies) a ses racines aux États-Unis. Cette association se concentre spécifiquement sur la lutte contre la fraude à l'assurance. Pour la toute première fois, elle a organisé son séminaire annuel à Bruxelles, les 24 et 25 juin 1999. Cette organisation est également soutenue par l'UPEA.

■ CONCLUSION

L'UPEA a complété le programme en six points par les actions suivantes :

1. Signalement mutuel de risques

– Création du GIE Datassur qui gère actuellement trois fichiers :

- le fichier RSR pour l'IARD, opérationnel depuis le 1^{er} juin 1996 ;
- le fichier VBR pour la Maladie et la Vie, opérationnel depuis septembre 1997 ; depuis le 1^{er} mars 2000 : le fichier Discover.

– Étude de faisabilité quant à une banque de données «sinistres» Auto.

2. Sensibilisation des preneurs d'assurance et du public en général

– Reprise d'une clause «anti-fraude» dans tous les documents d'assurance.

– Création d'un conseil professionnel mixte avec les courtiers.

3. Étude et analyse

– Échange d'information entre plus de 400 inspecteurs sinistres répartis sur toute la Belgique.

– Utilisation d'un réseau de communication reliant plus de 100 compagnies.

– Élaboration d'une liste des indicateurs de fraude (= clignotants) et de clignotants spécifiques à l'an 2000.

4. Formation

– Au niveau des compagnies : formation des services de production et de règlement de sinistres.

– Au niveau des autorités : formation des services de gendarmerie et de police.

5. Politique en matière de déclaration et de poursuites

– Approbation d'une convention sectorielle.

6. Coopération avec les autorités

– Nouvelles procédures de contrôle des véhicules accidentés.

Note

1. Loi du 12 mars 1998 relative à l'amélioration de la procédure pénale au stade de l'information et de l'instruction.