

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)
INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)
Institution Spécialisée Autonome

B.P. 1575 Yaoundé République du Cameroun
TEL. : (237) 20-71-52 / FAX : (237) 20-71-51 / TELEX 8730 KN

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES D'ASSURANCES
Octobre 2000

**THEME : L'ESCROQUERIE A L'ASSURANCE
ET SES IMPLICATIONS,
QUELLES SOLUTIONS ?**

Présenté par :

M. ALLA. K. Albert
14^{ème} Promotion DESS-A
(1998 / 2000)

Sous la direction de :

Madame Francine AMOIKON
Secrétaire Général – Chef du Service Sinistre
SAFARRIV (Société Africaine d'Assurances et
de Réassurance en Côte d'Ivoire) / TIARD.
Abidjan.

III

AVANT PROPOS

L'escroquerie à l'assurance, tel est le thème sur lequel nous avons choisi de réfléchir dans le cadre de la confection de notre mémoire de fin d'études comme il est d'usage au terme de la formation à l'Institut International des Assurances pour ce qui est du cycle supérieur.

Il s'agit assurément d'un thème très vaste. En effet, parler de l'escroquerie revient à parler de tous les domaines de l'assurance ou presque, dans la mesure où aucune branche de l'assurance n'échappe à l'escroquerie.

Dans le cadre de cette réflexion, bien évidemment, il ne nous sera pas possible de toucher à tous les domaines de l'assurance. Premièrement parce que nous n'avons pas la prétention de maîtriser toutes les manifestations de l'escroquerie dans tous les domaines de l'assurance. Deuxièmement parce que nous sommes pris par un impératif temps.

Seront donc cités ici les cas d'escroquerie qui concernent les branches les plus communément pratiquées sur nos marchés.

C'est donc dire que ce travail sera forcément limité.

Limité d'abord par le manque de documentations, nous contenant pour l'essentiel de la jurisprudence française.

Limité ensuite par le manque de moyens financiers pour s'acquérir les ouvrages et publications faits au-delà de nos frontières.

Limité enfin par le climat socio-politique qui est le nôtre au moment où nous entamons ce travail, climat qui n'inspire guère la sérénité et la paix des esprits.

Qu'il plaise donc aux lecteurs de se montrer indulgents à notre égard face au manque de richesses documentaires et aux imperfections qui pourraient être décelées dans ce travail.

I

DEDICACE

A Feue ma mère, partie au moment où le fruit
de ses sacrifices arrive à maturité

II

REMERCIEMENTS

Que Messieurs **PASTRE BRUNO**, Directeur général de SAFARRIV-TIARD, **KEITA Ibrahim**, Directeur général adjoint et Madame **AMOIKON Francine**, Secrétaire générale, Chef du service sinistre, trouvent ici l'expression de toute ma reconnaissance, eux qui ont bien voulu porter leur choix sur ma modeste personne, en me donnant l'occasion de vivre ma première expérience en entreprise.

Je pense également à tout le personnel de la SAFARRIV-TIARD, en particulier au service sinistre où j'ai été enrichi de la longue expérience de Monsieur **KOUAKOU KOUADIO** (sinistre auto) et des éclaircissements de Monsieur **AKOTO** (risques techniques, risques divers).

Je n'omet pas Monsieur **ABBEY Nazaire**, Chef de service réassurance, pour les sages conseils qu'il a bien voulu me donner tout au long de mon séjour.

Je pense à présent à toutes les personnes qui ont rendu possible cette formation, à la Direction des assurances de Côte d'Ivoire, à la Direction et aux enseignants de l'IIA.

Grand merci à tous mes camarades de promotion, à mes amis Camerounais, qui en l'espace de deux ans m'ont fait oublier les trois milles kilomètres qui me séparaient de mon pays.

Je pense enfin à toute ma famille, à toutes celles et à tous ceux, qui dans leurs prières, ont sollicité pour moi l'assistance de Dieu.

III

AVANT PROPOS

L'escroquerie à l'assurance, tel est le thème sur lequel nous avons choisi de réfléchir dans le cadre de la confection de notre mémoire de fin d'étude comme il est d'usage au terme de la formation à l'institut international des assurances pour ce qui est du cycle supérieur.

Il s'agit assurément d'un thème très vaste. En effet, parler de l'escroquerie revient à parler de tous les domaines de l'assurance ou presque, dans la mesure où aucune branche de l'assurance n'échappe à l'escroquerie.

Dans le cadre de cette réflexion, bien évidemment, il ne nous sera pas possible de toucher à tous les domaines de l'assurance. Premièrement parce que nous n'avons pas la prétention de maîtriser toutes les manifestations de l'escroquerie dans tous les domaines de l'assurance. Deuxièmement parce que nous sommes pris par un impératif temps.

Seront donc cités ici les cas d'escroquerie qui concernent les branches les plus communément pratiquées sur nos marchés.

C'est donc dire que ce travail sera forcément limité.

Limité d'abord par le manque de documentations, nous contentant pour l'essentiel de la jurisprudence française.

Limité ensuite par le manque de moyens financiers pour s'acquérir les ouvrages et publications faits au-delà de nos frontières.

Limité enfin par le climat socio-politique qui est le nôtre au moment où nous entamons ce travail, climat qui n'inspire guère la sérénité et la paix des esprits.

Qu'il plaise donc aux lecteurs de se montrer indulgents à notre égard face au manque de richesses documentaires et aux imperfections qui pourraient être décelées dans ce travail.

INTRODUCTION GENERALE

On a coutume de dire que les assureurs sont de mauvais payeurs.

En effet selon l'opinion ici et ailleurs le sentiment général est que l'assureur ne paie jamais les sinistres. En témoigne pour les détracteurs de la corporation, les longues procédures mises en œuvre par l'assureur pour s'acquitter de l'indemnisation ou du paiement de la prestation.

Les assurés ont donc cette image de l'assureur trop procédurier et même souvent « voleur ».

Mais le faisant se sont-ils une fois interrogés sur le pourquoi de cette attitude. On nous dira certainement en voici qui viennent défendre les assureurs. Loin de nous l'idée de vouloir jouer les avocats du diable, loin de nous le parti pris coûte que coûte. Car il est vrai que certains assureurs se sont toujours illustrés par leur manque de professionnalisme en oubliant pourquoi ils sont assureurs. Ils ont failli à leur mission première qui est de payer les sinistres. D'ailleurs c'est pour assainir le marché qu'a été institué le contrôle des sociétés d'assurance. (1)

La corporation souffre donc d'un discrédit réel et cela tout le monde le reconnaît.

Pour revenir à notre sujet, on dira tout simplement que les assurés oublient leur part de responsabilité dans la terne image attribuée aux assureurs.

La grande méfiance dont ces derniers font montre s'explique en partie par l'escroquerie à l'assurance. Cette hantise de l'escroquerie se remarque aussi bien sur nos marchés que sur les marchés des pays développés. L'escroquerie à l'assurance est un fléau réel. Mais souffrant encore une fois du manque de statistiques pour illustrer l'ampleur de ce phénomène sur nos marchés, nous allons donc nous tourner vers le marché européen notamment vers la métropole, le marché français où un seul chiffre nous permet de mesurer la perte considérable qu'occasionne l'escroquerie pour les assureurs.

En effet, en France, l'on escroquerait pas moins de douze milliards (12.000.000.000 FF) de francs français aux assureurs (2). Le secteur des assurances n'échappe donc pas à l'escroquerie. On s'étonne donc du quasi mutisme des assureurs sur la question. Mais ceci peut s'expliquer par le fait que, conscient de ce que les contentieux avec les assurés ne font que les desservir, ils préfèrent faire l'impasse sur cette fraude en menant leur lutte de manière discrète.

1 - Ce contrôle est exercé par la Commission Régionale de contrôle des assurances, organe régulateur du Traité CIMA
2 - In le point du 18/02/2000

Cette discrétion conduit à penser que le phénomène de l'escroquerie est isolé voire négligeable. Il est perçu comme un tabou, il ne faut pas en parler ou du moins en faire « la une » des journaux. Cela choquerait la conscience collective ou l'opinion qui elle-même a déjà une idée arrêtée de l'assureur qu'elle considère comme le grand escroc.

Par conséquent l'équation que doit résoudre l'assureur est la suivante : comment juguler le phénomène de l'escroquerie tout en s'assurant un tant soit peu une image positive auprès du public ?

Ceci dit l'escroquerie touche tous les domaines de l'assurance, aussi bien dans la branche vie (assurance en cas de vie, assurance en cas de décès) que dans les branches non vie. C'est ce qu'illustre M SIMONNET (3) lorsqu'il affirme que l'escroquerie à l'assurance se pratique aussi bien sur terre que sur mer.

Nous ne saurions entamer cette étude sans aborder un tout petit peu la notion même d'escroquerie.

L'escroquerie est un délit pénal prévu et puni par le législateur (4)

Au regard de l'article 403 du code pénal, le coupable de l'escroquerie a en vue de s'approprier le bien d'autrui par des manœuvres frauduleuses destinées à l'y aider.

L'escroquerie participe de la fraude à l'assurance qui elle est beaucoup plus vaste (5)

Appliqué à l'assurance il s'agira pour l'assuré indélicat de tromper l'assureur et d'obtenir de lui des indemnités ou des prestations non dues dans leur objet ou dans leur quantum.

Mais l'escroquerie ne vise pas seulement le paiement indu des sinistres elle vise aussi à extorquer une partie de la prime à l'assureur. C'est ce que montre la MUNICH RE (6) qui définit l'escroquerie comme l'acte d'un assuré ou d'un tiers commis aux fins de bénéficier d'une tarification plus avantageuse ou de capter une indemnité injustifiée. Il s'agit donc d'une volonté manifeste de tirer illégitimement profit du contrat d'assurance soit par la minoration de la prime à payer soit par l'obtention d'une indemnité non due.

L'assurance devient donc un moyen d'enrichissement pour l'assuré escroc, toutes choses contraires aux fondements mêmes de l'assurance.

3 - la baraterie in lutte contre la fraude à l'assurance page 49

4 - article 403 du Code Pénal ivoirien

5 - Voir mémoire fraude à l'assurance dans les Etats membres de la CIMA : cas du Cameroun de TOYUM P. IIA octobre 96

6 - L'escroquerie dans l'assurances dommages page 6

Au demeurant l'assuré indélicat se rend coupable de plusieurs autres infractions notamment de faux et usage de faux en falsifiant ou présentant de faux documents pour la tarification ou l'indemnisation d'un risque.

Il importe donc, pour les assureurs qui ne sont pas des philanthropes, et qui participent de manière significative à l'essor économique national de lutter contre ce phénomène.

Cette lutte ne pourra être bien menée qu'en ayant une parfaite maîtrise des manifestations de l'escroquerie à l'assurance.

C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de cette réflexion, nous nous efforcerons dans une première partie de présenter ce phénomène de l'escroquerie à l'assurance avant d'envisager dans une seconde partie les mécanismes de lutte contre ce fléau.

PREMIERE PARTIE :
**PRESENTATION DU PHENOMENE DE
L'ESCROQUERIE A L'ASSURANCE**

L'escroquerie à l'assurance n'est pas une infraction spécifique.

L'escroc cherche, dans le domaine de l'assurance comme partout ailleurs, à s'approprier d'une manière ou d'une autre les fonds de l'assureur.

Mais il y a lieu de dire que si en assurance l'escroquerie peut s'expliquer par des causes communes qu'on retrouve dans tous les domaines d'activité, il n'en demeure pas moins que le phénomène présente quelques particularités.

Au total, dans cette séquence, nous soulignerons d'abord les aspects généraux de l'escroquerie à l'assurance (Chapitre I) avant d'en dégager les implications (Chapitre II).

CHAPITRE I : ASPECTS GENERAUX DU PHENOMENE DE L'ESCROQUERIE A L'ASSURANCE

Il ne s'agira pas pour nous de cogiter sur le profil ou l'allure de l'escroc à l'assurance mais il importera d'étudier les motifs qui l'y poussent (Section I) et surtout de réfléchir sur les manifestations concrètes de l'escroquerie à l'assurance (Section II).

Section I - Les causes de l'escroquerie à l'assurance

On ne peut prétendre identifier tous les éléments qui expliquent "la triche" à l'assurance. Nous serons donc loin d'être exhaustifs.

Néanmoins, on peut catégoriser ces causes en deux ordres classiques. D'un côté les causes objectives (Paragraphe I) et de l'autre les causes subjectives (Paragraphe II).

Paragraphe I - Les causes objectives

L'escroquerie à l'assurance peut être attribuée au climat économique et social dans lequel baignent les compagnies d'assurance. Mais on ne perdra pas de vue le fait que les assureurs, d'une manière ou d'une autre, favorisent eux mêmes ce phénomène.

Les causes objectives doivent donc être appréhendées aussi bien au niveau de la compagnie d'assurance (A) qu'au niveau de son environnement (B).

A - Les causes inhérentes à la compagnie d'assurance

Il s'agira ici essentiellement de l'approximation des compétences d'une part et d'autre part de la fixation faite sur la réalisation du chiffre d'affaire.

La première s'explique par le fait que certaines compagnies d'assurance ont toujours fonctionné avec du personnel peu qualifié qui, pour la plupart, a certes un niveau scolaire ou universitaire appréciable mais non adapté aux techniques d'assurances.

Quant à la seconde elle est liée au fait que la compagnie d'assurance en tant que société commerciale aspire au plus de gains possible et surtout à apparaître aux yeux des clients et des investisseurs potentiels comme une entité financièrement assise.

Tout ceci l'emmène à des pratiques qui sont aux antipodes des normes de gestion des sociétés d'assurance ; autant de facteurs de fraude.

1 - L'approximation des compétences

L'approximation des compétences est un facteur de fraude en ce sens que, n'ayant aucune connaissance ou des connaissances approximatives, le producteur ou le régleur de sinistre va, dans ses actes, exposer la compagnie à des pertes qui profiteront aux assurés indelicats.

a - Au niveau de la production

Le producteur, on le sait est celui là même, qui dans la compagnie, est chargé de la rédaction ou de la confection des contrats d'assurance. Une telle activité requiert de son titulaire une bonne connaissance non seulement du droit des contrats mais aussi une maîtrise réelle des règles issues du code CIMA (7).

Le rédacteur de contrat d'assurance doit être concis et précis dans ses termes .

Il doit éviter les équivoques sujets à interprétations multiples. Il doit surtout savoir que nous vivons à l'ère de la protection du consommateur.

Le Code CIMA d'ailleurs s'inscrit dans cette droite ligne en posant d'une part que le contrôle des sociétés d'assurance s'exerce dans l'intérêt des assurés et bénéficiaires de contrat d'assurance et de capitalisation et d'autre part que lorsque l'assureur a posé des questions à l'assuré notamment par le formulaire de déclaration de risque, ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

7 - code annexé au traité de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances.

Il s'agit là de deux principes fondamentaux que tout producteur doit avoir en tête lors de la rédaction du contrat.

Cela est d'autant plus vrai que nous savons que les compagnies d'assurance en Afrique comptent dans leur portefeuille un faible taux de particuliers assurés.

Dans la plupart de nos Etats les particuliers s'assurent parce qu'ils y sont obligés c'est le cas de l'assurance automobile obligatoire. Elles réalisent la plus grosse part de leur chiffre d'affaire avec les entreprises.

Ces entreprises qui sont généralement des filiales de grands groupes européens ou américains disposent toujours d'un service juridique ou contentieux animé par des experts en la matière. On voit même de plus en plus certaines sociétés dotés de service assurance.

Ces entités, par le biais de leur conseils, ne manqueront jamais de profiter de la moindre faille dans la rédaction des contrats d'assurance.

Ainsi, en responsabilité civile générale (RC) le contrat doit être rédigé de telle sorte à ne laisser la porte ouverte à l'escroquerie. Par exemple, un problème sujet à polémique se pose quant à la fixation de la période de garantie.

En effet en responsabilité civile le code CIMA en son article 51 lie la notion de sinistre à la réclamation de la victime faite à l'assuré. Or une telle réclamation peut intervenir, pour un dommage survenu pendant la période de garantie après l'expiration du contrat. Il s'agit là d'une situation qui peut favoriser l'escroquerie à l'assurance. L'assuré cherchant à faire supporter par l'assureur les sinistres non dus. Il en sera ainsi parce que l'assureur n'aura pas perçu la spécificité de la responsabilité civile et prévoir les gardes- fou nécessaires.

Toujours dans la même logique, l'assuré conscient de l'opportunité que lui offre l'article 51 peut chercher à faire supporter par l'assureur un sinistre déjà né ou susceptible de naître en souscrivant un contrat RC produits eu égard à la qualité douteuse de ces produits là.

Il lui suffira tout simplement de faire sa déclaration après la souscription et donc en cours de vie du contrat.

Pour faire face à de telles situations, un bon producteur imprégné des techniques d'assurance doit maîtriser les notions de garanties subséquentes et de reprise du passé inconnu notions sur lesquelles nous reviendrons un peu plus tard.

b - Au niveau du service sinistre

Ici, l'incompétence des tenants de ce service est suicidaire pour la compagnie d'assurance. Le service sinistre est celui qui est amené à instruire et à régler les sinistres. En un mot, c'est lui qui "sort l'argent". Il doit donc pouvoir s'entourer de toutes les précautions nécessaires avant de délivrer des chèques.

Il doit avant tout avoir une bonne connaissance de la production, c'est-à-dire savoir lire les contrats et en faire une exacte application.

Tout ceci est très important parce qu'il faut se dire que l'assuré, aidé en cela par une foule de conseils ne manquera pas de profiter de la moindre occasion pour s'enrichir au détriment de l'assureur.

Pour illustrer nos propos ces deux exemples nous paraissent édifiants: "en individuelle personnes transportées"(8), en cas d'accident, l'un des premiers réflexes de l'assureur doit être de vérifier s'il n'y a pas eu de surcharge dans le véhicule de l'assuré. En effet il n'est pas rare de voir des voitures bondées de monde alors même que le conducteur ou le souscripteur d'un tel contrat est bien conscient de l'interdiction faite en la matière. En cas d'accident et dans l'hypothèse d'une invalidité permanente (IP) le régleur de sinistre doit verser le capital en tenant compte de cette surcharge c'est-à-dire en le modulant par le rapport existant entre le nombre de personnes transportées et le nombre de places réelles dans le véhicule.

En individuelle accident (9) si l'assuré invalide à la suite de l'accident décède peu après, le régleur sinistre doit verser le capital souscrit au titre de l'IP modulé par le taux d'invalidité mais aussi le capital décès si le contrat l'a prévu.

Mais au titre du décès il doit savoir, s'il avait au préalable payé le capital IP avant le décès, qu'il doit distraire ce montant payé du capital décès avant de désintéresser les ayants droits du défunt. En d'autres termes, s'il a déjà versé 10.000.000 F au titre de l'IPP et que le capital décès est par exemple de 50.000.000 F, les bénéficiaires de l'assuré ne recevront que 40 000.000 F soit 50.000.000 (décès)- 10.000.000 (IP).

8 - Cette garantie couvre les dommages corporels subis par l'assuré, ainsi que toute personne prenant place dans le véhicule assuré en tant que conducteur autorisé ou voyageur transporté à titre gratuit et consécutif à des accidents.

9 - Cette assurance a pour but la réparation des conséquences dommageables d'accidents corporels qui peuvent atteindre la personne désignée au contrat.

Dans toutes les hypothèses évoquées ci dessus le lecteur critique s'interrogera un tout petit peu.

Peut-on parler d'escroquerie de la part de l'assuré?

La question mérite d'être posée car l'escroquerie suppose que son auteur l'ait voulu. Or ici le fait qu'il perçoive des sommes non dues est simplement lié à l'incompétence du régleur sinistre. On serait donc tenté de se demander où est la fraude étant donné qu'il n'y a pas eu chez l'assuré volonté initiale de tromper l'assureur.

Mais une telle perception s'avère vite erronée quant on sait que l'assuré s'entoure toujours de conseils. Ces derniers ou l'assuré lui même peuvent bien être informés de l'erreur de l'assureur et s'apercevoir du trop perçu.

Mais croyez vous que cet assuré en avisera la compagnie, connaissez-vous des cas d'une aussi grande honnêteté? C'est justement à ce niveau que se trouve le "vol" ou l'escroquerie à l'assurance, le fait pour l'assuré qui perçoit de bonne foi des sommes en trop de les conserver par la suite de mauvaise foi.

L'assureur incompétent aura donc commis une erreur qui a profité à l'assuré. Cela est d'autant plus vrai que lorsque l'assuré se rend compte qu'il a été indemnisé en deçà de la somme à laquelle il a droit, il ne se fait pas prier pour revenir à la charge et demander le règlement complet de son indemnité.

2 - La recherche effrénée du chiffre d'affaires

Selon l'article 301 du code CIMA toute entreprise d'un Etat membre doit être constituée sous forme de société anonyme ou de société d'assurance mutuelle.

A priori le départ est bien fait entre ces deux types de sociétés. Celles à but lucratif c'est-à-dire les sociétés anonymes et les sociétés à but non lucratif les mutuelles d'assurance. Mais cette distinction n'est que de pure forme car sur le terrain l'observation donne à constater que toutes les sociétés recherchent plus ou moins le maximum de profit. La réalisation du plus grand chiffre d'affaire semble être la préoccupation majeure de ces entreprises.

Cette "folie" du chiffre d'affaire conduit malheureusement à des pratiques qui heurtent les principes fondamentaux en matière de souscription.

Il s'agit essentiellement des pratiques d'anti-sélection et de sous tarification .

a - L'anti-sélection

L'anti-sélection est le phénomène contraire à la sélection des risques. On en fera donc une définition à contrario.

La sélection des risques consiste pour l'assureur à faire le tri parmi le lot d'assurables qui se présentent à lui en vue d'une souscription de contrat. Il s'agit pour lui de repérer les mauvais risques c'est-à-dire ceux susceptibles d'entraîner la mise en jeu de la garantie le plus fréquemment possible.

L'assureur en arrive en imposant de lourdes conditions de garanties dans les contrats dans le but justement de dissuader ces assurables et donc de leur refuser la couverture. Il protège ainsi la mutualité constituée.

Le phénomène de l'anti-sélection consiste à opérer une souscription sans sélection. C'est malheureusement la pratique de bon nombre de compagnies beaucoup plus soucieuses de se constituer un porte feuille de clientèle étoffé et surtout d'engranger le maximum de primes.

Ce faisant, ces entreprises s'exposent à accepter des risques quasiment réalisés. En effet l'anti-sélection conduit certains assurés peu scrupuleux, conscients du caractère aggravé ou inassurable de leur risque à investir d'énormes sommes en guise de primes en vue d'obtenir la couverture de l'assureur, cet assureur qui n'est obnubilé que par le montant de la prime.

Il aura fait de l'assurance sans aléa rendant ainsi son paiement certain.

Le phénomène de l'anti-sélection ne s'écarte pas trop de celui de la sous tarification .

b- La sous tarification

La sous tarification aboutit à l'anti-sélection.

Elle consiste pour l'assureur à fixer des primes relativement faibles et donc disproportionnées par rapport aux risques à lui présentés par le souscripteur.

La sous tarification tout comme l'anti-sélection s'explique par la concurrence farouche que se livrent les assureurs sur nos marchés.

Le phénomène de la sous tarification est particulièrement remarquable en assurance automobile. En effet, dans cette branche, certains assureurs, malgré les tarifs minimum proposés trouvent le moyen de fixer des taux de prime en dessous de ces minimum exigés. On en arrive à l'assurance de "cercueils roulant"(10).

En somme, sous tarification et anti-sélection offrent un terrain très fertile aux assurés escrocs qui n'hésitent pas à profiter de la moindre occasion pour extorquer des fonds à l'assureur.

Un autre facteur de fraude inhérent à la compagnie d'assurance est le manque de motivation du personnel.

3 - Le manque de motivation du personnel

Selon Guy PONET (11), qui considère les ressources humaines autrement, il n'est de richesses que d'hommes. En effet, pour lui, parler de ressources humaines ce n'est pas considérer que les hommes sont des ressources mais que les hommes ont des ressources.

Il faut donc amener les hommes, dans l'entreprise, à valoriser leur talent par une politique bien menée de motivation et de stimulation. Ils doivent donc pouvoir se réaliser au sein de l'entreprise. Autrement, il y aurait de la négligence et du laisser aller de leur part et une telle situation fait également le lit de l'escroquerie à l'assurance.

Un employé non motivé, désenchanté et même désorienté montrera moins d'entrain dans l'exécution du travail à lui confié.

Si nous prenons l'exemple d'un régleur de sinistre, il peut faire l'impasse sur certaines anomalies constatées dans l'instruction du dossier sinistre. Parfois même, il n'hésitera pas à succomber aux offres corruptrices d'un assuré se sachant en faute et déchu par exemple de la couverture.

Pis il peut être de connivence avec certains assurés et organiser de faux sinistres. Il s'agira pour cet employé indélicat de dévoiler des ficelles en vue de créer un sinistre au dessus de tout soupçon et conduire ainsi l'assuré à entrer en possession de l'indemnisation.

Lors de la souscription, de telles légèretés peuvent être constatées.

10 - In Assur Echos avril 2000 n° 8 page 50

11 - In l'assureur africain n° 31 décembre 98 page 7

Par exemple, un assureur, invité à visiter un gros risque incendie avant la tarification s'abstiendra soit de relever les défaillances notées lors de l'inspection du risque, soit d'appliquer les majorations nécessaires en vue de la sanction de la dangerosité du risque parce que tout simplement il aura reçu des pots de vins en vue de "fermer les yeux" sur ces aspects.

Ainsi donc un régleur de sinistre ou un souscripteur peu motivé est beaucoup plus vulnérable face aux offres illégales des assurés indécents.

La corruption d'ailleurs pose le problème des rapports que l'assureur entretient avec le monde qui l'entoure.

B - Les causes relatives à l'environnement de la compagnie

La compagnie d'assurance est une entité économique et en tant que telle est amenée à évoluer dans un monde dont elle subit les influences.

Ainsi donc, elle n'échappe pas aux conséquences de l'environnement socio-économique délétère qui est celui des pays africains.

Par ailleurs elle travaille avec des partenaires qui ne font pas toujours montre de bonne foi dans le cadre de ce partenariat.

1 - L'environnement socio-économique délétère

Il est bien connu que le continent Africain et notamment l'Afrique subsaharienne baigne dans un marasme économique depuis belle lurette.

Cette situation s'explique entre autre par les politiques économiques internationales.

On sait par exemple que les prix de nos matières d'exportation le café et le cacao pour ce qui est de la Côte d'Ivoire sont déterminés par les cours des bourses de Londres ou de Paris.

Dans un tel contexte et dans l'hypothèse où les prix de ces produits sont en baisse, la tentation à l'escroquerie à l'assurance est vite arrivée.

Prenons le cas d'un exportateur ivoirien qui aurait assuré ces facultés auprès d'assureurs nationaux.

Ce dernier, après un investissement, espérait revendre ses produits à l'arrivée à un prix lui permettant d'avoir le bénéfice escompté.

Il apprend que sa cargaison embarquée ne coûte pratiquement plus rien en raison d'une chute brutale des cours en bourse.

Trois solutions s'offrent à lui: soit il vend à perte, chose peu probable mais faisable, soit il observe et attend la remontée des cours, ce qui suppose des coûts supplémentaires pour la conservation ou l'entretien de la cargaison.

S'agissant de denrées périssables et surtout de produits de traite, une telle solution est difficilement envisageable. C'est alors que peut naître l'idée de " vendre " la cargaison à l'assureur. En effet, ayant souscrit une assurance faculté maritime à l'exportation, l'assuré au regard de l'importance de la somme garantie peut être tenté de provoquer des avaries et donc susciter la garantie de l'assureur.

C'est un cas rare mais bien réel aux dires des experts maritimes rencontrés.

En risque industriel et même en risque agricole, on observe aussi un tel phénomène.

Comme nous l'a relaté, en anecdote l'un de nos enseignants, en risque agricole et principalement en assurance incendie, lorsque l'exploitation va mal, lorsqu'on ne vend plus et qu'on est criblé de dettes, l'assureur apparaît comme le repreneur idéal. Il suffit tout simplement de mettre le feu à son exploitation.

Sur un tout autre plan, la crise économique et surtout le chômage persistant a donné des idées à des personnes qui n'ont rien trouvé de mieux à faire que de proposer leurs services aux victimes d'accidents en tant que démarcheurs.

Il s'agit généralement de personnes peu scrupuleuses qui se proposent d'entreprendre toutes les démarches pour les tiers victimes moyennant une sorte de commission sur le résultat de leurs travaux c'est-à-dire sur l'indemnité ou la prestation.

Ces personnes n'hésitent pas à allonger la liste des ayants droit en falsifiant les documents requis. C'est donc dire que l'escroquerie à l'assurance n'est pas seulement le fait de l'assuré contractant. Elle est souvent organisée par des tiers au contrat d'assurance. De telles manœuvres peuvent être le fait de certains partenaires des assureurs.

2 - La mauvaise foi des partenaires de l'assureur

Les partenaires des assureurs, ce sont les agents généraux et les courtiers mais ce sont aussi les garagistes et les experts automobiles les experts médicaux et même les agents de l'ordre public tels les policiers et les gendarmes.

Ces partenaires jouent un rôle très important en ce sens qu'ils permettent à l'assureur soit de se constituer un portefeuille de clientèle, soit de vendre ses contrats. Ils lui sont très utiles aussi dans la mesure où ils lui permettent de cerner le risque qu'ils doivent couvrir ou de faire une meilleure évaluation des dommages liés à un sinistre couvert.

Mais malheureusement, ce partenariat ne se déroule pas toujours comme il se doit. Ces différents intervenants avec qui l'assureur travaille peuvent être à la base d'escroquerie orchestrée par eux-mêmes ou de concert avec l'assuré.

Ainsi donc, en assurance automobile, il n'est pas rare de voir les garagistes faire des surfacturations des coûts de réparations des véhicules.

On a même noté que certains réparateurs commandaient des pièces de rechange à prix coûtant qu'ils n'utilisaient pas sur les véhicules réparés car en dernier ressort ces frais sont supportés par l'assureur lorsque le véhicule est assuré en dommages.

En ce qui concerne les médecins, étant donné que ni les patients, ni les assureurs ne disposent en règle générale d'informations qui leur permettent de vérifier la nécessité du traitement prescrit surtout lorsque les soins sont exposés sur la base d'un "bon de prise en charge" ils peuvent avoir tendance à rehausser le coût des actes médicaux et donc extorquer ainsi de l'argent à l'assureur maladie.

On n'omettra pas de citer l'attitude répréhensible des intermédiaires d'assurance (courtiers et agents) qui donnent dans la compromission voire même dans la complicité avec les assurés soupçonnés de fraude à l'assurance.

Paragraphe II - Les causes subjectives

A notre sens, les causes subjectives de l'escroquerie à l'assurance résultent de ce que l'on appelle en assurance santé le risque moral (12) d'une part et d'autre part d'un manque de culture d'assurance.

A - Le risque moral

Le risque moral est une expression que nous tirons de notre cours sur l'assurance maladie. Il est dit aussi risque subjectif. En quoi consiste-t-il exactement ?

Avant de répondre à cette préoccupation, on doit dire que c'est un concept qui bien qu'ayant été évoqué en assurance maladie n'existe pas moins dans les autres branches de l'assurance (13).

Le risque moral est la conséquence de la prise de conscience par l'assuré de son contrat d'assurance santé.

Le mécanisme de l'assurance n'est plus tout à fait inconnu de nos populations. De plus on reconnaîtra que l'assurance est toujours perçue dans la mémoire collective comme un luxe en Afrique noire. Ceux qui se l'offrent sont ceux qui ont un certain niveau de vie et d'instruction. Il s'agit de personnes "intelligentes" qui savent ce que représente leur assurance maladie. Ils sont donc tout naturellement tentés d'en tirer le maximum de profit. C'est là que transparaît le risque moral.

En effet, l'assurance maladie, par le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques ou par la prise en charge des frais de traitements, limite considérablement les dépenses de santé supportées normalement par l'assuré.

Cet état de fait peut inciter ce dernier à changer de comportement.

Ce changement d'attitude s'opèrera généralement de deux façons; soit l'assuré prend moins de précautions que lorsqu'il n'était pas assuré, augmentant ainsi la probabilité de sinistre, soit il consulte de plus en plus un médecin, même pour des atteintes insignifiantes et recourt à des prestations onéreuses qu'il ne faisait avant d'être assuré.

12 - In fascicule Risques Divers avril 99 N°DOBO Basile IIA page 22

13 - In numéro spécial de Risques, n° 6 octobre 93 « Fraude ou risque moral » page 6

Parfois même, il n'hésite pas à faire profiter de son assurance à son entourage en se faisant passer pour le malade.

Cela est peut-être une hypothèse d'école mais à ne pas exclure. On notera là qu'il se pose un véritable problème de culture d'assurance.

B - Le manque de culture d'assurance

Ici, permettez nous de faire nôtres les propos de PHILIPPE MANIERE (14).

Il illustre de manière parfaite le manque de culture d'assurance chez l'assuré.

En effet, on le sait, l'opération d'assurance est telle que l'un des contractants, au terme de la période d'assurance est « perdant ». Ainsi parfois l'assureur a reçu peu de primes mais a dû payer une très forte indemnité parce qu'un sinistre est survenu trop tôt ou a coûté trop cher.

Parfois au contraire, il a perçu beaucoup de primes mais n'a jamais rien eu à rembourser, ce qui contrairement aux apparences constitue une bonne nouvelle pour l'assuré qui ne peut tout de même pas souhaiter avoir un accident.

Au total, le système est bénéfique pour tous parce qu'il donne une sécurité à l'assuré et un profit à l'assureur.

L'assurance repose donc sur une bonne gestion statistique de l'aléa.

Mais elle suppose avant tout que l'assureur comme l'assuré accepte d'ignorer, au moment de la signature de chaque contrat, quel en sera le bilan financier pour lui. C'est ici que se manifeste le manque de culture d'assurance.

Le principe même de l'assurance tel qu'évoqué plus haut est ignoré par les assurés .

En effet, ces derniers le plus souvent font l'impasse sur la dimension statistique de l'opération d'assurance et considèrent que le contrat qu'ils ont signé, eux, doit être individuellement équilibré, autrement dit qu'il doit leur " rapporter " autant qu'il leur coûte.

Dans un tel contexte, on est d'avis que l'escroquerie à l'assurance sera le moyen le plus sûr de sortir « vainqueur » de ce jeu. Ainsi, un assuré victime d'un vol serait parfois enclin à penser que puisqu'il paie, il doit être garanti, même si ce vol ne s'inscrit pas dans le cadre contractuel.

Dans la même logique, il peut songer à gonfler son préjudice tant il lui paraît certain que l'assureur s'est enrichi à ses dépens.

Section II - Les manifestations de l'escroquerie à l'assurance

Au cours de nos travaux, les quelques entretiens que nous avons eus avec les responsables des services dans les compagnies d'assurances nous ont laissé croire que l'escroquerie à l'assurance n'existait que lors des sinistres. « C'est un problème qui concerne le service sinistre, nous vous mettrons en contact avec le chef du service sinistre ». Tels ont été le plus souvent les propos de nos interlocuteurs.

Il est vrai que l'escroquerie est beaucoup plus apparente au moment de l'indemnisation c'est-à-dire après le sinistre. Mais, on semble perdre de vue le fait qu'il s'agit ici d'une manigance qui comme tout autre débute par des actes préparatoires et notamment au moment de la souscription du contrat d'assurance. Il faut donc avoir à l'esprit que l'escroquerie se prépare en amont c'est-à-dire au niveau de la conclusion et se consomme généralement en aval, au sinistre.

Il s'agit là d'un schéma classique qu'on doit cerner et dire que l'escroquerie à l'assurance se manifeste aussi bien avant la réalisation du risque (Paragraphe I) que lors du sinistre (Paragraphe II).

Paragraphe I - Les actes préparatoires à l'escroquerie à l'assurance avant le sinistre

Parler de réalisation du risque suppose qu'il y ait déjà un contrat d'assurance qui a été souscrit. C'est justement lors de cette souscription que l'escroquerie peut intervenir, l'assuré portant atteinte à son obligation de déclaration de risque (A).

Mais il est aussi à noter que si l'assureur ne garantit le risque que sur la foi des déclarations de l'assuré, il ne sera tenu à paiement qu'autant que ce risque correspond toujours à ce qui a été déclaré lors de la souscription. Il y a là également un gros risque de fraude (B).

A - Entorse à l'obligation de déclaration de risque à la souscription

Aux termes de l'article 12 deuxièmement du code CIMA, l'assuré doit répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel il l'interroge, lors de la conclusion du contrat sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier les risques pris en charge.

Il s'agit ici pour l'assureur de bien cerner le risque en vue d'en juger d'abord l'assurabilité et ensuite d'en déterminer la tarification adéquate. Cependant cet objectif qui est de se faire une opinion précise sur le risque proposé, est très souvent soumis à rude épreuve par l'assuré de mauvaise foi.

Ce dernier, au moyen de déclarations inexactes ou de réticences dolosives, va chercher à obtenir soit la couverture de risques à un coût inférieur au coût statistique réel, soit une indemnité supérieure à la valeur réelle du risque. Il s'agit dans ce dernier cas des hypothèses de sur-assurance frauduleuse et d'assurances cumulatives.

1 - La fausse déclaration intentionnelle, la réticence dolosive

Dans ces hypothèses l'assuré agit avec mauvaise foi dans l'intention de tromper l'assureur afin que ce dernier accepte de couvrir le risque à des conditions favorables pour lui, ce qu'il ne ferait sûrement pas s'il avait eu connaissance des circonstances réelles de ce risque.

En assurance incendie par exemple l'assuré indélicat attestera faussement que des mesures de protection et de prévention ont été prises contre l'incendie.

En assurance automobile il s'agira de fausses déclarations concernant le conducteur habituel ou de mensonges sur l'usage du véhicule. Par exemple l'assuré ou le conducteur déclare utiliser sa voiture dans la catégorie « promenade et affaires » alors qu'en réalité il se livre au transport public de marchandises.

Ce sont des exemples qui foisonnent sur nos marchés et qui se retrouvent dans toutes les branches de l'assurance.

En responsabilité civile par exemple, il n'est pas rare de constater un déphasage entre l'activité déclarée et celle exercée (15).

L'assuré souscrit un contrat d'assurance en déclarant comme activité celle de vente de matériels pour centrale à béton, pompe à béton, matériels pour construction de route.

Cependant, il se livrait en réalité à la fabrication et à la vente « clefs en mains » d'une centrale à béton.

On le voit bien, l'activité de vente de matériels pour centrale à béton ne peut être confondue avec celle consistant à fabriquer et à vendre « clefs en mains » une centrale à béton.

2 - Les cas de sur- assurance et d'assurances cumulatives

Dans ces deux hypothèses, l'assuré cherche à bénéficier d'une indemnité largement supérieure à la valeur réelle des biens assurés. Ces cas se rencontrent le plus souvent dans les assurances de choses ou de dommages.

Pour ce genre d'assurances le code CIMA pose un principe cardinal qui est le principe indemnitaire. Que recouvre-t-il ?

L'article 31 du code CIMA dispose que l'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité. Et l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. L'assureur ne peut donc jamais effectuer un règlement au delà de la valeur du bien détruit en cas de sinistre.

Pour contourner ce principe dont ils sont conscients, les assurés ont recours soit à la sur-assurance soit à l'assurance cumulative.

Par la sur-assurance frauduleuse, l'assuré assure son bien pour une somme supérieure à la valeur de ce bien afin de recevoir, en cas de sinistre, une indemnité d'un montant supérieur au dommage réellement subi.

L'assureur peu vigilant, dans ces conditions, paiera plus qu'il ne doit lors de l'indemnisation.

Quand à l'assurance cumulative, elle consiste pour l'assuré à garantir un même objet par deux ou plusieurs assurances contre le même risque et pour le même intérêt.

Elle devient frauduleuse lorsqu'elle est faite de mauvaise foi et surtout lorsque l'assuré s'abstient, en toute connaissance de cause, d'en avertir les autres assureurs comme le dispose l'article 34 du code CIMA. Il s'agit pour l'assuré fraudeur de cumuler les indemnités au-delà des dommages subis.

B - Manquement de l'assuré à ses obligations en cours de contrat

Le contrat d'assurance est un contrat à exécution successive, son exécution se prolongeant dans le temps.

Généralement les contrats d'assurance de choses sont annuels.

Quant aux contrats d'assurance vie, ils sont conclus pour de très longues durées : dix, quinze, voire trente ans. Il ne s'agit donc pas de contrat à exécution instantanée.

De ce fait il met à la charge de l'assuré un certain nombre d'obligations qui pour l'essentiel consistent à informer l'assureur des modifications qui interviennent sur le risque en cours de vie du contrat.

Aux termes de l'article 12-3 du code CIMA, l'assuré a l'obligation de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver le risque soit d'en créer de nouveaux, et qui rendent ainsi inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration de risque.

Ici également la fraude consiste dans la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de la circonstance nouvelle. On précisera que cette exigence ne concerne pas les assurances de personne.

Ces modifications que l'assureur ne peut connaître que par l'assuré s'expriment soit par une aggravation soit par une diminution du risque c'est à dire une intensification ou réduction de la probabilité de sa réalisation.

Ainsi, en assurance dommages, la vulnérabilité des biens assurés peut être accrue par la création à leur proximité d'activités incitatrices (vol) ou dangereuses en incendie.

Elle peut également être réduite par leur disparition. Mais l'hypothèse qui nous intéresse ici est celle de la création d'un risque nouveau tellement différent du précédent, objet du contrat, qu'il sort des prévisions des parties les rendant ainsi étrangers à la définition contractuelle (16).

Dans le premier cas c'est-à-dire dans le cas d'une réduction du risque par disparition ou suppression de la circonstance aggravante, l'assuré s'empressera toujours pour informer l'assureur et obtenir la réduction de prime correspondante.

Dans la seconde hypothèse, celle de la création d'un risque nouveau, l'assuré se fera très réticent pour aviser son assureur et en la matière les contentieux abondent.

Nous pouvons faire référence sur ce point à l'arrêt rendu en France par la cour de cassation le 18 Mai 1999 (17) dont le dispositif précise ce qui suit :

« Les juges peuvent retenir, de manière souveraine et sans insuffisance de motifs, pour apprécier la mauvaise foi de la souscriptrice du contrat, qu'aucune déclaration de conducteur supplémentaire n'a été faite après son mariage, alors qu'elle s'était déclarée conductrice principale pour un forfait de 900 km et que le fait pour son époux d'utiliser souvent le véhicule pour son travail était de nature à aggraver le risque en raison de ses condamnations antérieures ».

Cet arrêt mérite une attention particulière dans la mesure où il estime qu'en l'espèce l'omission de déclarer une circonstance aggravante en cours de contrat n'est pas due à un simple oubli du souscripteur mais à sa mauvaise foi. Cette mauvaise foi révélatrice de la fraude à l'assurance transparait aussi au moment de la réalisation du risque.

Paragraphe II - Manifestations de l'escroquerie à l'assurance lors de la réalisation du risque

L'escroquerie à l'assurance se prépare certes à la souscription et en cours de vie du contrat, cependant, c'est à l'occasion du sinistre qu'elle devient plus manifeste.

C'est pendant la réalisation du risque et les moments qui le suivent que l'on se rend compte du caractère frauduleux de l'évènement appelant l'assureur à garantie.

Parfois aussi le caractère réel du sinistre ne fait l'objet d'aucun doute mais c'est plutôt sur les conséquences ou l'ampleur du dommage que va porter la fraude.

Il y a donc en cas de sinistre, soit que nous nous trouvons en présence d'un sinistre frauduleux (A), soit qu'il s'agisse d'un sinistre réel non frauduleux mais dont l'assuré cherche à en grossir les effets (B).

A - Sinistre frauduleux

Nous entendons par sinistre frauduleux un sinistre fabriqué de toutes pièces par l'assuré dans le but de capter l'indemnité d'assurance.

L'assuré escroc procède de deux manières pour fabriquer ou pour monter un sinistre:

- Soit le sinistre est purement imaginé ou alors simulé
- Soit le sinistre existe bel et bien mais il est intentionnel

1 - Sinistre imaginaire ou simulation de sinistre

L'assuré, seul ou de connivence avec certaines personnes (ce qui est le cas le plus souvent) crée ou invente un sinistre qui en fait n'existe pas.

Aussi n'hésitera-t-il pas par exemple à présenter à l'assureur de fausses factures de frais médicaux et pharmaceutiques, soit avec la complicité de certains professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, ...), soit de son propre chef mais disposant de factures avec entête de certains établissements soignants.

Certaines fois l'assuré, présente à la souscription du contrat d'assurance auto de véritables cartes grises, mais de véhicules inexistantes.

Il n'a qu'à faire croire après que les dits véhicules ont été volés. Quelques fois encore ce sont les propriétaires de flottes qui simulent le vol d'un de leurs véhicules (en général celui qui est en plus mauvais état) alors qu'en réalité ils l'ont tout simplement vendu en pièces détachées ou ont utilisé ces pièces pour remplacer celles défectueuses sur les autres véhicules.

Par ce genre de supercheries, l'assuré fraudeur arrive le plus souvent à convaincre l'assureur en raison de la participation de plusieurs complices. Ces derniers déploient toute leur énergie et toute la ruse possible, quelques fois même au mépris du respect du à la personne humaine (simulation de la soi-disant mort de l'assuré), pour arriver à leurs fins.

2 - Le sinistre intentionnel

Comme nous l'indique l'expression, c'est le sinistre qui est volontairement recherché et provoqué par l'assuré privant ainsi le contrat d'assurance de son caractère aléatoire.

Les cas de sinistres volontaires sont légion et notamment en matière d'assurance dommages.

Il peut s'agir d'un cas d'incendie volontaire d'un immeuble parce que le marché de l'immobilier est en baisse considérable.

En maritime l'expéditeur peut provoquer des avaries en coulant sa cargaison.

En assurance de personnes, ce peut être le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire.

On a aussi l'auto- mutilation et le suicide volontaire et conscient de l'assuré .

B - Usage abusif du sinistre

L'abus du sinistre consiste pour l'assuré soit à surévaluer le montant du préjudice soit à faire montre d'une passivité dolosive au moment du sinistre.

1 - La surévaluation du dommage

L'assuré profite du sinistre pour mettre à la charge de l'assureur des montants non dus. C'est une pratique qui est fréquente en assurance automobile notamment sur la garantie dommage. Le client sinistré, de concert avec le réparateur du véhicule endommagé commande des pièces de rechange de l'extérieur qui, au final, sont vendues au lieu d'être utilisées effectivement sur ledit véhicule.

Par moment, le réparateur en accord avec l'assuré donne dans la surfacturation des frais de réparation.

En cas de sinistre corporel par exemple la multiplication frauduleuse du nombre des ayants droit est une manière d'amener l'assureur à payer plus qu'il ne le doit.

Dans l'hypothèse d'une assurance contre les accidents, il s'agira pour certaines victimes de s'auto mutiler afin de créer les conditions d'une aggravation de leur préjudice d'invalidité permanente.

Parfois encore l'assuré se montre particulièrement actif en incorporant des éléments non sinistrés dans le sinistre. Ainsi il va créer les conditions d'une extension d'un incendie.

Le plus souvent d'ailleurs c'est en restant passif lors du sinistre qu'il arrive à une telle propagation.

2 - La passivité de l'assuré au moment du sinistre

Ici l'assuré s'abstient volontairement de mettre en œuvre les mesures conservatoires destinées à circonscrire le sinistre et à en limiter le montant.

CHAPITRE II - IMPACTS DE L'ESCROQUERIE A L'ASSURANCE

A première vue, on ne peut parler de l'impact de l'escroquerie de manière exclusive car s'exprimer ainsi voudrait dire qu'on ait cerné l'escroquerie au sein des entreprises. En d'autres termes évoquer les conséquences de l'escroquerie à l'assurance signifierait qu'on en a une maîtrise de son coût sur nos marchés. Or, le principal obstacle au cours de nos travaux a été le manque criard de statistiques.

Par ailleurs, parler de l'impact de l'escroquerie doit être inscrit dans le cadre de tous les phénomènes qui représentent pour l'assureur un facteur de perte.

Ainsi, aussi bien la mauvaise gestion que l'envolée des frais de fonctionnement et même le coût des règlements à caractère commercial des dirigeants d'entreprises d'assurance ont pour conséquence la perte de revenus. Il paraît donc difficile de dissocier dans tous ces facteurs de pertes, l'impact réel de l'escroquerie.

Mais, si nous considérons que tous les autres facteurs, en dehors de l'escroquerie à l'assurance, sont le fait des sociétés d'assurance sur lesquelles elles peuvent agir, tel n'est pas le cas de l'escroquerie qui échappe à l'assureur et qui est le fait quasi exclusif de l'assuré. En supposant donc que nous sommes dans une compagnie correctement gérée, on pourrait envisager les écarts de résultats constatés comme découlant de la fraude orchestrée par les assurés indécents. Dès cet instant, on peut envisager l'impact de l'escroquerie à deux niveaux. D'abord et tout naturellement au sein de la compagnie d'assurance même (Section I) et ensuite au niveau de l'économie nationale (Section II).

Section I : Impacts de l'escroquerie à l'assurance au niveau de la compagnie d'assurance

L'activité de l'assurance est fondée sur un principe cardinal qu'on appelle la loi des grands nombres qui elle même préside à cet autre principe fondamental qu'est la mutualisation des risques.

C'est par la mutualisation des risques que l'assureur arrive à équilibrer sa gestion et donc ses résultats techniques.

De ce fait, l'escroquerie à l'assurance, qui rime avec perte énorme de fonds pour l'assureur, contribue à déséquilibrer cette mutualité (Paragraphe I) et donc à poser de sérieux problèmes de gestion technique (Paragraphe II).

Paragraphe I : Le déséquilibre de la mutualité

Avant d'évoquer l'action néfaste de l'escroquerie sur la mutualité (B), il est opportun de définir ce que c'est que la mutualisation des risques (A).

A - La mutualisation des risques et son importance

Elle consiste pour l'assureur à regrouper les assurés, au regard d'un certain nombre de critères, par catégorie de risques. Soucieux de l'équilibre de ses résultats, il va opérer une segmentation de ses risques de manière à former des groupes de risques homogènes présentant à quelques degrés près, les mêmes caractéristiques et surtout les mêmes chances de réalisation.

Par la mutualisation, l'assureur entend répartir les charges ou les conséquences dommageables de la réalisation du risque entre tous les assurés qui constituent la mutualité.

Elle élimine le hasard en faisant appel au concours de tous pour remédier au mal d'un seul ou de quelques uns . Il s'agit donc d'une œuvre de solidarité qui postule la constitution d'une épargne collective.

On peut donc dire que l'assurance est l'organisation rationnelle d'une mutualité de personnes soumises à l'éventualité de la réalisation d'un même risque qui, par leurs contributions financières, permettent l'indemnisation des dommages subis par ceux d'entre eux qui sont effectivement frappés par ce sinistre.

Les assurés qui ont donc la malchance de subir un sinistre sont indemnisés grâce aux sommes recueillies par l'assureur auprès de la mutualité des assurés. Les cotisations des contrats non sinistrés (les plus nombreux) permettent d'indemniser les assurés sinistrés.

L'escroquerie à l'assurance étant le fait de l'assuré, il est évident que la mutualité organisée par l'assureur se trouvera déséquilibrée par cette pratique. Ce déséquilibre va se manifester soit au niveau des primes soit au niveau de la sinistralité. Ce qui va provoquer une certaine injustice au sein de ladite mutualité.

B - L'injustice au sein de la mutualité

L'importance de la mutualisation pour l'assureur est bien connue. En réunissant un grand nombre d'assurés au sein d'un même portefeuille, il se propose de parvenir à fixer un juste prix pour l'assurance. Le prix de la prime correspond donc au coût réel de son exposition au risque. Mais un tel projet de l'assureur est rapidement faussé par la fraude.

Par l'escroquerie certains assurés faussent la règle de l'homogénéité qui veut que l'assureur au sein de la mutualité n'accepte que les risques qui présentent les mêmes caractéristiques.

On l'a vu, l'escroquerie préparée en amont, c'est-à-dire à la souscription du contrat consiste pour l'assuré soit à faire de fausses déclarations intentionnelles, soit à s'abstenir de préciser les contours réels du risque.

Il « homogénéise » frauduleusement son risque afin de bénéficier des avantages tarifaires y afférant. Ainsi donc, il paiera comme tous les autres assurés, en incendie par exemple, une petite somme tous les ans mais se verra indemniser le plus souvent car en réalité son risque sort de la mutualité constituée par l'assureur.

Les autres membres de la mutualité seront amenés à payer le plus souvent pour cet assuré indélicat. Cette pratique coûte donc cher à la collectivité des assurés.

Les assureurs qui indemnisent les faux sinistres seront soit tentés d'augmenter les primes soit de puiser dans leurs fonds propres pour se refaire. C'est finalement toute la gestion technique de l'assureur qui sera remise en cause.

Paragraphe II - Les problèmes de gestion liés à l'escroquerie à l'assurance

L'escroquerie à l'assurance, on le répète vise pour l'assuré indélicat à capter une indemnité illégitime ou à obtenir une minoration de primes, une prime qui ne correspond en rien au profil réel du risque à assurer.

Par ailleurs, l'assureur dans un tel contexte, pour se « re-financer », va recourir aux actionnaires ou aux mutualistes, chose peu probable quand il peut opérer des ponctions sur ses fonds propres portant ainsi atteinte à sa marge de solvabilité.

L'escroquerie à l'assurance fausse donc la tarification du risque, ce qui se traduit par des coûts de sinistre élevés (A) et est susceptible de mettre l'assureur en mauvaise posture quant au respect de la marge de solvabilité (B).

A - Le problème relatif à la tarification

L'assureur n'est pas un philanthrope. C'est un commerçant en ce sens qu'il poursuit la recherche de bénéfices dans son activité. Même les sociétés d'assurance constituées sous forme mutuelle qui en théorie sont à but non lucratif recherchent en partie le profit.

Dans cet optique, l'assureur doit déterminer une prime commerciale qui est le prix que l'assuré devra payer pour la couverture de son risque. Ce prix comporte un élément qui reflète le coût net de cette couverture : il s'agit de la prime de risque.

La prime de risque est la prime permettant à l'assureur de régler les sinistres frappant la mutualité des assurés. On l'appelle également prime d'équilibre ou prime technique.

Elle est déterminée en fonction de deux paramètres très importants que sont d'une part l'intensité du risque c'est à dire son ampleur ou son coût réel et d'autre part de la fréquence avec laquelle ce risque se réalise.

Les assureurs fixent la prime de risque en déterminant d'abord la prime pure. Cette prime est basée sur les données statistiques relatives à la fréquence et à l'intensité moyenne (coût moyen) du risque dans le passé. L'assureur y applique ensuite un coefficient qui tient compte et des circonstances présentes et des prévisions quant au développement du risque à l'avenir.

L'assureur appliquera donc des majorations particulières pour sanctionner les assurés les plus exposés au risque ou présentant une propension plus grande à la sinistralité.

C'est ici que son opinion est faussée. En effet l'assuré fraudeur par ses fausses déclarations ou ses réticences va le conduire à fixer un taux de primes qui ne correspond pas au taux propre du risque à garantir.

Il s'agira par exemple pour un promoteur immobilier qui veut souscrire une assurance incendie de mentir sur la fréquence des sinistres. Ce seul mensonge conduit à un taux de primes erroné. De façon chiffrée, nous envisageons le cas d'école suivant : le promoteur immobilier présente à la souscription du contrat 1000 maisons.

Lors de ses déclarations, interrogé sur les différents éléments qui, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des maisons, sont de nature à aggraver le risque, il omet volontairement de signaler les équipements d'alimentation en gaz combustible.

Or selon les statistiques pour les maisons non équipées en gaz combustible comme le fait croire l'assuré dans son cas on peut s'attendre à au moins deux sinistres dans l'année. Alors que selon les mêmes statistiques on doit s'attendre à trois ou quatre sinistres dans l'année lorsque les maisons sont alimentées en gaz combustible. Le coût moyen des maisons étant de 3,000,000 de francs CFA, on aura la situation suivante :

D'abord dans la détermination de la prime pure

L'assureur retient la fréquence des sinistres sur la foi de la déclaration de l'assuré c'est à dire deux sinistres par an.

Le taux de prime pure sera $2/1000 = 2\text{‰}$.

Le taux de 2‰ correspond à celui d'un risque « parfait », ne présentant aucune circonstance aggravante.

La prime de risque (prime pure) sera :

$3.000.000 \times 2\text{‰} = 6.000 \text{ f CFA}$ soit un encaissement total de 6.000.000 f CFA .

Mais la réalité est tout autre. Les maisons présentées à la souscription du contrat ont toutes un facteur aggravant du risque incendie (le gaz combustible).

Cette circonstance devrait avoir pour conséquence de changer le taux de prime puisque selon les statistiques, 3 à 4 maisons brûlent par an dans ces cas.

On devrait avoir le taux de prime suivant

$T = 4/1000$ soit 4‰

La prime devrait donc être :

$P = 3.000.000 \times 4\text{‰}$ soit 12000 f CFA.

12000 f CFA est donc la prime que l'assureur devrait percevoir. IL y a donc un écart de 6000 F CFA soit une perte de 6.000.000 de francs CFA (1000 x 6000).

En cas de sinistre total

Nous le rappelons, nous sommes dans un cas d'école.

Le sinistre total suppose pour nous qu'effectivement quatre maisons brûlent entièrement dans l'année. L'assureur se trouvera quasiment dans l'impossibilité de faire face à ses engagements.

Ayant encaissé une prime globale de 6.000.000 FCFA s'attendant à deux maisons sinistrées il se retrouve avec quatre maisons sinistrées d'un coût total de 12.000.000 FCFA (4 x 3.000.000).

Cette situation ne devrait pas se produire étant donné que la prime de risque est celle qui correspond au coût réel du risque ni plus ni moins.

L'erreur donc sur le taux de prime, erreur orchestrée par l'assuré, a conduit l'assureur à encaisser une prime sans commune mesure avec la sinistralité réelle du risque.

Pour l'indemnisation intégrale des maisons brûlées, il aura forcément recours à ses fonds propres.

B- - L'impact de l'escroquerie à l'assurance sur la marge de solvabilité

Le code CIMA en son article 337 institue la notion de marge de solvabilité. Cet article dispose que toute entreprise d'assurance soumise au contrôle en vertu de l'article 300 doit justifier de l'existence d'une marge de solvabilité suffisante relative à l'ensemble de ses activités.

Cette marge est d'une importance capitale pour les sociétés d'assurance en ce sens qu'elle constitue pour elles un « volant de sécurité » leur permettant à tous moments de faire face à l'intégralité de leurs engagements (18). Nous sommes tentés de nous demander ce qu'il en sera si l'assureur doit honorer ses engagements liés à la fraude des assurés. N'est-ce pas là compromettre cette marge de solvabilité ?

1 - L'importance de la marge de solvabilité

La réglementation en Afrique francophone est essentiellement faite en vue de la protection des assurés et bénéficiaires de contrat d'assurance (article 300 code CIMA).

Cette volonté accrue de protéger le consommateur d'assurance a conduit le législateur communautaire à instituer la marge de solvabilité dont le respect s'impose à toute entreprise d'assurance.

La marge de solvabilité correspond aux fonds propres de l'entreprise. Le respect par l'entreprise de cette marge de solvabilité atteste de la capacité de l'entreprise à pouvoir répondre à tout moment à ses engagements envers les assurés. Elle sert à compenser par exemple une sous-évaluation de ses provisions techniques, à réduire les effets de la dépréciation de certains actifs financiers et à couvrir des pertes. C'est justement sur ce dernier point que le problème se pose. Peut-on utiliser la marge de solvabilité pour compenser les pertes liées à l'escroquerie des assurés ?

2 - Les fonds propres compromis

L'institution de la marge de solvabilité est partie du constat selon lequel il y a un risque de mauvaise estimation des provisions techniques ou une insuffisance de représentation des engagements réglementés. Toute chose qui pour l'assuré représente un danger.

Mais comment peut-on respecter la marge dans un contexte d'escroquerie ?

On n'oubliera pas que la marge de solvabilité est financée en grande partie par les réserves prélevées sur les bénéfices d'exploitation. Mais pour se faire il faut évidemment dégager des bénéfices, ce qui par déduction suppose l'incorporation du financement de la marge dans les tarifs.

On a eu à le noter plus haut, l'escroquerie à l'assurance a pour conséquence d'alourdir le coût des sinistres mais surtout, en amont, de minorer la prime d'assurance.

Dans un premier temps les pertes considérables liées à l'escroquerie n'autorise quasiment pas la réalisation de bénéfice. On conçoit donc difficilement qu'on puisse se constituer une marge de solvabilité dans une entreprise où on ne fait que des pertes en raison du « vol » des assurés.

Dans un second temps il paraît absurde de demander aux assurés de financer la marge de solvabilité par incorporation dans les tarifs qu'ils paient. En effet, ceux là mêmes qui escroquent l'assureur « refusent » justement de payer une prime élevée. C'est ce qui est dommage, les assurés indécents se soucient peu de cette institution. Ils mettent donc en péril l'industrie de l'assurance et donc un pan entier de l'économie nationale.

Section II - L'impact de l'escroquerie à l'échelle nationale

Comme on a essayé de le montrer plus haut, l'escroquerie est un facteur énorme de pertes pour la compagnie d'assurances. Cette perte rejait sur le rôle économique majeur que les assurances sont amenées à jouer dans un Etat.

Il s'ensuit que le phénomène de l'escroquerie, tout en favorisant le recul du secteur des assurances (Paragraphe I), constitue une menace réelle pour le développement économique national (Paragraphe II).

Paragraphe I - L'escroquerie à l'assurance frein au développement du secteur des assurances

Aux termes de l'article 301 du code CIMA, les entreprises d'assurance qui opèrent sur le marché des Etats membres doivent être constituées sous forme de sociétés anonymes ou de sociétés d'assurances mutuelles. Dans tous les cas ces entreprises sont conduites à avoir recours à des fonds venant de l'extérieur. Tandis que les sociétés anonymes recherchent le capital auprès de leurs actionnaires, les mutuelles quant à elles ont recours à leurs adhérents pour la constitution de leurs fonds d'établissement.

Dans un monde de plus en plus capitaliste, où les moindres calculs sont effectués pour mesurer la portée de tel ou tel placement, on comprendra qu'il serait très difficile au secteur des assurances qui baigne dans l'escroquerie de bénéficier des apports financiers de ces bailleurs de fonds.

En effet, quel bénéfice rechercheraient-ils si les compagnies d'assurance victimes de l'escroquerie devaient présenter des résultats techniques déficitaires ?

Il se pose donc un réel problème de confiance.

Le secteur des assurances, miné par la fraude ne peut prospérer. Cela est d'autant plus vrai que nous sommes dans un contexte de mondialisation. L'ère du village planétaire nous dit-on a sonné. L'heure est au démantèlement des barrières douanières et du brassage des cultures.

Cela devrait sans aucun doute profiter à l'Afrique qui, dit-on, possède un marché potentiel d'assurance très vaste. Le marché est donc à conquérir. Comment peut-on conquérir un marché qui n'inspire pas confiance en raison de l'escroquerie ?

Or, la mondialisation devrait nous apporter non seulement les capitaux étrangers au travers de prise de participation dans nos compagnies et pourquoi pas par l'implantation de grands groupes sur nos sols mais aussi l'expertise ou le savoir-faire des autres. Ce qui devrait nous conduire à reorienter notre gestion.

L'escroquerie à l'assurance court le risque de nous faire perdre cette richesse inestimable pour nos pays en voie de développement.

L'escroquerie organise l'insolvabilité de nos compagnies d'assurance. C'est cette insolvabilité, qui en partie, explique le phénomène de la délocalisation, système par lequel les risques étrangers situés en Afrique échappent aux sociétés d'assurance locales pour être directement assurés en Europe ou en Amérique.

Cette délocalisation liée en partie à la fraude constitue une perte importante pour nos Etats en terme d'encaissement de taxes et autres droits sur les primes et contrats d'assurance.

On le constate, l'escroquerie peut constituer un obstacle au développement même de nos Etats.

Paragraphe II - L'escroquerie à l'assurance, menace pour le développement économique

L'assurance, à travers la garantie des investissements et le placement des sommes qu'elle collecte auprès des assurés joue un rôle économique indéniable dans le développement de nos Etats.

L'assureur, comme le souligne JEROME YEATMAN (19) en permettant à des victimes d'accident ou de maladie de retrouver des ressources évite qu'elles ne soient à la charge de la collectivité et leur maintient leur pouvoir de consommation. En permettant à des entreprises de continuer à fonctionner après un sinistre, l'assurance consolide des emplois, des productions et préserve le tissu économique.

Au delà de cette préservation du tissu économique, l'assurance constitue un moteur essentiel du développement économique et ce pour plusieurs raisons.

Dans un premier temps l'assureur garantit les investissements. HENRY FORD (20) affirmait que sans les assurances aucun capitaliste n'investirait des millions pour construire de pareils buildings qu'un simple mégot de cigarette peut réduire en cendre. C'est dire que si les investisseurs prennent le risque d'engloutir des milliards dans les projets de développement c'est qu'ils sont confortés par la garantie d'être remboursés en cas de sinistre venant à réduire à néant leurs projets.

L'escroquerie à l'assurance qui rime avec insolvabilité des compagnies d'assurance contrarie la garantie des investissements.

En second lieu, l'escroquerie à l'assurance pourrait empêcher l'assureur de jouer son important rôle de placement des cotisations. En effet, on ne peut parler de placement si l'assureur, du fait de l'assuré indélicat, est conduit à encaisser des primes sans commune mesure avec les risques assurés et surtout quand il doit, à chaque fois, sortir les sommes collectées pour payer des faux sinistres.

Enfin, l'assureur, pressenti pour mobiliser l'épargne intérieure se voit contrarié par la fraude, les assurés fraudeurs s'organisant pour payer des primes insignifiantes et obtenir des assureurs des indemnités illégitimes.

Pour nos pays africains, à l'heure où l'aide publique au développement se réduit comme peau de chagrin, à l'heure où les grands argentiers préconisent un effort financier interne par la mobilisation de l'épargne, on perçoit les dangers que représente l'escroquerie à l'assurance. On est donc unanime pour dire que cette fraude doit être combattue. D'où la question de savoir les mécanismes de lutte mis en place pour y remédier.

DEUXIEME PARTIE

REFLEXION SUR LES MECANISMES DE LUTTE CONTRE L'ESCROQUERIE A L'ASSURANCE

En matière de lutte contre l'escroquerie à l'assurance, une distinction doit être faite entre l'escroquerie organisée par les tiers au contrat d'assurance c'est-à-dire les ayants droit, les démarcheurs et les victimes et l'escroquerie organisée par l'assuré lui même victime par exemple du vol de son véhicule ou de l'incendie de sa maison.

A l'égard de ces deux types de fraudeurs, l'assureur semble adopter deux attitudes différentes.

Contre les premiers, il n'hésite pas à mettre en oeuvre la procédure pénale et ce d'autant que dans cette hypothèse les manœuvres frauduleuses sont toujours démontrées. C'est du moins ce qui ressort des entretiens que nous avons eus avec certains responsables de service sinistre

Les exemples de personnes indélicates remises au juge pénal pour tentative d'escroquerie sont légion. On les rencontre généralement dans les cas de substitution de victime, de faux ayants droit ou d' ayants droit fictifs.

Contre l'assuré, victime par exemple de l'incendie suspecte de son véhicule, l'assureur, si cet assuré a souscrit une telle garantie, lui oppose fréquemment la non garantie. Il met au devant les dispositions du code CIMA lorsqu'il est attrait devant le juge civil.

Mais sur ce terrain plusieurs obstacles se dressent.

Ces difficultés, qui feront l'objet de notre étude(Chapitre I), doivent le conduire à envisager la lutte autrement(Chapitre II)

CHAPITRE I : ANALYSES DES SOLUTIONS DE LUTTE ISSUES DU CODE CIMA

L'escroquerie à l'assurance n'est sanctionnée au plan civil que dans la mesure où l'assuré indélicat a été animé de la volonté de tromper l'assureur, de fausser son opinion. Il doit donc y avoir mauvaise foi de la part de l'assuré.

Aux termes de l'article 2268 du code civil la bonne foi se présume. IL revient donc à l'assureur, au regard de cette disposition, à laquelle ne déroge pas le code CIMA, de faire la preuve de la mauvaise foi de l'assuré. Il faut donc aller chercher dans la conscience du fraudeur, ce qui n'est pas une tâche facile.

Dans le cadre de cette étude, nous réfléchirons donc sur cette difficulté, pour ce qui concerne notamment la preuve de la faute intentionnelle sanctionnée par une exclusion légale (Section II). Mais avant, il convient de faire l'inventaire des autres mécanismes de lutte qui, en dehors de l'exclusion de la garantie pour faute intentionnelle, sanctionne la fraude de l'assuré (Section I).

Section I : L'inventaire des mécanismes de lutte autres que l'exclusion pour faute intentionnelle

A l'analyse du code CIMA, les différents cas de fraude sont sanctionnés le plus souvent par la non assurance. Parfois, il s'agit d'anéantir le contrat à l'occasion duquel la fraude a été commise (Paragraphe II). D'autres fois, le contrat est maintenu en vie, mais l'assuré fraudeur perd le bénéfice de la garantie, il s'agit de la déchéance du droit à l'indemnité (Paragraphe I).

Paragraphe I - La déchéance du droit à l'indemnité

La déchéance du droit à garantie est la sanction qui prive l'assuré de la réparation ou de la prestation à laquelle il a normalement droit en vertu du contrat en cas de sinistre.

Cette déchéance s'applique dans des cas bien précis (A), mais à certaines conditions (B). Par ailleurs son utilité pour l'assureur reste à prouver (C).

A - Les cas d'application de la déchéance

Ces cas sont relatifs d'une part aux retards dans les déclarations faites à l'assureur et d'autre part à l'abus du sinistre réel.

1 - Les retards dans les déclarations

Le code CIMA fait obligation à l'assuré de déclarer les sinistres dont il a connaissance dans des délais bien précis. Ce délai ne peut être inférieur à cinq (5) jours sauf en cas de vol et de mortalité des bétails où il est ramené à quarante huit (48) heures. Dans tous les cas ils doivent clairement apparaître dans les contrats proposés par l'assureur.

Le législateur a certainement voulu préserver les intérêts de l'assureur en fixant des délais aussi brefs afin de lui permettre de réagir au plus vite en l'occurrence faire constater les dommages, prévenir leur extension, déterminer leur origine et préserver son recours éventuel contre les tiers dont la responsabilité pourrait être mise en cause.

L'assuré qui s'abstient volontairement de déclarer son sinistre dans les délais requis cherche certainement à surenchérir le coût du sinistre ou des dommages.

Prenons le cas d'un commerçant ayant souscrit une police faculté terrestre sur des marchandises périssables. Ce dernier, conscient de la qualité douteuse de ses marchandises, omettra sciemment de signaler la moindre avarie. Or, dans de telles expéditions, l'avarie se propage très rapidement et dans ce cas l'assuré vend sa cargaison à l'assureur.

Il a volontairement laissé l'avarie se répandre et a provoqué la contamination en feignant d'ignorer la réalisation du risque au départ alors qu'une prompt réaction aurait permis de circonscrire le sinistre.

De même en assurance vol de véhicule automobile, une prompt réaction de l'assuré (dans les 48 heures) donne plus de chances de retrouver le véhicule volé. Mais ce dernier peut être tenté, sachant par exemple que son véhicule est en mauvais état, de s'abstenir de faire la déclaration dans le délai imparti, accordant ainsi aux voleurs la chance de prendre le large. Ainsi, les chances de retrouver le véhicule s'amenuisent et la probabilité pour l'assureur de le remplacer devient plus certaine.

Cette attitude de l'assuré est une absence de coopération préjudiciable à l'assureur.

2 - L'abus du sinistre réel

L'assuré court aussi le risque de perdre la garantie de l'assureur si lors du sinistre il s'abstient volontairement de prendre les mesures conservatoires destinées à circonscrire le risque dans des proportions raisonnables .

Les contrats d'assurance imposent à l'assuré diverses initiatives qui ont pour but de maîtriser le montant de sa perte et qui relèvent d'un devoir de collaboration aux intérêts de l'assureur.

C'est ainsi qu'en assurance incendie le contrat impose à l'assuré de prendre toutes mesures de sauvetage des biens qui ne sont pas totalement détruits.

De même, en ce qui concerne l'assurance contre les pertes d'exploitation, l'assuré doit prendre des dispositions de nature à réduire au minimum l'arrêt total ou partiel de l'entreprise. Mais l'assuré qui se sent en mauvaise posture au niveau de son exploitation ou du rendement de ses affaires ne trouvera aucun intérêt à prendre de telles mesures conservatoires et voudra profiter du sinistre pour liquider son entreprise.

Dans tous ces cas, l'assureur peut se prévaloir de la déchéance du droit à indemnité, mais encore faudra-t-il qu'il en réunissent les conditions.

B - Les conditions de la déchéance

La première condition est que la déchéance doit être prévue dans le contrat, c'est donc une sanction conventionnelle.

Cette clause doit être spéciale, claire et précise c'est-à-dire qu'elle doit désigner de manière sans équivoque les différents manquements de l'assuré qui l'exposent à la déchéance. Cela signifie également que la clause doit figurer en caractère très apparent dans le contrat, de telle sorte que l'assuré puisse s'en apercevoir.

La seconde condition est que la loi impose à l'assureur qu'il fasse la preuve d'un préjudice. Une telle preuve si elle est beaucoup plus aisée pour ce qui est de l'exagération du dommage n'est pas du tout évidente en ce qui concerne le retard dans la déclaration. Dans ce cas en effet l'assuré peut invoquer un cas de force majeure pour se disculper.

Dans tous les cas, lorsque l'assureur arrive à faire la preuve du préjudice, l'effet escompté qui est la déchéance du droit à garantie n'est pas toujours celui auquel il s'attend en ce sens qu'il doit toujours payer dans certaines hypothèses.

C - La déchéance, une efficacité limitée

La privation du droit à indemnité lorsqu'elle est prévue dans le contrat présente un caractère quelque peu limité quant à son opposabilité aux tiers.

En effet, aux termes de l'article 52 du code CIMA, les polices d'assurance garantissant des risques de responsabilité civile doivent prévoir qu'en ce qui concerne cette garantie, aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré commis postérieurement au sinistre ne sera opposable aux personnes lésées ou à ses ayants droit. Le code pose là que les victimes qui ont une action directe contre l'assureur dès l'instant du sinistre ne peuvent se voir opposer la déchéance. Dans le même esprit, le code CIMA décide que la déchéance est inopposable aux créanciers hypothécaires ou privilégiés dans les assurances de choses.

C'est donc dire qu'un assuré lourdement endetté et insolvable, qui aurait acquis des immobilisations garanties par des hypothèques, peut en cas de sinistre incendie, s'il est assuré contre l'incendie, s'abstenir de prendre toutes mesures conservatoires pour exagérer les dommages et espérer « avoir » ainsi les fonds nécessaires pour le remboursement de ses dettes.

On le voit bien, la déchéance est un moindre mal pour l'assuré fraudeur puisqu'elle s'applique sans porter atteinte à la validité même du contrat, ce qui n'est pas le cas pour les sanctions prônant l'anéantissement du contrat.

Paragraphe II - Les sanctions qui emportent anéantissement du contrat d'assurance

Ces sanctions sont de deux ordres et se distinguent par leurs effets dans le temps. Tandis que l'une met fin au contrat pour l'avenir (A), l'autre le détruit aussi bien pour l'avenir que pour le passé (B). Il s'agit dans le premier cas de résiliation, dans le second cas de nullité.

A - La résiliation du contrat

Le droit des assurances prévoit toute une panoplie de cas de résiliations dont peut user l'assureur en certaines circonstances.

Nous nous intéresserons ici à un seul cas qui apparaît comme un moyen de lutte contre l'escroquerie à l'assurance. Il s'agit de la faculté de résiliation après sinistre.

La faculté de résiliation après sinistre est offerte à l'assureur par l'article 23 du Code CIMA.

Cet article, souligne d'abord que c'est une mesure conventionnelle qui doit donc figurer dans le contrat par une clause expresse à caractère très apparent.

Ensuite il contraint l'assureur à ne la mettre en pratique que dans les trois mois après que ce dernier ait eu connaissance du sinistre.

Enfin il impose des formes impératives et strictes nécessaires pour procéder à cette résiliation: elle doit être faite moyennant un préavis d'un mois à compter de la notification faite à l'assuré.

Il s'agit de tant de difficultés révélatrices du caractère protecteur du code à l'endroit de l'assuré.

Mais l'assureur ne devrait pas hésiter à franchir ces difficultés notamment lorsque le sinistre apparaît douteux ou suspect (21).

Ainsi, en cas de soupçons d'escroquerie à l'occasion d'un sinistre, il peut procéder à la résiliation du contrat d'assurance et ce sans avoir besoin d'en expliquer les raisons. La résiliation après sinistre est non seulement facultative mais également discrétionnaire pour l'assureur (22) Mais dans l'hypothèse d'une escroquerie à l'assurance, la résiliation après sinistre présente une insuffisance de taille car elle ne vaut que pour l'avenir. L'article 23 dispose d'ailleurs qu'en cas de résiliation après sinistre l'assureur doit restituer à l'assuré les portions de primes ou cotisations afférentes à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis. L'assuré indélicat peut donc conserver toute l'indemnité quoique acquise par des manœuvres frauduleuses. Une telle situation diffère de celle de la nullité.

21 - In Droit des assurances de Yvonne Lambert-Faivre édition 98 page 375

22 - Résiliation après sinistre, droit discrétionnaire de l'assureur Civ, 5 juin 1985 RGAT 1985 542. obs. Chapuisat

B - La nullité du contrat d'assurance

Deux hypothèses vont nous intéresser : la nullité pour sur-assurance frauduleuse et assurances cumulatives et l'inexactitude de mauvaise foi dans la déclaration. Ces deux cas de nullité obéissent à un régime particulier .

1 - Les nullités particulières du code CIMA

a - Nullité pour sur-assurance frauduleuse et pour assurances cumulatives

De prime abord il convient de noter que sur assurance et assurances cumulatives sont des pratiques qu'on rencontre en assurance de choses. En assurance vie, l'assuré est libre de souscrire autant de contrats qu'il le souhaite. Il en est ainsi parce que les assurances vie ne sont pas soumises au principe indemnitaire.

Ce principe applicable en matière d'assurance de choses commande que l'assuré ne soit jamais indemnisé au delà de la valeur réelle de la chose assurée. C'est justement pour contourner cette règle que l'assuré fraudeur pour qui l'assurance représente une source de richesse, soit souscrira pour un même risque et pour un même objet plusieurs polices (assurances cumulatives), soit rehaussera à la souscription la valeur du bien assuré programmant ainsi dès la souscription un gain ultérieur en cas de sinistre (23).

Le code CIMA, en ses articles 33 et 34 combat ces pratiques lorsqu'elles sont inspirées par la fraude, par la mauvaise foi. Ainsi l'article 33 dispose que lorsqu'un contrat d'assurance a été consenti pour une somme supérieure à la valeur assurée s'il y eu dol ou fraude de l'une des parties, l'autre partie peut en demander la nullité et réclamer en outre des dommages et intérêts. Quant aux assurances cumulatives, en cas de fraude ou de dol, l'article 34 prévoit les mêmes dispositions qu'en ce qui concerne la sur-assurance frauduleuse (nullité).

b - Nullité pour inexactitude de mauvaise foi dans la déclaration du risque.

Aux termes de l'article 18 du code CIMA, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur.

Il incombe donc à l'assureur de faire la preuve de la mauvaise foi de l'assuré. Ainsi il doit pouvoir rapporter que l'assuré a agi en toute conscience éclairée.

En pratique, l'assureur pourra avancer à l'encontre de l'assuré la violation de l'obligation de bonne foi dans la conclusion et même dans l'exécution du contrat d'assurance. C'est ce que relève la jurisprudence en affirmant que l'obligation de répondre avec loyauté et sincérité aux questions posées par l'assureur à l'occasion de l'adhésion à une assurance relève de l'obligation de bonne foi qui s'impose en matière contractuelle, et nul ne saurait voir sa responsabilité engagée pour n'avoir pas rappelé ce principe ou les conséquences de sa transgression (24). Certes, l'assuré aura failli à son obligation de bonne foi. Mais encore faudra-t-il que l'assureur arrive à montrer que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle à changer l'objet du risque ou en a diminué l'opinion qu'il devrait s'en faire. Cela, l'assureur pourra le démontrer facilement puisque l'inexactitude commise fausse les bases de sa tarification, but recherché par l'assuré indélicat pour qui les effets de la nullité sont particulièrement lourds.

2 - Les effets de la nullité

La nullité du contrat d'assurance telle que nous l'avons vu aux articles 33 (sur-assurance frauduleuse), 34 (assurance cumulative) et 18 (inexactitude de mauvaise foi) du code CIMA obéit à un régime particulier pour ce qui concerne ses effets. Cela tient au fait que le contrat d'assurance est un contrat à exécution successive. Il résiste, en cas de nullité à une dissolution rétroactive et cette nullité prend effet au jour où devrait être faite la déclaration omise ou atteinte de fausseté. La vie contractuelle antérieure à cette date n'est pas remise en cause .

L'assureur peut se faire rembourser des indemnités payées pour des sinistres postérieurs à cette date, soit par le souscripteur du contrat, auteur de la déclaration fautive ou omise, soit par le responsable ou encore par ceux qui ont indûment reçu le paiement.

Outre l'action en répétition des sinistres payés frauduleusement, l'assureur conserve les primes encaissées et peut réclamer le paiement de toutes les primes à titre de dommages et intérêts.

C'est là toute la particularité de la nullité qui, ici ne rétroagit qu'à l'encontre de l'assuré fraudeur. En effet, non seulement il perd le bénéfice des primes payées depuis la souscription du contrat mais encore, il doit rembourser à l'assureur toutes les indemnités à lui versées depuis la date de l'inexactitude commise. L'assureur ayant par ailleurs la possibilité de lui réclamer toutes les primes échues depuis cette date en guise de dommages et intérêts.

Dans tous les cas d'escroquerie à l'assurance évoqués dans le cadre de cette étude, le sinistre volontaire en est assurément la forme plus achevée. Il est sanctionné par une exclusion légale dont la mise en œuvre apparaît problématique.

Section II : Problématique de la sanction de la faute intentionnelle (25)

L'exclusion de la faute intentionnelle relève en droit des assurances d'un principe général (Paragraphe I). Mais la mise en œuvre de cette exclusion s'avère difficile pour l'assureur en raison de la définition restrictive de la faute intentionnelle (Paragraphe II).

Paragraphe I - Le principe de l'exclusion de la faute intentionnelle

Ce principe est applicable aussi bien dans les assurances dommages que dans les assurances vie.

A - Dans les branches TIARD (Transport, Incendie, Accident, Risques Divers)

Aux termes de l'article 11 du code CIMA, l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.

L'assurabilité des conséquences d'une telle faute est impossible pour des raisons évidentes. Il serait profondément immoral de prétendre faire prendre en charge par l'assureur les conséquences d'un acte intentionnel. Cela équivaldrait, par delà le "vol" à l'assurance, à permettre des actes anti-sociaux en échappant à leurs conséquences pécuniaires.

L'aléa fait défaut dans de telles circonstances et l'assurance n'existerait plus. Il n'appartient donc pas à l'assuré de déclencher sa garantie par sa seule volonté.

Tel est le cas d'un piéton heurté sur une route nationale, hors agglomération, par une voiture. Ce dernier décède et ses ayants droits agissent en réparation de leur préjudice à l'encontre du conducteur du véhicule. Ils sont déboutés par les juges qui, analysant les déclarations de la veuve de la victime et des témoins, relève que, après une tentative de suicide la veille de l'accident, le piéton se trouvant sur le couloir de circulation du véhicule qui arrivait, continuait d'avancer tout en regardant la voiture jusqu'à l'impact. Les juges ont retenu qu'il avait volontairement recherché le dommage (26).

Ce qu'il importe de cerner ici, c'est le caractère volontaire de la faute. Si l'assuré est atteint de troubles mentaux, il ne peut y avoir volonté ou intention et la faute intentionnelle ne peut résister. La garantie est due (27)

B - Dans la branche vie

Ce même principe prévaut aussi dans les assurances en cas de décès (Assurance Vie). En effet, les cas de suicide et de meurtre de l'assuré par le bénéficiaire sont envisagés comme étant des exclusions pour faute intentionnelle.

1 - Le cas de suicide

L'article 66 du code CIMA dispose que l'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement et consciemment la mort au cours des deux premières années du contrat.

26 - Droit jurisprudence, In Argus 23 Juin 2000 page 54 cassation 2ème chambre civile 31 Mai 2000).

27 - Cassation civile I ère chambre civile 29 Mars 1991 RGAT 1991 page 561 ; cassation I ère chambre civile 25 Mars 1991 Responsabilité civile et assurance Juin 1991 n° 22.

Il y a là mise en jeu intentionnelle de la garantie écartant ainsi la notion de l'aléa c'est-à-dire l'incertitude sur la date du décès.

Ce texte est aussi d'application très difficile pour l'assureur qui doit faire la preuve du caractère frauduleux du suicide en montrant qu'il a été conscient et volontaire.

Preuve pas toujours facile à fournir à moins que les intentions suicidaires de l'assuré aient été manifestées par des actes et faits sans équivoques.

Par ailleurs, le suicide est-on tenté de le dire n'est frauduleux que s'il intervient dans les deux ans de la souscription du contrat. Au delà, on considère que le suicide n'est plus frauduleux. L'assureur doit donc verser les prestations dues aux bénéficiaires. Mais ces derniers ne pourront pas espérer une telle fortune s'ils se rendent coupables du meurtre de l'assuré.

2 - Le meurtre de l'assuré par les bénéficiaires du contrat d'assurance

Le code CIMA en son article 78 stipule « le contrat d'assurance cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré ».

Cette disposition à l'analyse n'implique pas forcément un cas d'exclusion. Il est clairement dit que le contrat cesse ses effets à l'égard des bénéficiaires reconnus coupables du meurtre de l'assuré.

L'assureur doit donc prouver le dol spécial c'est-à-dire la volonté pour le bénéficiaire de vouloir attenter à la vie de l'assuré. Même si l'assureur y parvient, sa garantie restera due à l'égard de tous les autres bénéficiaires non complices de ce meurtre. Pour finir, l'article 78 du code est inopérant dans les cas d'homicide involontaire ou de coups et blessures par imprudence suivis du décès de l'assuré sans intention de la donner.

Dans tous les cas, la sanction ou l'exclusion pour faute intentionnelle apparaît pour l'assureur comme un parcours du combattant.

Paragraphe II - La définition restrictive de la faute intentionnelle

Le droit des assurances définit la faute intentionnelle comme étant celle de l'assuré (B). La jurisprudence ajoute qu'elle doit impliquer la volonté de causer le dommage (A).

A - Faute intentionnelle et volonté de causer le dommage

Il n'y a faute intentionnelle ou dolosive au sens de l'article 11 du code des assurances que si l'assuré a voulu non seulement l'action génératrice du dommage, mais encore la réalisation du dommage lui-même (28).

La jurisprudence va même plus loin en donnant une autre définition. Elle décide que la faute intentionnelle implique la volonté de créer le dommage et non seulement de créer le risque (29).

La volonté ne suffit pas, une faute intentionnelle supposant que l'assuré ait voulu non seulement l'action ou l'omission génératrice du dommage, mais encore le dommage lui-même. Une faute plus grave qu'une simple négligence n'est pas pour autant intentionnelle.

Ces principes sont le plus souvent appliqués lorsque l'assuré met fin ou tente de mettre fin à ses jours et cause un dommage considérable dans ces circonstances. Mais la cour de cassation française applique les mêmes principes dans des contextes tout à fait différents.

En tentant de se suicider un assuré provoque une explosion dans son appartement. Des dommages sont causés aux autres parties de l'immeuble ainsi qu'aux immeubles voisins. Les juges du fond, après avoir décidé que l'assureur ne doit pas la garantie pour motif que l'assuré, en enflammant une allumette après avoir ouvert une bouteille de gaz, a volontairement et intentionnellement provoqué le sinistre en ayant conscience de son geste et de ses conséquences dommageables, ont été déboutés par la cour de cassation.

En effet, la haute juridiction a reproché aux juges du fond de n'avoir pas recherché si l'assuré n'avait pas eu la volonté de causer les dommages dont il avait été déclaré responsable (30)

Dans une autre espèce, la cour de cassation s'est montrée beaucoup plus explicite. Il s'agissait d'un assuré qui s'est suicidé par le feu en provoquant l'incendie de l'immeuble qui a été entièrement détruit.

Pour la cour de cassation, il n'est pas établi qu'en voulant se suicider par le feu, l'assuré ait eu conscience de l'entier dommage devant en résulter, son seul but étant de mettre fin à ses jours.

Le seul dommage intentionnellement causé est celui de porter atteinte à sa propre vie (31)

28 - Cassation, 1^{ère} chambre civile, 25 Mars 1980 Dalloz 1981 page 21

29 - Cassation 1^{ère} chambre civile 7 Mai 1981 Dalloz 1981 page 21

30 - cassation 1^{ère} chambre civile 28 Avril 1993 Responsabilité Civile et Assurance Juillet 1993_n° 241

31 - Cassation 1^{ère} chambre civile 20 Juillet 1994 Argus du 26 Août 1994 page 41

On le constate, la faute intentionnelle de l'assuré est admise de manière très restrictive. Elle n'implique pas la volonté de créer le risque c'est-à-dire de créer volontairement les circonstances donnant lieu à garantie de l'assureur. Tout naturellement, l'assureur sera obligé de payer.

B - Faute intentionnelle inassurable, faute de l'assuré

L'exclusion de la faute intentionnelle ne concerne que la faute de l'assuré lui-même. C'est-à-dire de la personne considérée comme assurée par le contrat. Il faut qu'elle apparaisse en cette qualité dans un document contractuel. Sinon la faute intentionnelle n'emporte aucun effet. C'est donc dire que si la faute intentionnelle a été causée par un tiers, elle devient assurable. A la limite, on dira même que l'assurance de la faute intentionnelle est obligatoire. C'est ce qui prévaut notamment en assurance de responsabilité civile ou même de dommages. Ainsi décide l'article 32 du code CIMA qui dispose que l'assureur est garant des pertes et dommages causés par des personnes dont l'assuré est civilement responsable quelles qu'en soient la nature et la gravité des fautes de ces personnes. Cette disposition dans le cadre d'une assurance de responsabilité civile est tout à fait légitime. Mais elle n'en demeure pas moins une porte ouverte à tous les abus réduisant à néant l'exclusion de la faute intentionnelle.

Il nous a été donné de le constater dans une affaire où l'assuré avait souscrit une assurance responsabilité civile chef de famille. Dans cette espèce, une petite fille avait été mordue à l'œil par un chien appartenant à l'épouse de l'assuré au domicile de ce dernier. Il se trouve que ce chien avait été cédé à l'épouse deux jours avant le drame par sa sœur, belle-sœur de l'assuré, qui elle-même était présente le jour de l'accident. L'assureur de responsabilité civile chef de famille de l'époux avait été condamné à payer. Or l'enquête préliminaire et les témoignages recueillis ont laissé planer la suspicion sur la sincérité de cette cession intervenue deux jours avant le drame. L'assureur au vu de tous ces éléments et des circonstances du sinistre, avait la conviction qu'une escroquerie avait été organisée par l'épouse de l'assuré. Sachant sa sœur sans assurance responsabilité civile, elle a organisé une vente anti-datée pour mettre en jeu la responsabilité civile chef de famille de son mari. L'assureur face à cette situation n'avait que sa conviction et non des éléments de preuve.

Il apparaît donc nécessaire d'envisager la lutte contre l'escroquerie à l'assurance autrement en mettant en œuvre d'autres mécanismes beaucoup plus pratiques.

CHAPITRE II : MECANISMES PRATIQUES DE LUTTE CONTRE L'ESCROQUERIE A L'ASSURANCE

Comme on l'a vu , la mise en œuvre des mécanismes de lutte issues du code CIMA n' est pas très évidente pour l'assureur.

La présomption de bonne foi commande qu'il fasse toujours la preuve de la mauvaise foi de l'assuré qu'il soupçonne d'avoir fraudé .

Face à cette situation, on est donc tenter de se demander quelles sont les pratiques des compagnies d'assurance en matière de lutte contre l'escroquerie à l'assurance (Section I).

Ne faudrait-il pas envisager la lutte autrement que par le combat individuel, n'y a-t-il pas nécessité d'envisager d'autres approches de lutte contre l'escroquerie à l'assurance (Section II).

Section I : Les pratiques des compagnies d'assurance en matière de lutte contre l'escroquerie à l'assurance

Les pratiques des compagnies d'assurance doivent débiter par une organisation de la prévention de la fraude (Paragraphe I) avant même de mettre en œuvre des dispositions pratiques en cas de sinistre (Paragraphe II).

Paragraphe I - La prévention de l'escroquerie à l'assurance

L'escroquerie à l'assurance se combat par des pratiques contractuelles (B). Ces pratiques conservent toute leur validité tant qu'elles n'heurten pas les règles protectrices de l'assuré issues du code CIMA. Mais avant, il convient d'exposer ici quelques indices de fraudes (A).

A - Détection de quelques indices de l'escroquerie à l'assurance

La détection de la fraude requiert chez l'assureur compétence et rigueur lors de la souscription du contrat d'assurance mais aussi et surtout à la survenance des sinistres.

Certains comportements de l'assuré ou même sa situation doivent l'inciter à sortir des sentiers battus de la tarification et des règlements de sinistres.

1 - Les indices à la souscription du contrat d'assurance

Les indices de fraude sont variés et se différencient quelque peu d'une branche d'assurance à l'autre.

a - Dans les branches non vie

Loin de nous l'idée d'être exhaustifs. Nous nous contenterons ici d'énumérer certains éléments qui à notre sens sont révélateurs en matière de fraude à l'assurance.

Ainsi, en assurance incendie, l'assureur ne doit pas perdre de vue la situation de l'entreprise ou de l'immeuble proposé à la souscription du contrat.

Pour l'immeuble, le souscripteur doit se renseigner sur le taux d'occupation et surtout sur les loyers payés par les locataires. S'il apparaît qu'il y a un grand écart entre les investissements faits par le proposant et les revenus qu'il tire de sa location, il y'aura lieu pour l'assureur de se méfier.

Un autre indice est celui des résiliations des contrats de location. Une grande désaffection des locataires suivie presque immédiatement de la souscription d'un contrat incendie doit amener l'assureur à s'interroger sur cette coïncidence.

Enfin, il y a lieu ici de tenir compte de l'état de vétusté ou même d'entretien de l'immeuble. Un immeuble trop vieux ou dont l'entretien laisse à désirer soumis à la souscription d'un contrat incendie apparaît très suspect dans la mesure où il ressort que les frais de réparation sont prohibitifs.

En ce qui concerne les entreprises, l'assureur devra se méfier chaque fois que la situation financière de l'entreprise est critique. Ainsi, il est toujours à craindre qu'un assuré lourdement endetté ayant visiblement des difficultés financières avec un stock de marchandises excessif invendable ou en mauvais état ne mette le feu à son entreprise. Il en sera de même chaque fois qu'on aura en face une entreprise qui travaille à perte ou qui ne réalise pas de bénéfices ou dont les bénéfices connaissent depuis un certain temps des creux inexplicables.

On sera d'autant plus méfiant quand il s'agira pour l'assuré de sa première police incendie sur le risque en question ou même lorsqu'il s'agira de la souscription d'un contrat qui fait suite à un contrat résilié pour des motifs inconnus.

Ces différentes indices sont aussi applicables aux cas de l'assurance vol. Mais on peut ajouter ici le changement fréquent d'assureurs. Cette instabilité de l'assuré peut témoigner de la vulnérabilité du risque à assurer ou de la négligence coupable de son propriétaire qui rechigne à mettre en œuvre les différentes mesures de protection et de prévention ou même dont ces mesures quoique présentes n'ont jamais fait preuve d'efficacité. En vol, et cela est aussi valable en incendie, à la souscription du contrat, il y a lieu de s'interroger également sur les sinistres antérieurs dont a été victime l'assuré. Si ce dernier n'arrive pas à fixer clairement l'origine de ces sinistres, cela peut être lié à leur caractère suspect ou douteux. De telles attitudes doivent interpeller l'assureur.

Au demeurant, il y a des indices qui s'appliquent à tous les cas d'assurance non vie. On peut citer par exemple le fait pour l'assuré de demander subitement des renseignements sur l'étendue des garanties ou le fait pour lui de régler avec un empressement déconcertant tous les arriérés de primes ou encore le fait pour lui de soumettre à l'assurance des risques qui jusque là n'ont jamais fait l'objet d'assurance.

b - Dans les branches vie

Nous nous pencherons ici particulièrement sur les assurances en cas de décès comme la temporaire décès (Assurance décès qui garantit le paiement d'un capital au bénéficiaire en cas de décès de l'assuré avant le terme fixé au contrat) et les assurances en cas de vie où le paiement de l'assureur est certain que l'assuré soit vivant ou mort.

On citera comme indices, la souscription ou la régularisation récente du contrat. Un assuré qui se présenterait à l'âge de cinquante ans pour souscrire un contrat temporaire décès ou même un contrat capital différé avec contre assurance doit conduire l'assureur à s'interroger sur les raisons de cette prise de conscience tardive.

L'assureur doit adopter la même attitude face à l'assuré qui aussitôt après une résiliation remet automatiquement le contrat en vigueur.

La chose la plus révélatrice serait lorsque l'assuré, durant une même période, souscrirait plusieurs contrats similaires auprès de plusieurs assureurs ou tenterait de dissimuler la souscription de contrats auprès d'autres assureurs.

On peut ajouter à cela le comportement de l'assuré qui, après la souscription du contrat reviendrait aussitôt pour solliciter une demande de modification en profondeur dudit contrat avec notamment une augmentation sensible du capital ou des montants assurés.

Enfin, il y a lieu de remarquer toutes les attitudes équivoques de l'assuré au moment de la souscription du contrat et donc avant le sinistre.

2 - Les indices au moment du sinistre

Généralement, ces indices sont les mêmes quelque soit la branche considérée, mais il y a certains éléments à prendre en compte pour les assurances de personnes.

Ainsi donc, dans tous les domaines, le comportement équivoque de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du sinistre doit pousser à la prudence. En effet, certaines attitudes sont révélatrices d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie. On peut citer entre autres :

Les déclarations tardives de sinistre ou les déclarations qui ne laissent pas transparaître clairement les circonstances du sinistre, notamment lorsque les causes ne peuvent en être établies.

La survenance du sinistre peu après l'entrée en vigueur du contrat ou peu avant son expiration. Cela sera d'autant plus suspect que l'assuré aura peu avant le sinistre rehaussé les capitaux assurés ou se serait renseigné sur l'étendue des garanties.

L'assureur se méfiera chaque fois que le paiement du sinistre apparaît comme susceptible d'améliorer une situation financière difficile soit pour l'assuré soit pour les bénéficiaires. Il devra surtout redoubler de vigilance lorsqu'il se trouvera en face de deux attitudes de l'assuré. Il s'agit de l'abondance excessive de preuves et du défaut de preuves ou de justificatifs.

L'abondance excessive de preuves peut traduire chez l'assuré indélicat le désir de vouloir convaincre coûte que coûte l'assureur.

Quant au défaut de preuves, il va de soi que c'est la forme achevée des indicateurs de fraude.

En assurance de personnes, il faudra faire attention à l'absence de témoins en cas d'accident, aux anomalies qui pourraient être décelées dans les documents présentés (le certificat d'arrêt de travail ou le certificat médical) telles les contradictions dans les dates, les contradictions ou une nette divergence dans les diagnostics ou les taux d'invalidité proposés, les certificats médicaux incomplets, imprécis dépourvus de dates et de cachets ou de signature.

Ces indices ne sont certainement pas exhaustifs et ne prétendent pas couvrir tous les domaines de l'assurance. Mais, ils ont le mérite de faire prendre conscience à l'assureur que l'escroquerie peut être efficacement combattue s'il fait montre de vigilance et surtout de compétence, qualité requise notamment pour la rédaction des contrats.

Ces indices sont également très nombreux et il serait difficile pour une compagnie de les maîtriser tous. On pourrait remédier à cela par une information inter entreprises.

B - Lutte contractuelle contre l'escroquerie à l'assurance

Les pratiques contractuelles sont autorisées par le code CIMA dans la mesure où elles ne portent pas atteinte à la protection de l'assuré.

Par ailleurs, l'assureur devra faire en sorte que ces clauses ne soient pas abusives c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas provoquer un déséquilibre significatif entre les droits et les obligations de contractants (assurés et assureurs).

Ceci dit, ces clauses sont variées et visent soit à exclure de la couverture certains aspects du risque, soit tout simplement à mettre à la charge de l'assuré une partie du dommage.

Par moment aussi, il s'agira pour l'assureur de moduler la prime ou de réduire les garanties en tenant compte du rapport de sinistres à primes au renouvellement du contrat d'assurance.

Toutes ces mesures, loin d'être limitatives et relevant de la technique d'assurance ne pourront être mises en œuvre sans une connaissance parfaite de l'assurance.

1 - Les clauses d'exclusion

Hormis les exclusions légales et les exclusions des risques atomiques, des catastrophes naturelles et mouvements populaires, il est loisible pour l'assureur d'insérer dans le contrat d'assurance des exclusions sur certains points de la couverture. Ces exclusions se rattachent à des conditions de validité très strictes. Ainsi, doivent-elles apparaître dans le contrat en caractère très apparent et surtout être de portée limitée.

L'assureur doit faire montre d'ingéniosité en décelant les aspects du risque qui entraînent obligatoirement sa garantie.

En bris de machine par exemple il devra exclure les réfractaires éléments destinés à supporter tout le contre-poids du fonctionnement de la machine.

De même en dommage automobile l'assureur s'emploiera à exclure les dommages survenants aux pneumatiques sauf s'ils sont concomitants à un accident garanti.

En assurance maladie il s'agira pour l'assureur d'exclure le remboursement de certains médicaments notamment des produits de pharmacie familiale qui traitent les maladies endémiques telles que le paludisme. Il serait par exemple suicidaire pour un assureur de ne pas prévoir dans sa police maladie le non remboursement de ces produits tels que : l'aspirine, la quinine, la nivaquine.

Ce qu'il importe de noter ici c'est que dans toutes les branches, il appartient à l'assureur de juger de l'opportunité d'une exclusion.

Nous pensons que chaque fois qu'un élément du risque assuré, par son propre fait, fait disparaître l'aléa l'assureur n'hésitera pas à l'exclure.

C'est le cas d'une compagnie qui exclut de la garantie individuelle personne transportée les chauffeurs professionnels. Il appartient donc à chaque assureur de se doter des compétences requises pour l'appréciation des risques.

La technicité de certains risques doit l'obliger à s'attacher les services de spécialistes des domaines considérés en vue de détecter les zones de vulnérabilité du risque et éventuellement les exclure et limiter ainsi sa garantie.

2 - Les limitations de la garantie

Cette limitation de garantie peut intervenir soit dans le montant de l'indemnité sous forme de plafond ou de franchise ou alors elle peut intervenir sous la forme de réduction de la garantie.

a - Les clauses visant à limiter le montant de l'indemnité

Franchises et plafonds visent à moraliser le risque. On les rencontre dans presque tous les contrats d'assurance. La franchise met à la charge de l'assuré une part du dommage, ce dernier restant son propre assureur sur cette partie. Elle est fixée en montant nominal ou en pourcentage à appliquer sur le montant de l'indemnité due.

Quant au plafond de garantie, il détermine le montant maximum que puisse payer un assureur sur un sinistre.

Ce qu'il y a lieu de savoir c'est que l'assureur fixe ces différentes limitations à partir d'observations précises. Par exemple, en matière de santé, il doit connaître la catégorie de population concernée c'est-à-dire pouvoir déterminer le coût moyen des frais médicaux que ces personnes exposent en temps normal quelque soit leur état de santé. La franchise dans ce cas doit correspondre à ce coût pour ne pas que l'assureur prenne en charge la certitude. C'est également le même raisonnement qui doit l'animer pour la fixation des plafonds de garantie.

Il doit savoir à peu près quel est le coût de réparation de telle machine si telle panne l'affecte.

En fait il faut retenir que ces plafonds et franchises ne doivent être fixés ni par comparaisons ni de manière arbitraire.

b - Les clauses visant à circonscrire l'étendue de la garantie

L'une des manifestations de l'escroquerie à l'assurance consiste pour l'assuré à faire supporter par l'assureur des risques déjà réalisés.

Cet aspect, on le constate le plus souvent en assurance de responsabilité civile et en assurance de personnes (santé).

En responsabilité civile, l'article 51 du code CIMA qui rattache le sinistre à la réclamation faite à l'assureur pose problème. En effet, en définissant ainsi le sinistre, il fait courir à l'assureur le risque de couvrir des sinistres dont le fait générateur est intervenu avant la souscription du contrat.

Par moment aussi, la réclamation a lieu longtemps après l'expiration ou la résiliation du contrat.

L'assureur doit pouvoir réagir face à ces situations qui favorisent la fraude, l'article 51 n'étant pas d'ordre public. Il pourra alors prévoir dans le contrat une reprise du passé inconnu et une garantie subséquente.

La reprise du passé inconnu va consister pour l'assureur à prendre en charge des dommages survenus avant la prise d'effet de la garantie mais ignoré par l'assuré, et c'est à ce niveau que se trouve l'aléa, mais dont la réclamation est intervenue pendant la période de validité du contrat.

Ces extensions sont accordées moyennant surprime, et surtout, sont limitées dans le temps.

Par conséquent, l'assureur doit fixer, pour la reprise du passé inconnu, la période avant la prise d'effet du contrat pendant lequel les sinistres sont intervenus.

La garantie subséquente est accordée aussi pour une période bien déterminée généralement 6 à 12 mois après l'expiration ou la résiliation du contrat, au delà l'assureur n'intervient plus.

En assurance maladie, l'assureur, pour éviter la prise en charge des risques déjà réalisés, prévoit généralement dans le contrat un délai qui court à partir de la prise d'effet du contrat et pendant lequel il n'intervient pas. Il s'agit du délai de carence et du délai d'attente.

Le délai d'attente permet à l'assureur de ne pas prendre en charge toutes les maladies constatées avant son expiration mais seulement celles constatées au delà de la période d'attente.

Quant au délai de carence, il permet à l'assureur, après son expiration, la prise en charge des maladies constatées même pendant cette période. Dans tous les cas, la première constatation médicale doit être postérieure à la date de prise d'effet sauf accord de l'assureur.

On l'a vu, l'assureur peut utiliser plusieurs techniques contractuelles pour limiter sa garantie. En responsabilité chef de famille, il pourra limiter sa garantie aux accidents, contournant ainsi la clause d'ordre public qui rend impossible l'exclusion des dommages causés par les personnes vivant habituellement avec l'assuré.

Il s'agit donc pour lui de déterminer la nature du dommage garanti. Ainsi, lorsque l'enfant de l'assuré commet un vol, l'assureur ne sera pas tenu à garantie puisque le vol n'est pas assimilé à un accident.

Mais, s'il ne veut pas limiter sa garantie et par conséquent le montant de ses primes, l'assureur peut choisir de moduler le contrat en tenant compte de la sinistralité.

3 - La clause d'ajustement du contrat

La clause d'ajustement est un mécanisme qui permet de fixer à chaque renouvellement, la nouvelle prime en fonction du rapport sinistre à prime (S/P) calculé à la fin de l'exercice. Cette technique peut s'appliquer à tous les contrats d'assurance, cependant elle est beaucoup plus préconisée en assurance maladie qui est l'un des terrains de prédilection de l'escroquerie à l'assurance.

Par cette clause, on cherche à maintenir l'équilibre du contrat en majorant ou en diminuant la prime.

Paragraphe II - Les dispositions pratiques en cas de sinistre

Ces dispositions sont classiques et communes à presque toutes les compagnies d'assurance. Il est d'usage en cas de sinistre et cela dans tous les domaines que les assureurs missionnent des experts en vue d'en déterminer l'origine et surtout d'en établir la réalité.

C'est ce qu'on a pu constater notamment en sinistre automobile corporel. Ici les compagnies s'attachent les services des entreprises de filature ou d'enquête. Ces sociétés à qui sont remises les pièces des victimes leurs certificats médicaux et autres constats d'accident se rendent sur le terrain pour attester de l'effectivité ou non de l'accident ou des victimes. Ces missions les conduisent à aller dans les centres de santé chez les pompiers, à la gendarmerie afin de s'entretenir avec les différents responsables ou les agents supposés étant intervenus lors de l'accident.

Ils se rendent aussi dans les mairies, les préfectures et sous préfectures pour vérifier l'authenticité des pièces des victimes (carte d'identité nationale, carte de séjour, extraits d'acte de naissance,...).

Ce travail de fourmi permet d'aboutir à des résultats qui renseignent l'assureur sur la réalité des faits, sur l'identité des victimes et la nature de leur atteinte, et surtout sur l'identité des ayants droit.

On a pu constater leur efficacité puisqu'il s'est avéré par moment qu'on a découvert des fraudes savamment organisées.

On a par exemple noter des anomalies sur la filiation des ayants droit de la victime, des discordances entre leurs date et lieu de naissance figurant sur les pièces présentées et ceux figurant sur les registres officiels. Parfois même il s'est agit de victimes fictives ou de cas de substitution de victimes.

Cette pratique des enquêtes est beaucoup plus fréquente dans les cas d'accidents corporels (responsabilité civile automobile, responsabilité civile générale,...).

Mais dans d'autres branches elles existent sous la forme d'expertise (incendie, risques techniques,...).

Dans tous les cas, l'assureur veut s'assurer que le sinistre est bien réel et qu'il ne s'agit pas d'un sinistre intentionnel.

Cependant, il nous a été donné de constater que généralement ces enquêtes et expertises n'interviennent qu'après que l'assuré ait donné des informations sur le sinistre. Or, lorsque celui-ci a l'intention de frauder, il ne déclare son sinistre que longtemps après. Il a ainsi tout le temps pour orchestrer la fraude soit en dissimulant les éléments qui pourraient laisser planer un doute sur le caractère intentionnel du sinistre, soit en aggravant ses effets par sa passivité. Toutes choses sujettes à discussion au bout de l'enquête ou de l'expertise. Dans ce cas, le doute profitant à l'assuré, l'assureur se voit obligé de payer. C'est dire que cette pratique bien que salubre demeure perfectible.

Il convient donc de réfléchir sur les modalités d'amélioration et sur la manière pour les assureurs de mener autrement la lutte contre l'escroquerie à l'assurance.

Section II - Adoption d'une autre approche de lutte contre la fraude à l'assurance

La lutte contre la fraude ou l'escroquerie à l'assurance ne pourra être menée à bien sans un effort préalable des assureurs qui doivent s'auto discipliner (Paragraphe I).

Par ailleurs l'union faisant la force ces assureurs gagneraient à organiser la lutte de manière commune en impliquant l'association professionnelle des assureurs (Paragraphe II).

Paragraphe I - La mise en place d'une discipline interne

On l'a déjà dit, l'opinion publique considère l'assureur comme un « escroc » ou un « voleur ». Cela s'explique en grande partie par le manque de culture d'assurance évoqué plus haut. Il y a donc nécessité pour l'assureur d'instaurer le dialogue avec l'assuré (A).

En outre, il doit revoir sa politique de souscription et de règlement de sinistre afin de ne pas laisser la porte ouverte à la fraude (B).

A - La nécessité d'instaurer le dialogue avec l'assuré.

L'assureur jouit d'une mauvaise réputation auprès du public qui l'accuse de ne vouloir faire que du profit. Cela témoigne de l'ignorance dans laquelle se trouve l'assuré de l'activité d'assurance.

Il incombe donc à l'assureur d'informer son client.

Dans cette optique, il doit notamment attirer son attention sur l'importance des questions posées, lui signifier l'importance de la sincérité des réponses

Par ailleurs, il se fera l'obligation de lui expliquer les raisons pour lesquelles certains sinistres ne sont pas payés immédiatement dès leur survenance. Cela est d'autant plus important que l'assuré voit généralement dans ces " lenteurs " du dilatoire ou même du refus de payer.

Un tel dialogue pourrait non seulement redorer le blason de l'assureur auprès de l'assuré mais aussi atténuer en lui les tendances à la fraude.

B - Amélioration des politiques de souscription et gestion des sinistres

Nous invitons ici les assureurs à sortir un tant soit peu des sentiers battus de la souscription et de la gestion des sinistres.

En ce qui concerne la souscription, on a noté la politique des souscriptions par analogie qui consiste à tarifer un risque par rapport à tel autre risque déjà tarifié en y apportant quelques changements ou même en tarifant à l'identique. Il s'agit là d'une "souscription de bureau" qu'on constate le plus souvent en vol ou en incendie.

Le souscripteur incendie fait sa tarification à partir d'un certain nombre de clichés dont il dispose dans ses fichiers. De telles pratiques bien évidemment permettent à l'assureur de faire l'économie d'une visite de risque mais comporte le danger de tomber dans le piège de l'assuré fraudeur.

En vol l'assureur doit prendre au moins le soin de voir les objets soumis au contrat d'assurance. Il doit exiger, dès la souscription, qu'on lui présente les factures d'achat. Il doit même les faire authentifier auprès des fournisseurs vendeurs. On évite du coup les contentieux sur la réalité de l'objet volé et surtout sa valeur.

Mais, dans une approche commerciale, on mesure toute la difficulté que cela peut présenter pour l'assureur qui peut être taxé de suspecter ses assurés.

On pourrait donc imaginer un système où de tels contrôles seront effectués chaque fois qu'on sera en présence d'objets de grande valeur (bijoux, appareils HI-FI...)

De même en assurance automobile, l'assureur ne doit pas se contenter uniquement des dires de l'assuré ou des papiers du véhicule à assurer, il doit vérifier lui-même l'état du véhicule avant de l'assurer.

Il ne s'agit pas ici de jouer le rôle du mécanicien, mais l'assureur doit, au moins au regard des éléments de la carte grise, vérifier que le véhicule à lui présenter correspond à celui de ladite carte grise.

C'est donc une politique rigoureuse de sélection des risques que doit mener chaque assureur car, en raison du contexte social, il est mieux d'éviter autant que faire se peut d'arriver au contentieux. Toute légèreté à la souscription doit donc être écartée.

En ce qui concerne la gestion des sinistres, la politique de lutte doit être menée dans les cas où la tendance à l'escroquerie est plus fréquente notamment dans les sinistres corporels, les incendies, et même dans les cas de vol.

Dans ces différents cas on a salué la pratique des enquêtes et autres expertises qui bien qu'efficaces, ne souffrent pas moins d'insuffisances liées au fait qu'elles interviennent presque toujours après la déclaration du sinistre par l'assuré.

Ici, l'assureur doit faire preuve d'ingéniosité en se présentant le plus tôt possible sur les lieux du sinistre. En d'autres termes, il faut "court-circuiter" l'assuré en le surprenant dès l'instant du sinistre. Evidemment la grande interrogation est de savoir comment y parvenir? On sait bien qu'en cas de sinistre (vol, incendie, accident corporel,...) les premiers à intervenir après l'accident sont les agents soit de la police soit de la gendarmerie ou les pompiers. Il peut s'agir pour l'assureur de passer des conventions avec ces différents corps. Ces derniers, une fois sur les lieux du sinistre, auraient comme réflexes de demander les références des compagnies d'assurance impliquées afin de les en informer immédiatement. Les assureurs pourront ainsi se déplacer sur les lieux des sinistres et s'enquérir par eux-mêmes des attitudes de leurs assurés. Ils pourront donc, accompagnés de leurs experts vérifier dans l'immédiat la sincérité de ces sinistres, sincérité dans leur origine, dans leur étendue.

Bien sûr des difficultés sont à intégrer (pour les sinistres des jours non ouvrables ou l'intérieur du pays). Mais l'expérience mérite d'être tentée.

Une telle approche peut être aussi adoptée en assurance maladie par convention passée avec les établissements sanitaires. Ces établissements pourront également informer les assureurs de la présence dans leurs locaux de l'un ou de plusieurs de leurs assurés.

Ces derniers, informés, pourront aussitôt mettre en place des mesures de surveillance allant du contrôle des factures d'un certain montant à l'accès au malade hospitalisé pour constater d'une part son identité et d'autre part la nature de l'affection dont il est victime. On circonscrit ainsi le risque un apportant un coup de frein aux velléités de fraude des assurés, seuls ou en accord avec certains complices.

Tout ce travail serait beaucoup plus efficace s'il était coordonné dans le cadre de l'association professionnelle des assureurs.

Paragraphe II – Le rôle de l'association professionnelle des assureurs

Sur la quasi- totalité des marchés d'assurance, les assureurs sont regroupés au sein d'associations chargées de réguler l'activité d'assurance.

Ces associations, dotées de la personnalité juridique et donc autonomes pourraient jouer un rôle fondamental dans la lutte contre l'escroquerie à l'assurance.

Pour ce qui est de la Côte d'Ivoire, l'ASA-CI (Association des Sociétés d'Assurance de Côte d'Ivoire) a déjà fait la preuve de son dynamisme en mettant sur pied la Convention IRA (indemnisation rapide des assurés), en centralisant la délivrance des attestations d'assurance en automobile, pour justement freiner la fraude sur ce document.

Ces associations peuvent contribuer donc à la lutte contre l'escroquerie à l'assurance en organisant les assureurs dans ce sens (A) et surtout en menant un certain nombre d'actions en direction du public (B).

A - L'organisation des assureurs

Face à la lutte contre l'escroquerie à l'assurance, on a été désolé de constater une quasi inorganisation des assureurs, chacun se contentant de la mener de façon individuelle alors que nul n'ignore que l'union fait la force.

L'association professionnelle des assureurs, qui existent sur presque tous nos marchés est un cadre qui devait permettre aux assureurs une coopération et une solidarité sans faille.

Cette organisation doit permettre aux assureurs de s'échanger des informations et des renseignements concernant notamment les indices de fraude et surtout les assurés soupçonnés de fraude.

Sur ce point, il s'agira pour chaque assureur de porter à la connaissance de l'association des assureurs l'identité réelle de ces assurés.

Cette dernière se chargera de divulguer l'information auprès des autres assureurs de sorte que ceux-ci sachent à quoi s'en tenir lorsque ces assurés se présenteront à eux pour une souscription. Il en sera de même lorsqu'un assureur résiliera un contrat après un sinistre suspect ou douteux.

En clair, il s'agit de constituer au sein de l'association professionnelle des assureurs un fichier de clients douteux que tout assureur se fera l'obligation de consulter.

Bien évidemment un tel fichier ne peut concerner que les gros risques.

On peut aller plus loin en imaginant la mise en place d'un mécanisme de financement de lutte contre la fraude à l'assurance.

En effet, comme on le sait la lutte contre l'escroquerie coûte chère aux compagnies d'assurance, certaines enquêtes et expertises se chiffrant à des millions de francs. La question du financement est donc plus que jamais nécessaire.

On peut donc suggérer la mise sur pied, au sein de l'association professionnelle des assureurs, d'une convention de financement de la lutte contre l'escroquerie à l'assurance. Ce système devrait fonctionner sur le modèle de l'activité d'assurance.

Cela signifie que l'association va recueillir des fonds auprès des sociétés adhérentes. Ces fonds serviraient à payer des frais d'honoraires des différentes enquêtes et autres expertises qui interviendraient sur un problème de fraude.

Il est évident que resteront à la charge des assureurs certaines notes d'honoraires. La distinction sera faite soit en fonction de la nature du sinistre (incendie ou accidents corporels) soit en fonction du montant de la somme à payer. On pourra ainsi dire que l'association n'interviendrait pour la totalité que lorsque les honoraires atteindront le million. Dans tous les cas, il devrait y avoir un plafond en deçà duquel l'assureur conservera la totalité des charges liées à une enquête sur un sinistre suspect ou douteux.

Ce système nous paraît intéressant dans la mesure où, dans l'année, les sinistres à caractère frauduleux ne touchent pas toutes les compagnies d'assurances à la fois. Seules celles qui seront confrontées à ce genre de problèmes devront soumettre leur dossier au bureau de l'association des assureurs.

A terme, cette organisation des assureurs au sein de l'association professionnelle des assureurs devrait conduire à la mise sur pied d'un organisme autonome de lutte contre l'escroquerie à l'assurance du type ALFA (Agence de Lutte contre la Fraude en Assurance), organisme chargé de protéger les assurés honnêtes contre la fraude à l'assurance en France.

Pour l'heure, les assureurs à travers leur association doivent œuvrer plus en direction du public.

B - Les actions en direction du public

En direction du public, deux types d'actions peuvent être menées.

Une action purement préventive qui prendra la forme de campagne d'information et de sensibilisation. Il s'agira pour l'association professionnelle des assureurs d'organiser, à des périodes précises de l'année des rencontres d'échange avec les assurés, rencontres au cours desquelles on attirera l'attention sur l'importance de l'assurance pour la communauté et surtout pour l'économie nationale. Il faut leur expliquer les menaces que représente la fraude pour chacun d'eux en tant que membre de la mutualité mais également les dispositions pénales en la matière afin qu'ils prennent conscience des dangers auxquels ils s'exposeraient s'ils tentaient de se livrer à la fraude.

Une telle campagne devrait aussi toucher tous les partenaires des compagnies tels que les garagistes, les médecins, les experts, les gendarmes, les policiers...

La seconde action en direction du public se voudra beaucoup plus répressive.

Ici, l'association professionnelle en tant qu'entité autonome peut poursuivre les assurés indécents en justice pour escroquerie et tentative d'escroquerie. L'association des assureurs se sentira concernée chaque fois qu'un de ses membres aura été victime d'escroquerie caractérisée. C'est elle qui jugera de l'opportunité des poursuites pénales, la compagnie d'assurance victime s'effacera.

Une telle action aura pour mérite de mettre l'assuré escroc face à toute la communauté des assureurs.

L'assureur quant à lui pourra faire son travail sans être obligé de toujours se présenter aux différentes.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette étude, on peut noter que l'escroquerie à l'assurance est une épine dans le pied des assureurs dont l'extraction s'avère plus que problématique.

En effet, voilà un fléau qui touche une corporation, celle des assureurs, et qui semble t-il n'émeut personne, ni le public, ni les pouvoirs publics ne s'en préoccupent. Pour les premiers cela se comprend aisément. En effet pour l'opinion l'assureur est un " escroc " et en la matière, il n'a de leçon à donner à personne.

Pour l'Etat, sa mission première est de veiller à ce que les assureurs soient toujours solvables et ce, dans l'intérêt des assurés.

En arrière plan, l'Etat veille à la protection des assurés, il lui serait donc difficile d'être le fer de lance dans le combat contre l'escroquerie à l'assurance.

Pour leur part, les assureurs, soucieux de ne pas trop enfoncer le clou, se montrent extrêmement prudents dans la lutte contre l'escroquerie à l'assurance. D'une part, ils sont le plus souvent très tolérants envers les assurés soupçonnés de fraude ou de tentative de fraude. D'autre part, ils évitent d'en parler sur la place publique. Une telle attitude est de nature à conforter les tenants de la thèse "assureurs- escrocs"

Nous pensons que dans le contexte africain, pour ce qui est de la zone CIMA, le marché est en train d'être assaini.

Les entreprises qui par leurs attitudes ont porté atteinte à l'image des assureurs disparaissent les unes après les autres.

Cette sélection doit donner plus de courage aux compagnies qui font de manière professionnelle leur travail pour engager la lutte de manière plus ouverte en dénonçant les assurés escrocs.

Dans cette lutte, les assureurs doivent d'abord compter sur eux-mêmes en mettant beaucoup plus de rigueur dans leurs politiques de souscription des contrats et de gestion des sinistres.

Ils doivent ensuite pouvoir compter sur les pouvoirs publics qui n'ignorent pas le poids du secteur des assurances dans la mobilisation de l'épargne intérieure.

Certes, l'Etat a pour mission d'organiser le secteur des assurances de telle sorte que les intérêts des assurés soient toujours préservés, mais il ne doit pas perdre de vue aussi que l'assureur participe de manière significative au développement économique national.

Il est heureux de constater, en Côte d'Ivoire, que l'Etat a un tant soit peu pris à cœur le soucis des assureurs. Il a notamment, face à la flambée des indemnités des préjudices corporels en sinistre automobile et sous l'impulsion pressante des assureurs, initié en 1989 la barémisation des indemnités allouées aux victimes ou aux ayants-droit par la Loi n° 89 1291 du 18 Décembre 1989 dont les dispositions ont été quasiment reprises dans le Code CIMA.

Mais d'ores et déjà, il convient de dire qu'il serait difficile pour l'Etat d'en faire plus à l'heure où la tendance est à la protection la plus accrue du consommateur.

On pourrait donc dire que l'assureur n'a presque rien à attendre du législateur et même de la jurisprudence.

C'est pourquoi nous pensons que la solution de l'escroquerie à l'assurance serait de s'unir pour résister.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

LAMBERT-FAIVRE (Y), Droit des assurances, Dalloz 1998
 YEATMAN (J), Manuel International de l'Assurance, Economisa

Ouvrages spécialisés

Munich Re, L'escroquerie dans l'assurance dommage, Edition 1998
 REVOL(S), Déclaration frauduleuse de risque et de sinistre en assurance IARD, Presse
 Universitaire d'Aix Marseille 1984.

Mémoire

YOYOUM (P), La fraude à l'assurance dans les Etats membres de la CIMA : Le cas du Cameroun,
 IIA Promotion 94-96.

Revue spécialisée

L'Assureur Africain n°31 décembre 1998
 L'Assureur africain n°32 avril 1999
 Assur-Echos IIA Avril 2000
 Revue générale de droit des assurances, l g d j 1999 n°4
 Revues générale d'assurances terrestres, Résiliation après sinistre, droit discrétionnaire pour
 l'assureur.
 Droit et jurisprudence, Argus 20 avril 1998
 Droit et jurisprudence, Argus 23 juin 2000
 Responsabilité civile et Assurance juin 1999 n°227
 Responsabilité civile et assurance juillet 1993 n°241

Cours IIA

Droit des assurances, Serge GAULOT
 Risque Divers, NDOBO Basile, avril 1999

Législation

Code des assurances (CIMA),
 Code pénal ivoirien

Autres

Le Point n°1431 du 18 février 2000

TABLE DES MATIERES

	Pages
Dédicace	: I
Remerciements	: II
Avant propos	: III
Introduction générale	: 1
Première partie- Présentation du phénomène de l'escroquerie à l'assurance.	: 4
Chapitre I-Aspects généraux du phénomène	: 5
Section I - Les causes de l'escroquerie à l'assurance.	: 5
Paragraphe I - Les causes objectives	: 5
A - Les causes inhérentes à la compagnie d'assurance.	: 5
1 - L'approximation des compétences.	: 6
a - Au niveau de la production	: 6
b - Au niveau du service sinistre	: 8
2 - La recherche effrénée du chiffre d'affaire	: 9
a - L'anti-sélection	: 10
b - La sous-tarification	: 10
3 - Le manque de motivation du personnel	: 11
B - Les causes relatives à l'environnement de la compagnie d'assurance.	: 12
1 - L'environnement socio-économique délétère	: 12
2 - La mauvaise foi des partenaires de l'assureur	: 14
Paragraphe II - Les causes subjectives	: 15
A - Le risque moral	: 15
B - Le manque de culture d'assurance	: 16
Section II - Les manifestations de l'escroquerie à l'assurance	: 17
Paragraphe I - Les actes préparatoires à l'escroquerie avant le sinistre	: 17
A - Entorse à l'obligation de déclaration de risque à la souscription	: 18
1 - La fausse déclaration intentionnelle, la réticence dolosive	: 18
2 - Les cas de sur-assurances et d'assurances cumulatives	: 19
B - Manquement de l'assuré à ses obligations en cours de contrat	: 20
Paragraphe II - les manifestations de l'escroquerie à l'assurance lors du sinistre	: 21
A - Sinistres frauduleux	: 22
1 - Sinistres imaginaires ou simulations de sinistres	: 22
2 - Le sinistre intentionnel	: 23
B - Usage abusif du sinistre	: 23
1 - La surévaluation du dommage	: 23
2 - La passivité de l'assuré au moment du sinistre	: 24

Chapitre II - Impacts de l'escroquerie à l'assurance	: 25
Section I - Impacts de l'escroquerie à l'assurance au niveau de l'entreprise	: 25
Paragraphe I - Le déséquilibre de la mutualité	: 26
A - La mutualisation des risques et son importance	: 26
B - L'injustice au sein de mutualité	: 27
Paragraphe II - Les problèmes de gestion liés à l'escroquerie	: 27
A - Le problème relatif à la tarification	: 28
B - L'impact de l'escroquerie à l'assurance sur la marge de solvabilité	: 30
1 - L'importance de la marge de solvabilité	: 30
2 - Les fonds propres compromis	: 31
Section II - L'impact de l'escroquerie à l'assurance à l'échelle nationale	: 32
Paragraphe I - L'escroquerie à l'assurance, frein au développement du secteur des assurances	: 32
Paragraphe II - L'escroquerie à l'assurance, menace pour le développement économique	: 33
Deuxième partie - Réflexion sur les mécanismes de lutte contre l'escroquerie à l'assurance	: 35
Chapitre I - Analyse des solutions de lutte issues du code CIMA	: 36
Section I - L'inventaire des mécanismes de lutte autres que l'exclusion pour fautes intentionnelles	: 36
Paragraphe I - La déchéance du droit à garantie	: 36
A - Les cas d'application de la déchéance	: 37
1 - Les retards dans les déclarations	: 37
2 - L'abus du sinistre	: 38
B - Les conditions de la déchéance	: 38
C - La déchéance, une efficacité limitée	: 38
Paragraphe II - Les sanctions qui emportent anéantissement du contrat d'assurance	: 39
A - La résiliation du contrat d'assurance	: 40
B - La nullité du contrat d'assurance	: 41
1 - Les nullités particulières du code CIMA	: 41
a - Nullité pour sur-assurance frauduleuse et assurances cumulatives	: 41
b - Nullité pour inexactitude de mauvaise foi dans la déclaration du risque	: 42
2 - Les effets de la nullité	: 42
Section II - Problématique de la sanction de la faute intentionnelle	: 43
Paragraphe I - Le principe de l'exclusion de la faute intentionnelle	: 43

A - Dans les branches TIARD (transport, incendie ,accident risques divers)	: 43
B - Dans la branche vie	: 44
1 - Le cas du suicide de l'assuré	: 44
2 - Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire	: 45
Paragraphe II - La définition restrictive de la faute intentionnelle	: 45
A - Faute intentionnelle et volonté de causer le dommage	: 46
B - Faute intentionnelle inassurable, faute de l'assuré	: 47
Chapitre II - Mécanismes pratiques de lutte contre l'escroquerie à l'assurance	: 48
Section I - Les pratiques des compagnies d'assurance en matière de lutte contre la fraude à l'assurance	: 48
Paragraphe I - La prévention de l'escroquerie à l'assurance	: 48
A - Détection de quelques indices de l'escroquerie à l'assurance	: 48
1 - Les indices à la souscription	: 49
a - Dans les branches non vie	: 49
b - Dans les branches vie	: 50
2 - Les indices au moment du sinistre	: 51
B - Lutte contractuelle contre l'escroquerie à l'assurance	: 52
1 - Les clauses d'exclusion	: 53
2 - Les limitations de garantie	: 54
a - Les clauses visant à limiter le montant de l'indemnité	: 54
b - Les clauses visant à circonscrire l'étendue de la garantie	: 54
3 - La clause d'ajustement	: 56
Paragraphe II - Les dispositions pratiques en cas de sinistre	: 56
Section II - Adoption d'une autre approche de lutte contre la fraude à l'assurance	: 58
Paragraphe I - La mise en place d'une discipline interne	: 58
A - La nécessité d'instaurer le dialogue avec l'assuré	: 58
B - Amélioration des politiques de souscription et de gestion des Sinistres	: 59
Paragraphe II - Le rôle de l'association professionnelle des assureurs	: 61
A - L'organisation des assureurs	: 61
B - Les actions en direction du public	: 63
Conclusion générale	: 64
Bibliographie	: 66
Table des matières	: 67



ERRATA

Page 9 ; ligne 08 : lire : quand on sait que et non quant on sait que .

Page 19 ; **2 - les cas de sur-assurances et d'assurances cumulatives**

Ligne 16 : lire quant à au lieu de quand à

Page 22 ; Ligne 4 : lire soit qu'il s'agit et non soit qu'il s'agisse.

Page 31 ; **2 – Les fonds propres compromis**

Ligne 6 : lire pour ce faire et non pour se faire

Ligne 10 : lire les pertes considérables liées à l'escroquerie n'autorisent eu lieu de les pertes considérables liées à l'escroquerie n'autorise.

Page 35 ; Ligne 3 : Lire les démarcheurs et les tiers victimes et non les démarcheurs et les victimes

Ligne 10 : Lire sont légions au lieu de sont légion.

Page 50 ; Ligne 4 : Lire ces différents indices ^{vs} et ces différentes indices.

Page 55 ; Ligne 26 : Lire responsabilité civile chef de famille et non responsabilité chef de famille.

Page 57 ; Ligne 21 : Lire par sa passivité et non pars sa passivité.

Page 59 **B – AMELIORATION DES POLITIQUES DE SOUSCRIPTION ET DE GESTION**

Page 63 **B – LES ACTIONS EN DIRECTION DU PUBLIC**

Ligne 26 : Lire différentes auditions et non différentes.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

Ligne 2 : Lire Economica et ^{nom} Economisa