



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

Institution Spécialisée Autonome

CYCLE DES - A
PROMOTION 1994 - 1996

YAOUNDE, OCTOBRE 1996

LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES ETATS DE LA CIMA : LE CAS DU CAMEROUN

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES D'ASSURANCES

Présenté par
TOYUM Pierre

Sous la Direction de Monsieur MESSIO à BEDIONG
Chef du Département Sinistre IARD à la SOCAR

BP 1575
YAOUNDE
(République du Cameroun)

Tél : (237) 20 - 71 - 52
Fax : (237) 20 - 71 - 51
Télex : 8730 KN

DEDICACE

A ceux qui nous ont quitté :

Le Professeur Jean Julien CODJOVI, Directeur Général de l'IIA disparu tragiquement au cours de notre formation.

Mon jeune frère Désiré TUEKAM décédé alors que je passais les examens d'admission en 2ème année à l'IIA.

Mon feu père FOKAM Rigobert.

Ce travail vous est dédié en reconnaissance de ce que vous avez fait et de ce que vous représentiez pour moi.

A ceux qui m'ont soutenu depuis mon jeune âge :

Monsieur et Madame HODJE
Ma mère NOUEMSSI Siméone

Vous avez fait de moi ce que vous avez voulu afin que je puisse un jour être utile à mon pays et à l'Afrique. Merci infiniment.

A la princesse ... du royaume à bâtir...

REMERCIEMENTS

Nous commençons par remercier le Directeur Général Adjoint de la SOCAR, Monsieur BIOUELE Roger NANGA pour ses sages conseils et pour toutes les facilités qu'il nous a accordées pendant le stage.

Nous tenons à remercier et à dire notre gratitude à Monsieur MESSIO à BEDIONG qui a suivi ce travail de bout en bout et qui nous a aidé de ses conseils et connaissances.

Nous n'oublions pas le Directeur Technique Monsieur MBAPE Jules et les Directeurs Adjointes Madame BAKAM et Monsieur NDOBO qui nous ont enrichi à travers des discussions et les éléments de bibliographie qu'ils ont mis à notre disposition.

Le Chef de Département du Contentieux Monsieur NGANDO Lazare a partagé notre passion pour le thème en mettant à notre disposition des dossiers frauduleux ou présumés tels. Nous lui en sommes reconnaissants.

Nous n'omettons pas Messieurs MOUGNOL et BIRAM pour les éclairages qu'ils ont souvent accepté de nous donner.

Toute la Direction et tous les enseignants de l'IIA pour la solide formation qu'ils nous ont donnée.

Monsieur KUATE Innocent, Responsable à la GMC dont le poids a pesé lourd dans le choix du thème.

Tous mes frères et ma soeur Célestine MEFO pour leur soutien moral et matériel.

Monsieur KENGNE André et ses soeurs qui m'ont encadré chaleureusement pendant le stage.

Ils vont enfin à tous mes camarades de promotion, le personnel de la SOCAR ainsi qu'à mes amis et connaissances, notamment à Rachel Laure TCHOUMI.

Que Mademoiselle Angèle Béatrice NDOUME ETHY et Monsieur NKEMI Marcel qui ont assuré la saisie de ce travail trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ALFA : Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance

ASAC : Association des Sociétés d'Assurances du Cameroun

BULL. CASS : Bulletin de la Cour de Cassation, Chambres Civiles

BULL. CRIM : Bulletin de la Cour de Cassation, Chambre Criminelle

CAPA : Centre de Productivité en Assurance

CHAP : Chapitre

CIMA : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances

Civ : Civil

IARD : Incendie, Accidents et Risques Divers

R.G.A.T. : Revue Générales d'Assurances Terrestres

AVANT-PROPOS

Depuis plusieurs années, il est de tradition que les étudiants du Cycle Supérieur de l'Institut International des Assurances présentent à la fin de leur formation un mémoire sur un thème de recherche donné. Les étudiants du Cycle « DESA » de la promotion 1994/1996 ont eu chacun le privilège de choisir un sujet sur une liste de thèmes proposées par la Direction Générale de l'Institut. Nous avons l'honneur de présenter à votre lecture le résultat de nos analyses, intitulé « La fraude à l'assurance dans les Etats de la CIMA : le cas du CAMEROUN ».

Sujet passionnant parce que d'une actualité brûlante, ce thème n'en présente pas moins quelques difficultés. La principale difficulté à ce niveau étant celle des conditions de travail. En effet, la période de stage coïncide avec la période de rédaction des mémoires, d'où une difficulté réelle en terme de temps disponible pour les recherches.

En ce qui concerne particulièrement ce thème, on relève une quasi-inexistence de jurisprudence locale et une indisponibilité de données statistiques sur le phénomène. Il nous a été pratiquement impossible d'obtenir des données sur le coût de la fraude tant au niveau des compagnies qu'au niveau de l'ensemble du marché. Il en est de même de la jurisprudence puisque la majeure partie des cas de fraude détectés sont classés « sans suite », d'où la faiblesse du contentieux en la matière.

Ces différentes contraintes, ajoutées aux difficultés financières et matérielles, justifient les insuffisances et les limites de ce travail qui aurait mérité d'être plus étoffé. C'est pour cette raison que nous implorons l'indulgence du lecteur que vous êtes.

« Si nous pouvions d'abord savoir où nous sommes et ce vers quoi nous tendons, nous pourrions mieux choisir ce que nous devons faire et comment le faire ».

ABRAHAM LINCOLN

A la suite de ces problèmes, on arrive à la préoccupation suivante : la fraude à l'assurance est devenue un véritable problème de gestion d'une société d'assurances puisqu'il suffit d'une petite proportion de déclarations erronées lors d'un sinistre ou même à la souscription, pour détruire l'adéquation entre primes et sinistres, et transformer ainsi quelques points de bénéfices en quelques points de pertes². Comment faire pour soigner l'équilibre du risque rompu par la fraude à l'assurance afin que l'assureur camerounais ne paie que ce qui est réellement dû ? Comment maintenir dans le champ de l'assurabilité certains risques aujourd'hui fragilisés par la fraude ?

Compte tenu de l'objectif visé et pour soutenir notre réflexion, le travail s'articulera de la manière suivante :

Faire ressortir dans une première partie le paysage de la fraude à l'assurance au Cameroun à travers ses manifestations (I). Puis si la fraude existe, constater pour le déplorer le déficit d'organisation de la lutte contre ce fléau avant de tenter de définir l'action qui peut être conduite (II).

² Michel Moreau, doyen de la faculté de droit et des sciences sociales de l'université de poitiers in la lutte contre la fraude à l'assureur, actes du colloque organisé à Niort les 28 et 29 Juin 1990, 209 pages, page 3

PREMIERE PARTIE

**LA FRAUDE A L'ASSURANCE : UNE MENACE REELLE ET
ACTUELLE AU DEVELOPPEMENT DE L'INDUSTRIE
D'ASSURANCES AU CAMEROUN**

INTRODUCTION

Les différentes formes de fraude à l'assurance peuvent être regroupées en deux catégories :

- Celles qui sont commises à la souscription (Chapitre 1)
- Celles qui surviennent au moment où le risque s'est réalisé (Chapitre 2)

Il convient cependant de procéder d'abord à l'examen des caractéristiques générales de la fraude à l'assurance (Chapitre 0).

CHAPITRE 0 - GENERALITES

Avant d'aborder l'étude approfondie des manifestations de la fraude à l'assurance au Cameroun, il est nécessaire de présenter quelques aspects de ce phénomène. Ces aspects sont des préalables qui permettront de comprendre la suite de l'exposé.

Ainsi, nous évoquerons successivement et sommairement la notion de fraude à l'assurance et son domaine d'application (section 1), les causes de la fraude (section 2) et la personnalité du fraudeur pour savoir si l'on peut définir des types et un profil du fraudeur à l'assurance au Cameroun (Section 3).

SECTION 1 - NOTION ET DOMAINE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

La définition du concept de fraude à l'assurance est nécessaire parce que tous les agissements des assurés ne sont pas des actes frauduleux. Il faut par conséquent éviter une suspicion systématique de ces derniers. C'est la raison pour laquelle « l'industrie d'assurances se doit de bien définir ce qu'elle entend par fraude à l'assurance pour pouvoir mesurer son ampleur et entreprendre toute action corrective et préventive »³

Autour de la notion de fraude à l'assurance gravitent deux autres notions. Celle d'escroquerie et celle de collusion (§1). En ce qui concerne le domaine de la fraude à l'assurance, on remarque « qu'elle ne connaît ni frontière, ni barrière, et qu'elle se pratique en mer aussi bien que sur terre⁴ » (§ 2)

§1 - LA NOTION DE FRAUDE A L'ASSURANCE

Trois termes peuvent être utilisés lorsqu'il faut évoquer les pratiques des assurés ou des tiers ayant pour objet de retirer un profit illégitime du contrat d'assurance. C'est le terme de fraude, d'escroquerie et de collusion.

A - LE CONCEPT DE FRAUDE A L'ASSURANCE

Pour le définir, empruntons la définition de Martine CHARRE - SERVEAU et James LANDEL⁵ Pour eux, la fraude à l'assurance est une pratique qui « consiste soit à dissimuler l'importance exacte du risque dans le but de payer une prime moins élevée, soit à obtenir de l'assureur une indemnité à laquelle le bénéficiaire n'a pas droit ». De cette définition, on retient que la fraude peut s'opérer dès la souscription du contrat en vue de rechercher une minoration de la prime ou bien en vue de programmer un gain ultérieur⁶ Cette fraude peut également être faite au moment de la réclamation lorsqu'un sinistre est survenu.

Pour qu'un fait de l'assuré soit qualifié de fraude à l'assurance, deux conditions doivent être réunies. Il faut des renseignements erronés communiqués à l'assureur et ayant pour effet de

³ Pierre Saint Michel in Fraude ou Risque Moral ? Revue Risques, les cahiers de l'assurance, Octobre-Décembre 1993, 114 pages, p. 10

⁴ Simonet (M) La baraterie in la lutte contre la fraude à l'assurance, op cit p. 49

⁵ Martine CHERRE SERVEAU et James LANDEL : Lexique juridique et pratique des termes de l'assurance Edition l'Argus, Paris 1992, 255 pages, p. 120

⁶ L'expression est de REVOL (S), Déclaration frauduleuses de risque et de sinistre en assurance IARD, presses universitaires d'AIX MARSEILLE, 1984, 157 pages, p. 28

l'induire en erreur. Il faut ensuite la mauvaise foi de l'auteur de la fraude qui a conscience de commettre un acte illicite en vue d'obtenir un avantage auquel il n'a pas droit.

Cette notion de fraude est à distinguer de l'escroquerie au sens juridique du terme puisque toutes les fraudes ne sont pas des escroqueries. C'est cette différence qu'il convient d'établir maintenant.

B - LA NOTION D'ESCROQUERIE

L'escroquerie à l'assurance est un délit qui consiste « en l'emploi de moyens frauduleux, tendant à faire croire à un fait chimérique en vue d'obtenir une partie de la fortune d'autrui »⁷ (en l'occurrence l'indemnité pour ce qui est de l'assurance). Ce délit résulte d'allégations mensongères confortées par le témoignage de complaisance de tiers ou d'éléments destinés à lui fournir force et crédit. Le délit d'escroquerie est « consommé » lorsque l'assureur a été amené à verser des fonds. Dans le cas contraire, il y a « tentative d'escroquerie », laquelle suppose un « commencement d'exécution ».

On peut donc remarquer que la fraude est une notion plus large que l'escroquerie. Une fraude à l'assurance peut être commise à la souscription aussi bien qu'au moment du sinistre alors que l'escroquerie ne peut être faite ou tentée que lors de la réclamation lorsqu'un sinistre est survenu, dans cette hypothèse, l'auteur de l'escroquerie veut capter une indemnité à laquelle il n'a pas droit.

Au Cameroun et peut-être plus qu'ailleurs, on est obligé de définir la notion de collusion dans toute étude de la fraude parce que les différents « intermédiaires » qui interviennent dans la relation assureur-assuré peuvent s'associer à ce dernier dans un concert frauduleux fomenté au préjudice de l'assureur.

C - LE CONCEPT DE COLLUSION

D'après le Larousse illustré de 1986, la collusion est « le fait de jouer ensemble, c'est une entente secrète en vue de tromper ou de causer un préjudice ». Et comme la fraude peut être le fait d'un assuré ou d'un tiers, il peut se constituer des « associations de malfaiteurs » dont l'objet est d'extorquer de l'argent à l'assureur. Au Cameroun, cette collusion est très développée, presque tout le monde est dans le jeu dans un environnement malsain où prévalent la corruption et les pots de vin.

L'observation permet d'affirmer que l'assuré fraude rarement seul, il s'entoure de nombreux complices qui peuvent selon le cas jouer le rôle de « bon conseillers » ou tout simplement participer de manière active à la fraude. C'est cette collusion qui explique par exemple le comportement de médecin qui peut d'abord demander à lire la police d'assurance avant de délivrer une ordonnance.

La collusion peut aussi résulter d'un acte isolé ; par exemple, pour faire couvrir par un assureur des dommages donnés, deux amis ou parents s'entendent pour que l'un accepte et déclare être l'auteur fautif du dommage. C'est le cas alors d'un renversement sans adversaire qui est déclaré comme ayant été causé par un adversaire qui aurait gêné par une fausse manoeuvre, ou même aurait heurté le véhicule en question.

⁷ CHARRE SERVEAU (M) et LANDEL (J), Lexique juridique et pratique des termes d'assurance, op cit p.121

A ce stade, il faut noter que les termes fraude, collusion, escroquerie seront utilisés tout au long du travail. La fraude désignera les faits pouvant se situer au début comme à la fin du champ contractuel, la collusion rappellera la compensation dont l'assureur est victime alors que le terme escroquerie renverra à toute pratique de captation dolosive de l'indemnité d'assurance.

Toutes les branches d'assurances sont concernées par le problème de la fraude dont il convient d'examiner à présent les terrains de prédilection.

§ 2 - DOMAINE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Aucune branche d'assurance n'échappe à la fraude. Et pour reprendre l'heureuse expression de Monsieur SIMONNET⁸ « la fraude se pratique aussi bien sur terre que sur mer ».

En effet, l'activité d'assurance est divisée en plusieurs branches. La nomenclature des différentes branches est fixée par l'article 328 du Code CIMA. Actuellement, les intitulés des différentes branches d'assurances énumérées dans la nomenclature de l'article 328 sont les suivants : accidents, maladie, corps de véhicules (autres que ferroviaires), corps de véhicules ferroviaires, corps de véhicules aériens, corps de véhicules maritimes, lacustres et fluviaux, marchandises transportées, incendie et éléments naturels, autres dommages aux biens, responsabilité civile véhicules terrestres automoteurs, responsabilité civile véhicules aériens, responsabilité civile véhicules maritimes, locomotives et fluviaux, responsabilité civile générale, crédit, caution, pertes pécuniaires diverses, protection juridique, assistance vie-décès, assurance liée des fonds d'investissement, opérations tontinières, capitalisation.

La fraude à l'assurance touche toutes ces branches avec, certes une intensité différente mais elle n'en n'existe pas moins. Si l'on se réfère à la classification juridique des branches selon les obligations nées du contrat, il faut reconnaître que la fraude existe aussi bien en assurance de dommages⁹ qu'en assurances de personnes¹⁰. Cependant la fraude est plus ancienne en assurance de dommages qu'en assurances de personnes « parce qu'elle est matérialisable donc plus voyante et plus évidente »¹¹ en dommages.

SECTION 2 - LES CAUSES DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Qu'est ce qui peut expliquer l'existence et la persistance de la fraude à l'assurance sur le marché de l'assurance au Cameroun ?

Sans aucune prétention d'exhaustivité et pour les besoins de la présentation, on peut identifier des causes objectives (§ 1) et des causes subjectives à l'existence et au développement de la fraude (§ 2).

⁸ SIMONET (M), La baraterie in la lutte contre la fraude à l'assurance, op cit p. 49

⁹ Les assurances de dommages ont pour fonction de réparer un dommage par versement d'une indemnité soit à l'assuré en assurances de choses, soit à des tiers en assurances de responsabilités.

¹⁰ Les assurances de personnes prévoient le versement des prestations forfaitaires ou indemnitaires à l'assuré ou aux bénéficiaires en assurances de responsabilités.

¹¹ SCOR VIE, la fraude en assurance Vie, Octobre 1995, 48 pages, p. 7

§1 - LES CAUSES OBJECTIVES DE LA FRAUDE

Des raisons économiques, sociales, morales et techniques permettent de justifier la présence de la fraude sur le marché camerounais de l'assurance.

A - LES CAUSES ECONOMIQUES

En dehors de la recherche du gain facile, il s'agit de la persistance de la recession économique. L'expérience a montré qu'au fil des ans et du fait de la crise économique il y a une augmentation de la tendance à la fraude. On a ainsi observé de nombreux cas de vols, d'incendie, d'escroquerie à l'assurance liés aux difficultés économiques.

L'expression consacrée de nos jours est ce que Christian STRULOVICI¹² appelle « sinistrialité de crise ». Il établit dans un style qui lui est propre que la fraude induit de différentes manières un alourdissement de la charge de sinistres, même s'il est difficile de prouver la relation de cause à effet et encore plus de mesurer la part de l'aggravation des sinistres provoqués par la récession. Il évolue en affirmant que des sinistres de types classiques, et non de types spécifiques à la crise se produisent qui auraient été évités, et que la conscience avivée par la crise qu'un « sou est un sou » n'a pas manqué d'exciter l'imagination d'assurés peu scrupuleux, qui, en moyenne, hésitent moins qu'auparavant à travestir la réalité pour faire prendre en charge des sinistres non garantis, ou de rendre sans effet une clause de franchise.

B - CAUSES MORALES ET SOCIALES

La fraude est un phénomène de société. Elle épouse de ce fait son contexte social. En effet depuis plusieurs années, on assiste à un relâchement de la discipline morale et sociale. Les comportements jadis condamnés sont de plus en plus tolérés. L'évolution des mœurs a entraîné le développement de la criminalité, les rapports de confiance se sont dégradés, la probité n'est plus de règle. Dans ce contexte, l'assurance dont les mécanismes reposent sur la bonne foi et la confiance ne pouvait qu'en pâtir. En ce qui concerne les sociétés d'assurances, ce phénomène est aggravé par le fait que la fraude à l'assurance n'entraîne qu'une « reprobation sociale faible », parce que ne faisant pas de victimes apparentes, au même titre que les délits fiscaux et douaniers.

On observe par ailleurs que le nombre de chômeurs ne cesse d'augmenter. Ces derniers ont plus de temps et moins de revenus et la tentation à la fraude est plus grande puisqu'il faut se « débrouiller » pour survivre.

La propension à la fraude est cependant aussi favorisée par les mécanismes mêmes de l'assurance. L'observation permet de soutenir cette affirmation.

C - LES CAUSES TECHNIQUES

L'assurance a réglé depuis longtemps le vieux problème de la sécurité des biens et des personnes. Elle contribue au financement de l'économie en distribuant ses excédents de ressources aux agents économiques qui les investissent. C'est pour cela qu'elle fait partie du groupe des investisseurs institutionnels. Face à tous ces avantages, l'on serait tenté de s'écrier « Ah l'assurance, quelle judicieuse invention ! ».

¹² STRULOVICI Interview in Revue Risque n° 16 op cit - p. 71 à 76

Mais par un effet pervers, les avantages sus-indiqués peuvent et deviennent malheureusement des inconvénients. Ainsi l'assureur ne peut s'empêcher, au vu du mécanisme de l'assurance, de penser : « Oh là là, quel ingénieux instrument de fraude ! ».

Cet instrument se caractérise par l'importance de la présomption de bonne foi dans les rapports assureurs-assurés qui empêchent de soupçonner systématiquement les assurés.

Parfois, c'est le libellé, la complexité ou la diversité et l'étendue des garanties du contrat qui favorisent la fraude, parce qu'ils sont conçus en ne tenant pas compte de la fraude. Parfois même, c'est des augmentations continuelles de primes qui peuvent inciter certaines formes de fraude car cette politique peut donner des résultats contraires à ceux visés. Elles peuvent par exemple exciter les assurés à vouloir récupérer ou négocier une franchise avec un intermédiaire.

Comme autre facteur contribuant à la croissance de la fraude, on peut citer l'absence de sélection des risques dans un marché plus ou moins concurrentiel. A ce facteur, il faudrait ajouter l'absence de visite (inspection) systématique des risques pour s'assurer de leur existence et de leur conformité aux déclarations du proposant. Ce défaut d'inspection resurgit au moment du sinistre puisque les enquêtes après sinistre ne sont pas systématiques.

Un facteur non négligeable est la politique d'expansion des compagnies d'assurances qui recrutent des collaborateurs sans formation à qui elles confient les tâches de souscription et de règlement (dans les points de souscription délocalisés ou régionaux).

D - AUTRES CAUSES

On peut retenir comme autres causes de la fraude :

- Les règlements de sinistres jugés trop généreux ou tardifs qui peuvent inciter certains assurés à exagérer l'importance du dommage, voir à en inventer,
- L'indulgence générale des magistrats à l'égard des fraudeurs et la faiblesse des peines prononcées par les tribunaux,
- Les chaînes de fraudeurs sont parfois mieux organisés que les compagnies d'assurances et surtout il est connu des assurés que les assureurs ont des difficultés à mener les enquêtes lorsqu'ils ont des doutes sur la déclaration de sinistre.
- Le souci des assureurs de transiger au lieu de pousser les choses sur le terrain de la justice pénale. Il n'y a donc pas de recherche de l'exemplarité et de nombreux assurés peuvent croire qu'il n'y a pas de pénalités à donner de faux renseignements à l'achat d'une couverture d'assurance par exemple.

Les causes objectives sont d'ordre économique, morale, sociale, technique ou liées à l'environnement de la société d'assurances ; en ce qui concerne les causes subjectives, elles sont autant d'arrières pensées qui entourent la profession d'assureur.

§ 2 - LES CAUSES SUBJECTIVES DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Il y a tout d'abord le fait que l'assureur camerounais est victime du syndrome de la vache à lait. On pense qu'il a beaucoup d'argent et il faut le « sucer » ; l'assurance est faite pour payer, il faut qu'elle paie toujours et on facilitera les choses à tous les niveaux pour que l'assureur paie.

Il y a ensuite le phénomène d'accoutumance aux prestations : chaque sinistre déclaré a toujours donné lieu à un règlement. On peut donc multiplier les demandes d'indemnisation à volonté.

Il y a enfin d'autres causes qui sont dû au fait :

- Que les assurés pensent que les assureurs ne sont pas honnêtes et veulent prendre leur revanche par une demande d'indemnité qui n'est pas due,
- Que les assureurs font trop de profit,
- L'assuré pense qu'il est dans un système de faux et fraude parce que les autres le font.

Voilà recensées les causes de la fraude à l'assurance ; elles ne sont pas stables dans la mesure où la fraude évolue au rythme de la dynamique sociale.

Il faut désormais rechercher qui est fraudeur à l'assurance au Cameroun.

SECTION III - LE FRAUDEUR A L'ASSURANCE

Tout le monde fraude à l'assurance, en exagérant un petit peu, du foetus au vieillard. Ceci sans distinction de sexe, de profession, de classe sociale, de race et de religion. On en dénombre plusieurs types (§ 2) alors qu'il est difficile si non impossible de dresser un profil type du fraudeur à l'assurance au Cameroun (§ 1).

§ 1 - PEUT-ON DRESSER UN PROFIL DU FRAUDEUR A L'ASSURANCE AU CAMEROUN ?

Assurément non parce que cette démarche est à priori vouée à l'échec.

Tout d'abord parce qu'on risque de négliger le dossier de tous les fraudeurs qui n'entrent pas dans le profil -type.

On sait que la fraude est un phénomène essentiellement évolutif. Les fraudeurs naissent tous les jours et mettent leur imagination à profit pour concevoir de nouvelles « techniques » de fraude. Il ne faudrait donc pas cantonner l'assureur à un profil figé, tout demandeur à l'assurance étant un fraudeur en puissance.

Ensuite, le fait d'appartenir à une catégorie socio-professionnelle est un indice insuffisant pour qualifier une population de fraudeurs. Comme le note fort remarquablement Martial PONCOT¹³ dans une population très majoritairement de bonne foi, quelques éléments vont chercher à trahir la confiance que l'assureur a en eux et cela quel que soit leur âge, profession, catégorie professionnelle et lieu de domicile ».

Un profil type est cependant un bon indicateur car il peut permettre dès la déclaration de risque ou de sinistre de déceler une situation anormale.

Deux enquêtes¹⁴ ont par ailleurs permis de constater que parmi les fraudeurs, les femmes, les enfants et les adolescents représentent une minorité. Les mêmes enquêtes confirment le fait que pour commettre une fraude à l'assurance, il faut bien connaître son assureur, sa politique de souscription et de règlement.

Ces données ne sont pas absolues et n'infirmement en rien la difficulté qu'il y a à dresser un profil-type du fraudeur à l'assurance au Cameroun. Cette difficulté est davantage compliquée par la diversité de types de fraudeurs à l'assurance que l'on peut identifier.

§ 2 - LES TYPES DE FRAUDEURS A L'ASSURANCE

La volonté de retirer un profil illégitime de l'assurance peut être le fait de l'assuré agissant seul ou entouré de complices, ça peut être le fait d'un tiers ou du personnel de l'entreprise d'assurance.

Une étude du CAPA « Fraude et antifraude à l'assurance » a identifié trois types de fraudeurs auxquels Mr PONCOT¹⁵ y ajoute deux. Nous voulons faire nôtre cette classification. Ce sont, par ordre d'intention criminelle.

1) L'escroc ou fraudeur professionnel

C'est un spécialiste du profit illégitime. L'assurance est un moyen parmi d'autres (vols, recels, fraudes fiscales) pour vivre au dépend d'autrui. Le coût de ses agissements est élevé et le « démoulage » de l'opération par l'assureur est long et nécessite des enquêtes pointues.

Au Cameroun, les chaînes de trafiquants organisés font partie de cette catégorie.

2) Le larron ou fraudeur occasionnel

Ce dernier souscrit son contrat d'assurance sans préméditation et respecte le proverbe « l'occasion fait le larron ».

3) L'artisan

Celui-ci n'a ni le côté organisé du professionnel ni la préméditation.

¹³ PONCOT (M) La lutte contre la fraude à l'assurance op cit p. 105

¹⁴ GREMONT (M) « La fraude et antifraude à l'assurance » - Juillet 1986 n° 2 cité par PONCOT (M)

¹⁵ PONCOT (M), La lutte contre la fraude à l'assurance, op cit p. 105

4) Les bons conseillers

Ils provoquent ou participent à la fraude et leur responsabilité devrait être la même que celle de l'assuré fraudeur.

Au Cameroun, ces « bons conseillers » sont constitués :

- Des intermédiaires classiques, agents généraux, bureaux directs, courtiers, les agents d'affaires
- Des forces de l'ordre dont les procès verbaux sont de plus en plus contestés,
- Les médecins qui participent à la fraude tantôt pour leur propre compte, tantôt pour aider un patient,
- Des magistrats qui sont à l'origine de la flambée des indemnités,
- Des avocats et des experts et les garagistes qui sont en collusion avec l'assuré etc.

5) Les receleurs de « bonne foi »

Ceux-ci se caractérisent par leur diversité et proposent des couvertures défiant toute concurrence. C'est le cas de certains bureaux directs, agents généraux et courtiers.

Cette recherche de la personnalité du fraudeur telle que analysée classiquement est limitée. Elle ne s'intéresse pas à la fraude interne qui peut être organisée par les employés de la compagnie d'assurances.

Au Cameroun, cette forme de fraude consiste à conseiller un ami sur la démarche lui permettant d'obtenir le maximum d'argent de l'assureur ou dans un cas plus flagrant à « monter » un dossier sinistre avec un ami assuré et à rechercher à en retirer le meilleur profit. Sur ce plan, on doit faire la différence entre les fraudes subalternes et les montages plus habiles, plus ambitieux réalisés par des cadres, si non par les dirigeants d'entreprise même si dans cette hypothèse, il ne s'agira que de cas exceptionnels.

Ces préalables à l'étude de la fraude permettent de déboucher sur les manifestations de ce fléau qui se situent aux deux pôles de l'opération d'assurance : à la souscription et lors du sinistre. Il convient de commencer par la fraude dite en aval du contrat d'assurance c'est à dire à la souscription.

CHAPITRE 1 - LA FRAUDE LORS DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE

L'activité principale de l'assureur est de garantir l'assuré contre un risque auquel est exposé sa personne ou ses biens. Le risque détermine le calcul de la prime et lorsqu'un sinistre est survenu, on dit que le risque s'est réalisé. Selon une démarche qui est traditionnelle dans la formation du contrat d'assurance, le souscripteur ou l'assuré selon le cas doit porter à la connaissance de l'assureur le risque qui est objet de la garantie demandée (section 1). C'est au cours de l'accomplissement de cette importante obligation contractuelle dite « déclaration des risques » qu'il peut avoir « travestissement conscient » des faits par l'assuré en vue de fausser l'opinion de l'assureur (section 2).

SECTION 1 - LE RISQUE SOUSCRIT PAR L'ASSUREUR ET L'OBLIGATION DE DECLARATION

Notion centrale de l'opération d'assurance, le terme risque mérite d'être précisé (§ 1). Des obligations s'imposent à l'assuré en vue de la « détermination »¹⁶ des risques assurés tant à la conclusion du contrat (§ 2) qu'en cours de contrat (§ 3).

§ 1 - LA NOTION DE RISQUE

Le mot risque est susceptible de plusieurs acceptions (A). Pour être assurable, il doit remplir deux conditions (B).

A - DEFINITION

Le mot risque peut être défini de trois manières¹⁷. Ce sont le risque-événement, le risque objet et le risque dommage.

1) Le risque événement

Le risque événement est l'éventualité d'un événement aléatoire. Par exemple le vol, l'incendie, l'accident, la responsabilité civile. C'est l'événement fait générateur du sinistre.

2) Le risque objet de la garantie

C'est l'élément du patrimoine, l'activité ou la personne menacée par le risque événement, et auxquels s'appliquent la garantie : par exemple « le risque simple » pour désigner une habitation ou « le risque industriel » pour désigner une usine.

3) Le risque dommage

C'est le dommage causé par le sinistre. L'on désigne souvent sous l'expression « exclusion de risques », certains dommages non garantis.

¹⁶ LAMBERT FAIVRE (Y) - Droit des assurances, 8^e Edition, Paris, précis Dalloz 1992, 775 pages, p. 207

¹⁷ LAMBERT FAIVRE (Y) - Droit des assurances, op cit p. 256

B - CONDITIONS D'ASSURABILITE D'UN RISQUE

Etant « l'objet même du contrat »¹⁸ d'assurance, le risque doit remplir deux conditions pour être assurable.

Il doit être techniquement et légalement assurable.

1) Exigence d'un risque techniquement assurable

Pour être assurable, le risque doit être possible. C'est à dire susceptible de se réaliser. On ne peut pas assurer un événement impossible, par exemple l'assurance de la survie d'une personne à 200 ans.

Le risque doit être aléatoire. Cette incertitude affecte soit la réalisation de l'événement assuré lui-même, soit la date de survenance d'un événement lui-même certain.

Le risque ne doit pas dépendre de la volonté exclusive de l'assuré. Le sinistre volontaire n'est pas assurable car il s'agit d'un fait intentionnel commis avec la pleine connaissance de ses conséquences.

La dernière condition pour qu'un risque soit techniquement assurable est qu'il soit tarifiable. Pour tarifier un risque, il faut connaître la fréquence et le coût moyen de sa réalisation.

2) Nécessité d'un risque légalement assurable

Le risque assuré doit être licite et l'objet du contrat ne saurait être contraire à l'ordre public. La loi interdit l'assurance des conséquences pénales d'activités immorales et délictueuses. Elle interdit également l'assurance des risques dont l'objet est contraire aux bonnes mœurs. Il faut souligner dans le cadre de l'ordre public que des amendes ne sont pas assurables.

Lorsqu'un risque remplit ces deux conditions d'assurabilité, il doit être porté à la connaissance de l'assureur par le demandeur d'assurance qui doit le décrire dans ses caractéristiques et antécédents. C'est la déclaration des risques qui est une obligation du preneur d'assurance.

§ 2 - L'OBLIGATION INITIALE DE DECLARATION DES RISQUES

Cette obligation de déclaration des risques trouve sa justification dans la nécessité de fournir à l'assureur les informations qui constituent le préalable indispensable à sa double décision d'accepter ou non la couverture du risque proposé et de fixer le montant de la prime.

Nous allons évoquer l'objet de cette déclaration (A) et sa forme (B).

A - OBJET DE LA DECLARATION

Les circonstances à déclarer peuvent être objectives ou subjectives.

¹⁸ LAMBERT FAIVRE (Y) - Droit des assurances, op cit, p. 206

1) Les circonstances objectives

Ce sont celles qui tiennent à « l'objet » même du contrat et permettent à l'assureur de mesurer la possibilité et l'intensité du risque et le tarifier en conséquence.

Le contenu général de ces informations portera :

- Dans les assurances de choses : sur la description du bien (immeuble, meubles, matériels, marchandises etc), de sa situation, de son environnement, des activités industrielles, agricoles, commerciales, de loisirs auxquelles il contribue, de son état d'entretien, des moyens de protection contre l'incendie, le vol etc...
- Dans l'assurance de personnes : sur l'état civil du proposant, ses activités professionnelles et de loisir, son état de santé, les régimes sociaux auxquels il est affilié, etc.
- Dans les assurances de responsabilité : sur l'activité industrielle, commerciale, agricole, de la vie privée, contre les conséquences dommageables de laquelle le proposant veut se protéger. Et dans tous les cas, sur les antécédents : sinistres antérieurs, parfois condamnations pénales, disciplinaires.

2) Les circonstances subjectives

Ce sont celles qui concernent la personne même de l'assuré, « sujet » du contrat. On cherchera à se renseigner sur l'existence d'une assurance pour le même risque, si l'assuré a déjà fait l'objet des résiliations auprès d'une autre compagnie, s'il s'est vu retirer son permis de conduire à l'occasion d'accidents automobiles antérieurs etc.

Ces déclarations vont permettre à l'assureur de « tester » la moralité et le sérieux de l'assuré et détermine son acceptation de le couvrir en assurance.

B - FORME DE LA DECLARATION

Aux termes de l'article 12 (2) du code des assurances, l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ». Désormais, le proposant n'a que l'obligation de répondre aux questions posées par l'assureur et la déclaration des risques se fait sur la base du questionnaire élaboré par l'assureur. Les assureurs ont donc intérêt à rédiger de manière exhaustive et précise leur questionnaires puisque s'ils omettent une question même sur son aspect important du risque, l'assuré ne sera pas en faute. Ce questionnaire doit être d'autant plus précis que le législateur CIMA a lancé une mise en garde à l'article 7 : « lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit, 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 ».

Pour le moment, on doit s'en tenir à deux choses :

- que la seule obligation du proposant consiste à répondre aux questions posées par l'assureur, sous quelque forme qu'elles le soient,

- que lorsque ces questions sont posées par écrit, notamment sur un formulaire, les réponses aux questions claires doivent être précises.

Les circonstances du risque qui ont donné lieu à la déclaration du proposant dans la phase pré-contractuelle peuvent être évolutives au point de créer un déséquilibre entre les obligations de l'assureur et la prime. Ces modifications appelées aggravations du risque initial doivent être portées à la connaissance de l'assureur par l'assuré.

§ 2 - L'OBLIGATION DE DECLARATION EN CAS D'AGGRAVATION DU RISQUE

L'article 12(3) du Code des Assurances fait obligation à l'assuré « de déclarer en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveau et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur » dans le questionnaire initial. IL y a donc deux situations à envisager :

- l'aggravation du risque : c'est-à-dire une intensification de sa probabilité de réalisation., par exemple en incendie, la vulnérabilité des biens assurés peut-être accrue par la création à leur proximité d'activités incitatrices ou dangereuses,
- la création d'un risque nouveau, tellement différent du précédent, objet des prévisions des parties, devenant étranger à la définition contractuelle.

La distinction entre ces deux situations a donné lieu à d'importantes controverses en jurisprudence et en doctrine en France. Nous n'entrerons pas dans ce débat, notre préoccupation étant de savoir ce que l'assuré doit faire en présence de circonstances nouvelles.

A - LA DECLARATION A L'ASSUREUR

Le Code CIMA en son article 12 (3) dispose que ces circonstances doivent être déclarées par l'assuré au moyen d'une lettre recommandée ou contresignée dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance. Ce texte est novateur à plusieurs égards¹⁹. Tout d'abord, en ce qui concerne le délai de déclaration. L'article 17 de la loi de 1930 prévoyait la déclaration préalable lorsque l'assuré voulait prendre l'initiative d'aggraver les risques et un délai maximum de huit jours pour y procéder lorsque les risques étaient aggravés de son fait. Le Code CIMA supprime la déclaration préalable et institue un délai uniforme de quinze jours à partir du moment où l'assuré a eu connaissance de la circonstance nouvelle.

Outre le rallongement du délai, le nouveau texte étend cette obligation de déclaration des circonstances nouvelles. Le système de la loi de 1930 imposait à l'assuré de ne déclarer que les circonstances nouvelles spécifiées dans la police et ayant pour conséquence d'aggraver les risques. On peut penser dès lors que l'assuré n'était pas obligé de déclarer les circonstances non spécifiées dans la police, même si elles aggravaient le risque.

La nouvelle disposition n'impose plus que les événements à déclarer aient été spécifiées dans la police.

¹⁹ Voir à ce sujet les commentaires de BOKALLI (V.E), le nouveau droit du contrat d'assurance des états membres de la CIMA, LEX LATA, 15 Février 1995, p. 11 à 17, p. 12

B - LES REACTIONS DE L'ASSUREUR

L'article 15 du Code CIMA précise qu'en cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contacté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté, soit de dénoncer le contrat en remboursant la fraction de prime non courue, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Il est ainsi donné à l'assureur qui ne peut imposer la suppression d'une aggravation de risque la possibilité de rétablir l'équilibre du contrat en optant entre trois décisions. Il peut résilier le contrat si le risque dépasse désormais les limites de la garantie qu'il peut accepter dans son portefeuille. L'assureur peut aussi proposer un nouveau taux de prime qu'il négocie avec l'assuré, ce dernier ayant la latitude d'accepter ou de refuser. L'assureur peut enfin maintenir le contrat sans surprime soit que l'aggravation soit minime, soit pour des raisons commerciales.

La détermination du risque assuré se fait à travers ces différentes déclarations (à la conclusion et en cours de contrat). L'assuré ou un tiers peut user de cette obligation de renseignements pour commettre d'énormes irrégularités au préjudice de l'assureur qui acceptera un risque dénaturé de suite de fausses déclarations ou de réticences.

Examinons en quoi consiste les manipulations frauduleuses du contrat d'assurance à la souscription.

SECTION 2 - LES MANIPULATIONS FRAUDULEUSES DU CONTRAT D'ASSURANCE A LA SOUSCRIPTION

A la souscription, le fraudeur utilise le contrat d'assurance en omettant de déclarer un fait connu de lui (réticence) ou en faisant une fausse déclaration intentionnelle à l'assureur. Ces fraudes à l'assurance peuvent revêtir plusieurs formes. Nous nous limiterons dans ce travail aux formes principales (§ 2). Avant d'y arriver, il conviendrait d'essayer de rechercher les motifs qui peuvent amener le candidat à l'assurance ou un tiers à tromper l'assureur sur les circonstances du risque (§ 1).

§ 1 - LES OBJECTIFS VISES PAR LE FRAUDEUR AU MOMENT DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE

En dissimulant certains éléments du contexte contractuel, l'assuré et/ou le tiers fraudeur cherche à fausser l'opinion de l'assureur sur l'appréciation du risque en vue d'obtenir une prime inférieure au coût statistique réel du risque (A), contourner un refus éventuel d'assurer de l'assureur (B), préparer une fraude ultérieure lors du sinistre (C) ou faire garantir un risque déjà sinistré. (D)

A - LA MINORATION DE LA PRIME

La prime d'assurance ne présente techniquement le coût de la garantie des risques. Sa fixation est librement déterminée par les parties²⁰ mais techniquement, les risques sont appréciés par des critères statistiques qui permettent d'établir la tarification. Pour que la prime soit juste, il faut que le taux de prime applicable au contrat soit correctement calculé et que les capitaux qui constituent l'assiette de la prime correspondent à la valeur du bien. C'est en fait sur l'un ou l'autre de ces deux paramètres qu'en faussant l'opinion de l'assureur l'assuré pourra obtenir une prime minorée. Il fera appliquer au capital assuré un taux de prime qui n'est pas le taux propre du risque à garantir.

L'assurance automobile est révélateur de ce phénomène. Les critères de tarification sont les suivants : l'usage du véhicule, ses caractéristiques, la zone géographique de circulation, les caractéristiques du conducteur habituel, le statut socio-professionnel et les antécédents. Ces différents critères permettent une modulation de la prime en fonction du risque. Pour les connaître, l'assureur est fortement dépendant des renseignements que lui fournit le souscripteur. Si celui-ci est de mauvaise foi, il peut faire une déclaration erronée ou une omission en vue de déclarer le risque pour le faire couvrir dans une catégorie où la prime est plus faible. Ces pratiques sont un « sport de masse » en assurance automobile. Ce sera par exemple le déclassement de la zone habituel de circulation, le mensonge sur la sinistralité antérieure etc.

Un garagiste avait omis volontairement de déclarer la présence dans son garage de 2 000 litres d'essence en fûts et avait acquitté de ce fait, un tarif de 1,15 ‰, au lieu de 2,30 ‰. L'opération se passait ainsi :

Valeur assurée 50 000 000 FCFA

Tarif appliqué $50\,000\,000 \times 1,15\text{ ‰} = 57\,500$

Tarif applicable $50\,000\,000 \times 2,30\text{ ‰} = 115\,000$

Soit un manque à gagner pour l'assureur de 57 500 FCFA ce qui à priori ne représente rien. Mais une somme de fausses déclarations de ce genre (50 par exemple) donnerait une perte de $57\,500 \times 50 = 2\,875\,000$ FCFA

B - CONTOURNER UN EVENTUEL REFUS DE COUVERTURE PAR L'ASSUREUR

Pour accepter un risque dans son portefeuille, l'assureur tient compte à la fois de sa politique générale (audacieuse ou non, selective ou pas), de ses fonds propres et de sa capacité de réassurance. Il peut donc refuser des risques soit parce qu'il ne les pratique pas, soit parce qu'ils ne sont pas bons ceci eu égard à sa politique d'acceptation et de souscription soit enfin parce qu'il ne dispose pas d'une mutualité suffisante pour dégager un tarif. Pour prévenir le refus de l'assureur de couvrir un risque, « l'assuré-menteur » va jouer sur l'un des éléments qui détermine l'acceptation du risque par l'assureur. En assurance automobile, il pourra mentir sur ses antécédents. En incendie, ce sera par exemple sur l'usage du local, sur les moyens de prévention. Il s'agira très souvent dans cette hypothèse de demander la coopération d'un ou de plusieurs employés de la compagnie d'assurance en vue de se renseigner sur la politique de souscription- maison.

²⁰ FAVRE ROCHEX (1) - Le Droit du contrat d'assurance, op cit p. 65

C - ORGANISER UN GAIN INDU A FAIRE VALOIR LORS DU SINISTRE

L'assuré peut dès la souscription préparer une fraude qu'il fera valider lors d'un sinistre ultérieur. Pour y parvenir, il va dès la souscription s'assurer pour une valeur supérieure à la valeur réelle du bien. Il peut aussi prendre des garanties auprès de plusieurs assureurs en vue de couvrir le même risque. Ces deux cas sont parfois des actes préparatoires à un sinistre volontaire notamment lorsqu'il y a mauvaise foi. A défaut de sinistre volontaire, l'espoir d'un gain indu n'est pas à écarter puisque même en cas de sinistre « normal » l'assuré va être indemnisé pour une valeur supérieure à la valeur réelle du bien ou recevoir des assureurs plusieurs indemnités.

D - FAIRE GARANTIR UN RISQUE DEJA REALISE

Un sinistre peut survenir alors que la garantie de l'assureur n'est pas acquise ceci soit parce que le contrat a été suspendu ou alors non renouvelé soit parce qu'il s'agit d'une garantie annexe que le souscripteur n'avait pas demandé à couvrir. Il va essayer « d'harmoniser le contrat d'assurance avec le risque réalisé »²¹. L'assuré va dans cette situation chercher à prendre une assurance ou à demander une extension de garantie et déclarera quelque temps après un sinistre comme relevant du contrat. C'est dans ce genre de fraude que la collusion entre en jeu, l'intermédiaire ou l'employé du service production va lui venir en aide en faisant une attestation d'assurance anti-datée (cas de l'assurance automobile) ou en manipulant la date d'expiration de la police d'assurance dans un sens favorable à son « ami ».

On a ainsi identifié un assuré qui était venu souscrire un risque incapacité alors qu'il avait déjà été indemnisé par une autre compagnie.

Les motifs d'une déclaration frauduleuse de risque sont certainement plus nombreux que ceux que nous avons recensés. Les voies empruntées par le fraudeur pour mettre en exécution son projet sont autant nombreux. Nous pouvons dès à présent examiner quelques formes type.

§ 2 - LES FORMES DE FRAUDE A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Les formes de fraude à la souscription sont nombreuses et de nouvelles formes peuvent naître au gré de l'imagination des auteurs de fraudes. Nous examinerons les principales formes en faisant la distinction entre celles qui sont perceptibles en assurance de dommages et les formes de fraude à la souscription en assurance de personnes (B).

A - ENIARD

L'assurance dommages offre au fraudeur potentiel un champ d'action vaste à la souscription. Ce sont l'assurance des biens inexistants, la surassurance frauduleuse, les fausses déclarations et dissimulations des faits, les assurances cumulatives de mauvaise foi et l'assurance des risques réalisés. On peut les analyser en détail.

²¹ REVOL(S) Déclarations frauduleuses de risque et de sinistre en assurance IARD, op cit p. 91

1) Fausse déclarations et dissimulations des faits

On l'a dit, l'assureur est subordonné aux renseignements que le souscripteur doit lui fournir lors de la déclaration des circonstances du risque. Utilisant cette dépendance, réticences et fausses déclarations (mensonges) sont utilisées par « l'assuré-menteur » en vue d'obtenir une tarification avantageuse ou tout simplement en vue d'obtenir la couverture d'un risque aggravé ou que l'assureur n'aurait pas accepté s'il avait été correctement déclaré.

Les voies empruntées sont alors :

- Une information imparfaite à la souscription : Il n'y a pas de réticence ici mais plutôt fausse déclaration intentionnelle.

En assurance automobile par exemple, ce sera le fait de faire une fausse déclaration concernant le conducteur habituel, les antécédents, l'usage, etc...

- Une information incomplète sur les circonstances du risque.

En assurance vol par effraction, l'assuré peut s'abstenir d'informer l'assureur sur le dysfonctionnement des moyens de sécurité ou sur le fait que l'habitation objet de la garantie reste inoccupée pendant une période de l'année.

On peut recenser plusieurs autres formes de mensonges de l'assuré à ce stade de la vie du contrat.

- Fausse déclarations sur l'existence des moyens de prévention et sur la superficie en assurance incendie.

- Dissimulation du chiffre d'affaires et du nombre de salariés en assurance de responsabilité civile chef d'entreprise.

En assurance de marchandises stockées, mauvaise évaluation des valeurs et des quantités etc...

2 - La surassurance frauduleuse

C'est l'un des types de fraude où l'assuré organise dès la souscription un gain ultérieur²². Il augmente délibérément la somme assurée dans le but d'encaisser une indemnité plus importante que celle à laquelle il a normalement droit. Essayons de démontrer le mécanisme. En effet, certaines assurances comportent une « valeur d'assurance déterminable » c'est-à-dire qu'elles portent sur des choses dont la valeur peut être appréciée à l'avance. Exemple : la valeur d'un immeuble à assurer en incendie ou la valeur du mobilier d'une habitation etc... La plupart des assurances de choses sont des assurances à valeur déterminable mais aussi certaines assurances de responsabilité qui ont une valeur déterminée comme l'assurance des risques locatifs ordinaires. La surassurance intervient lorsque dans un contrat d'assurance à « valeur déterminable », la valeur en est déclarée intentionnellement pour une somme supérieure à la valeur réelle de la chose assurée. Il y a fraude ici car l'assurance a été contractée dans l'espoir de réaliser un profit lors du sinistre. Pour réaliser son forfait, il suffira à l'auteur de la fraude de déclarer de fausses données sur la proposition d'assurance.

²² REVOL (S) Déclarations frauduleuses de risque et de sinistres en assurance IARD, op cit P. 28

3) Les assurances cumulatives de mauvaise foi

L'assuré peut avoir souscrit plusieurs contrats couvrant un même risque. Cela est fréquent dans le cas des formules dites multirisques dans lesquelles certaines garanties peuvent faire double emploi avec d'autres contrats souscrits par ailleurs. Qu'est-ce qu'une assurance multiple cumulative ? En quoi peut-elle être frauduleuse ?

a) Notion d'assurance multiples cumulatives

Il y a assurance multiples cumulatives lorsqu'un même objet est garanti simultanément par deux ou plusieurs assurances contre le même risque et pour le même intérêt, au-delà de sa valeur réelle.

- L'indentité d'objet implique que les diverses assurances portent sur une même chose déterminée et individualisée (un immeuble, une voiture, un mobilier) ou une même responsabilité. Si l'objet de la garantie est différente, il n'y a pas d'assurance cumulative.

- L'indentité de risque c'est-à-dire d'événement aléatoire générateur de risque qui doit être combinée avec l'identité d'objet²³.

- L'indentité d'intérêt suppose que c'est le même intérêt d'assurance qui fonde deux assurances même si elles sont conclues par des souscripteurs différents.

- La pluralité d'assurances constitue une condition fondamentale pour qu'il y ait assurance multiples cumulatives.

- La simultanéité des contrats et des périodes de garantie est l'autre condition.

- Enfin, si l'une des assurances n'est que complémentaire de l'autre, il n'y a pas cumul car il faudrait qu'il y ait un cumul de garantie qui ne va pas au-delà de la valeur réelle du bien.

b) La mauvaise foi dans les assurances cumulatives

Il faut qu'elle soit préméditée c'est-à-dire que l'intention dolosive doit avoir présidé à la souscription du contrat. Cette forme de fraude est très développée de nos jours et est souvent un signe annonciateur d'une simulation ou d'un sinistre volontaire.

En fin de compte, l'assuré qui dissimule volontairement l'existence d'autres assurances dans le but d'être indemnisé plusieurs fois est dans la même situation que dans le cas de la surassurance frauduleuse. Il travestit ou dissimule les faits pour capter une indemnité.

²³ LAMBERT-FAIVRE (Y) Droit des assurances op cit p. 341

4) L'Assurance des biens inexistants

L'assurance des biens inexistants est la forme d'escroquerie à ciel ouvert où l'assuré est véritablement à la recherche d'un gain indu. Fortement imprégné de la politique de souscription de l'assureur, il remplira tout simplement la proposition d'assurance, conforté dans sa manoeuvre par le fait que l'assureur souscrit les risques assis derrière le bureau sans vérification préalable. Ce genre de fraude est souvent organisé par des professionnels évoluant avec une chaîne de complices (service des transports, polices, employés des compagnies d'assurances etc...).

L'assurance des cartes grises est une belle illustration de cette assurance de biens inexistants. L'auteur de cette fraude se fait établir la carte grise portant les caractéristiques d'un véhicule qui n'est visible nulle part. Par la suite, il se présente devant une ou plusieurs sociétés d'assurances pour souscrire un contrat automobile assorti de la garantie vol auto. Cette supercherie connaîtra son aboutissement lors d'une ou de plusieurs déclarations de sinistres et si l'assureur arrive à discuter la prise en charge de ce sinistre, il se trouvera en difficulté face à la chaîne des fraudeurs qui sont en collusion et qui sont parfois mieux organisés que lui.

5) L'Assurance d'un risque réalisé

La mise en oeuvre de cette fraude suppose que lors d'un sinistre, le risque qui se réalise n'est pas prévu dans un contrat valable de l'assureur. Il peut en être ainsi à cause d'une suspension de garantie pour non-paiement des primes, à causes d'exclusions conventionnelles ou légales de risques, à cause d'une nullité du contrat ou tout simplement un cas de non assurance. En présence d'une telle situation l'auteur de la fraude va s'assurer afin de se faire indemniser sur la base du contrat ainsi souscrit. La démarche va consister à recourir à un complice intéressé (intermédiaire ou employé) qui lui fera délivrer une couverture antidatée moyennant une rémunération de sa participation qui est généralement un pourcentage de l'indemnité au cas où la manoeuvre connaissait son aboutissement. Le tour est ainsi joué.

On pourrait multiplier à souhait les formes de fraude à la souscription en IARD. Malheureusement nous n'avons ni le temps ni la prétention de les épuiser dans le cadre de ce travail. Les formes de fraude à souscription dans les assurances de personnes présentent quelques particularités, il ne serait pas inutile de les recenser.

B - EN ASSURANCE DE PERSONNES

Il n'est pas possible de faire une analyse complète et exhaustive de ce vaste phénomène à ce niveau de notre étude qui a par ailleurs fait l'objet de publications détaillées²⁴. Nous nous limiterons aux deux formes types que sont la fraude sur la prime et l'organisation d'un gain indu.

²⁴ MUNICH RE, L'escroquerie dans l'assurance des personnes 36 pages et SCOR VIE La fraude en assurance Vie op cit 48 pages

1) La fraude sur la prime

Elle n'est pas différente fondamentalement de celle qui consiste à dissimuler les circonstances objectives et subjectives du risque et à faire de fausses déclarations en IARD. Afin d'éviter l'application d'une surprime pour risque aggravé ou pour être classé dans une classe de risque inférieure, le souscripteur livre des informations erronées sur son état de santé ou sur sa situation professionnelle. Avec le développement de la pandémie du SIDA, on va assister à une floraison de ce genre de déclarations ou de personnes connues d'être atteintes de maladies mortelles vont soumettre à la garantie de l'assureur des risques tarés. La tromperie sur les faits ira grandissante si une sélection plus rigoureuse n'est pas adoptée dans la branche.

2) L'organisation d'une appropriation induite de la prestation de l'assureur au moment du sinistre

Ces actes préparatoires manifestes²⁵ sont des calculs faits dès la souscription en vue d'obtenir un gain si le sinistre venait à se réaliser. Ce sont la surassurance frauduleuse et le cumul d'assurance. Ces notions pourraient paraître assez barbares en assurance de personnes dont les bases reposent sur le principe forfaitaire et où les sommes assurées sont librement fixées par le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire pouvant cumuler les indemnités dues par plusieurs assureurs et même celle due par un éventuel responsable. En assurance de personnes, ces agissements doivent être compris comme des indices d'une fraude ultérieure (sinistre fortuite, simulée ou provoquée) car les fraudes ont tendance à augmenter avec l'importance des garanties.

On doit relever que la tentation de faire courir un risque réalisé n'est pas toujours absente en assurance de personnes car un assuré peut rechercher une deuxième indemnité auprès d'une deuxième compagnie d'assurances alors que son risque invalidité ou incapacité a fait l'objet d'une première indemnisation. Il peut aussi arriver que le souscripteur prenne une assurance sur la tête d'une personne qui n'est plus vivante. Un tel cas est arrivé lorsqu'un employé licencié par son employeur (un assureur) avait fait souscrire sur la tête de son père une assurance en cas de mort. Quelques temps après, le souscripteur bénéficiaire déclara le décès de l'assuré de suite de noyade en versant au dossier sinistre toutes les pièces requises. Cette vitesse de production des pièces²⁶ inquiéta les responsables de la compagnie d'assurance qui décidèrent d'ouvrir une enquête. C'est au cours de cette procédure qui conduisit jusqu'au village du prétendu défunt que l'enquêteur de la compagnie découvrit que l'assuré en question était décédé depuis longtemps.

²⁵ MUNICH RE, L'escroquerie dans l'assurance de personnes 36 Pages P. 12

²⁶ Il est reconnu de notoriété publique que l'administration au Cameroun ne peut être à mesure de fournir tous les documents dans un délai très court à cause de la lenteur qui lui est congénitale.

CHAPITRE II - LA FRAUDE LORS DE LA REALISATION DU RISQUE

La réalisation du risque est la survenance du sinistre. L'assureur dès ce moment doit exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat d'assurance. Il ne peut selon les termes de la loi couvrir les sinistres survenus après expiration ou suspension du contrat ou plus globalement en l'absence d'un contrat valable.

Cette belle construction juridique peut cependant être renversée par l'assuré fraudeur ou par un tiers à la recherche d'un profit illégitime en vue de « capter » une indemnité à laquelle il n'a pas droit. Nous sommes alors sur le terrain de l'escroquerie au sens juridique du terme. C'est la fraude en amont qui résultera par exemple d'allégations mensongères confortées parfois par le témoignage de complaisance de tiers (garagistes, médecins, amis, etc...) ou la production de faux éléments destinés à lui fournir force et crédit (fausses factures, plaintes pour vols fictifs...). Les modalités de la fraude à ce stade sont très variées (Section 2). Ce qui reste constant c'est que l'assuré ou le tiers qui fraude utilise abusivement le contrat d'assurance (Section 1). Les pratiques frauduleuses révèlent de nombreux cas et nous retiendrons quelques uns pour illustration (Section 3).

SECTION 1 - LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE

L'obligation principale de l'assuré est de déclarer le sinistre (§.1). Les contrats d'assurances lui imposent diverses initiatives qui ont pour but de maîtriser le montant des pertes (§.2). L'importance de ces obligations à ce niveau de notre étude est de relever que dès cette phase, le régleur de sinistre peut « flairer » des indices de fraudes que l'instruction proprement dite du sinistre confirmera ou infirmera.

§ 1. L'OBLIGATION DE DECLARATION DU SINISTRE

Aux termes de l'article 12(4) du Code des Assurances, l'assuré doit donner avis à l'assureur dès qu'il en a eu connaissance, de tout sinistre de nature à entraîner sa garantie. Cette formalité a pour but de permettre à l'assureur de prendre les dispositions qui s'imposent afin de limiter les dommages ou de vérifier la véracité des faits. Le délai d'une telle déclaration fixé par le contrat ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés dans le cas général. Ce délai est ramené à deux jours en cas de vol et à quarante huit heures en cas de mortalité de bétail.

Cette obligation de déclaration est très justifiée, car c'est l'assureur qui en définitive, devra supporter le poids du sinistre ; il est donc nécessaire qu'il soit prévenu dès que possible afin d'être en mesure de défendre ses intérêts. Aucune forme n'est imposée pour la déclaration mais l'assuré a grand intérêt à pouvoir rapporter la preuve de sa déclaration.

C'est dans ces déclarations que l'assureur commence à déceler certaines anomalies qui peuvent être confortées par ses recherches propres ou par celles d'un expert désigné à cet effet. Il en est ainsi lorsque les déclarations faites à la police et consignées dans le procès-verbal d'accident ne coïncident pas avec celles faites à l'assureur. Dans un dossier sinistre par exemple, c'est la date exacte du sinistre qui faisait problème. Le procès-verbal de la gendarmerie indiquait que le sinistre avait eu lieu le 16 (un dimanche) alors que la garantie de l'assureur n'était plus due. Mais l'assuré avait pu se faire délivrer une attestation d'assurance dès le lundi et soutenait que le sinistre avait plutôt eu lieu le 19.

Dans un autre dossier, c'est le courtier qui gelait une déclaration de sinistre. Il avait décidé de placer l'affaire auprès d'une autre compagnie après expiration du contrat. Mais un sinistre était survenu dans cet intervalle et il voulait se retourner vers l'ancien assureur apparemment plus solvable. Il dû résister anormalement aux correspondances de la compagnie lui enjoignant de déclarer le sinistre.

La déclaration du sinistre est donc une étape cruciale dans la détection des indices de fraudes. Les attitudes et comportements de l'assuré après sinistre peuvent fournir d'autres traces que l'assureur pourra exploiter.

§ 2. ATTITUDES ET COMPORTEMENT DE L'ASSURÉ PENDANT ET APRES SINISTRE

Il est constamment affirmé qu'en cas de sinistre, l'assuré doit se comporter en « bon père de famille ». C'est un principe établi dans certains contrats d'assurance (A) mais l'assuré ou le tiers peut en faire un usage suspect (B).

A - LE PRINCIPE

Pendant et après sinistre, l'assuré doit :

1) Prendre des dispositions à but conservatoire

Dans certaines branches d'assurances comme l'incendie, les pertes d'exploitation, le vol, les contrats d'assurances 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. Il doit ainsi :

En assurance contre le vol, déclarer celui-ci aux autorités, voire déposer une plainte.

En assurance contre l'incendie, prendre toutes mesures de sauvetage des biens qui ne sont pas totalement détruits, limiter l'extension de l'incendie en appelant d'urgence les pompiers etc...

En assurance contre les pertes d'exploitation, prendre des dispositions de nature à réduire au minimum l'arrêt total ou partiel de l'entreprise etc...

Au cours de l'instruction du sinistre, il devra fournir toutes les indications nécessaires au bon fonctionnement de l'expertise; par exemple en assurance incendie, un état estimatif des pertes et toutes les pièces de procédure dans les assurances de responsabilité.

2) Prouver la conformité du risque réalisé au risque couvert

En premier lieu, l'assuré doit établir la réalité des faits constituant le sinistre déclaré. Il doit en outre, faire connaître à la compagnie, les circonstances et les causes du sinistre. Puis, démontrer que la date de survenance du sinistre s'inscrit dans le champ temporel du contrat et enfin sa concordance avec la définition du risque convenu entre les cocontractants. Il peut arriver dès cette étape que l'on constate un écart de comportement de l'assuré par rapport à ces règles essentielles. La société d'assurances ne doit pas rester indifférente.

B - ATTITUDES ET COMPORTEMENTS SUSPECTS

Le problème est vaste²⁷. Nous ferons une étude volontairement sélective de ces attitudes et comportements de l'assuré pendant et après sinistre. Il n'a pour principal objectif que d'apporter un éclairage particulier sur le fait que l'attention du « régleur » ou de l'expert peut être attirée par des gestes et attitudes suspects de l'assuré dès la phase de déclaration de sinistre.

1) En I.A.R.D.

Sans entrer dans les moindres détails, les attitudes et les comportements suivants doivent aiguïser le flair du régleur de sinistre ou de l'expert:²⁸

Avant la survenance du sinistre, on note entre autres :

- passage d'un assureur à un autre sans explication valable ;
- l'information sur les garanties acquises. Ceci afin d'organiser un sinistre qui rentre dans le champ contractuel ;
- la volonté étonnante de payer les primes arriérées ;
- assuré ayant des précédents suspects ;
- extension de garantie ou demande de couverture pour des risques qui n'étaient pas assurés ;
- les sommes assurées sont élevées.

Les circonstances du sinistre pourront révéler d'autres attitudes et faits suspects. Il en sera ainsi lorsqu'il ne sera pas possible d'établir la cause du sinistre ou lorsque tous les documents pouvant justifier les existences auront disparu. Un sinistre survenant quelque temps seulement après la souscription ou le renouvellement de la police peut être un indicateur de fraude ou lorsqu'il y a contradiction entre le procès-verbal établi par les représentants de l'ordre et les déclarations de l'assuré. Il en sera de même lorsque le dispositif de sécurité ou de protection aura été défaillant sans que l'on puisse l'expliquer.

Après la survenance du sinistre, les faits suivants peuvent ne pas être gratuits et constituer des indices de fraude :

- Menaces faites à l'assureur en vue de l'amener à régler. C'est le cas d'un assuré impliqué dans un accident dont il était entièrement responsable. Il menaçait de donner un « contour diplomatique » à « l'affaire » si l'assureur (la SOCAR) ne payait pas l'indemnité dans les 60 jours qui suivaient.

²⁷ Voir à ce sujet MUNICH RE, l'escroquerie à l'assurance, op cit p. 23 et SCOR VIE, la fraude en assurance vie, Octobre 1995, 48 pages, P. 22

²⁸ Nous reprenons quelques indices formulées par les publications de la MUNICH RE et SCOR Vie, op cit P. 22 et 23

- L'assuré fait preuve d'une connaissance étonnante de l'assurance (délais, garanties, procédures, franchises).
- Empressement excessif en ce qui concerne le règlement du sinistre. Un assuré avait proposé la somme de 1.000.000 F.CFA au régleur s'il lui permettait d'être en possession de son chèque avant un prétendu voyage pour l'Europe.
- Attitude conciliante si l'assureur raccourcit les délais de règlement. Un courtier a ainsi menacé l'assureur de l'attirer en justice s'il faisait du « dilatoire » et renonçait à le faire si le règlement intervenait dans les 30 jours.
- Les autres attitudes et faits suspects sont les suivants : hésitation de l'assuré ou du tiers à produire un écrit, présence excessivement fréquente auprès de l'assureur, établissements des pièces et de preuves justificatives dans certaines régions géographiques ou dans une région différente de celle de l'accident, présentation de factures surchargées, fourniture des pièces de procédure dans les délais très courts. C'est le cas d'un ayant-droit qui moins d'une semaine après un accident simulé avait produit à l'assureur toutes les pièces de procédure. Cette célérité avait réveillé l'attention du régleur car l'administration camerounaise dans son fonctionnement quotidien ne permettait d'envisager une telle célérité.

2) En assurance de personnes

La liste des faits suspects relatifs au sinistre en assurance Vie est longue²⁹. Nous n'en retiendrons que l'essentiel :

- Absence de témoins d'un accident (survenu en pleine nuit par exemple).
- Réticence à fournir les documents demandés ou production de pièces justificatives surchargées, raturées, altérées ou de photocopies qui peuvent paraître douteuses.
- Déclaration de sinistre faite à distance.
- Harcèlement anormal pour indemnisation.
- Assuré ayant par le passé soumis au règlement des sinistres suspects ou proposant une transaction peu élevée.
- Manque de proportion entre les causes et les conséquences du sinistre.
- Causes du sinistre indéterminées.
- Documents signés par un médecin dont la complaisance est connue.
- Demande d'informations sur le risque peu avant la survenance du sinistre.
- Sinistre survenu alors que l'assuré ou le bénéficiaire connaît des difficultés financières.

²⁹ SCOR VIE, la fraude en assurance vie, op cit . 22

Cette énumération est loin d'être exhaustive tout comme le sera l'étude des formes de fraude lors du sinistre.

SECTION 2 - LES MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE LORS DE LA DECLARATION DE SINISTRE

Lors de la déclaration de sinistre, les fraudes prennent deux formes principales : l'invention du sinistre et l'usage abusif d'un sinistre réel. Pour les besoins de présentation, nous respecterons le schéma désormais classique dans cette étude à savoir les formes de fraude perceptibles en assurances de dommages (§.1) et les formes de fraude en assurance de personnes (§.2).

§ 1. LES FORMES DE FRAUDE EN ASSURANCE DE DOMMAGES LORS DU SINISTRE

On distinguera le cas où l'assuré « invente » le sinistre (A) de celui où il en fait seulement un usage abusif (B) du sinistre réel :

A - L'INVENTION DU SINISTRE

On parle d'invention de sinistre parce que c'est le fraudeur qui le « crée » soit en le provoquant intentionnellement soit en déclarant un sinistre qui n'est jamais survenu.

1) La simulation du sinistre

C'est le fait de déclarer à l'assureur un faux sinistre c'est-à-dire un sinistre qui n'a jamais eu lieu. C'est l'une des formes d'escroquerie à l'assurance des plus osées car l'intention de s'enrichir est flagrante.

Une affaire a ainsi opposé pendant longtemps un assureur camerounais à son assuré. Les faits sont célèbres. Le nommé « D » était un commerçant de boissons gazeuses et de liqueurs dans une localité non éloignée de DOUALA. Après avoir essuyé une faillite, il continua à exercer son négoce sous la dénomination d'une de ses épouses. Il souscrivit courant 1988 auprès de l'Agent Général de la compagnie d'assurances, une police d'assurance pour couvrir ses marchandises en cas de vol jusqu'à hauteur de 10.000.000 F.CFA.

Le 10 Mai 1989, l'assuré informe l'assureur d'un vol qui aurait été perpétré dans ses magasins et bureaux par des inconnus dans la nuit. Cette première lettre relevait une liste de marchandises prétendument volées. L'attention de l'assureur fut attirée par une facture dont l'en-tête était celui d'un magasin qui avait cessé toutes activités et il dû ouvrir une enquête au cours de laquelle un employé (de l'assuré) déclara que les marchandises avaient été cachées à son domicile par le fraudeur. L'affaire fut portée devant le juge pour tentative d'escroquerie à l'assurance.

En assurance vol automobile, un assuré avait envoyé son véhicule à son frère qui séjournait dans un pays voisin et avait déclaré un vol fictif à l'assureur. Une simple enquête avait suffi à établir la réalité.

2) La provocation intentionnelle du sinistre

L'incendie volontaire est la forme-type de cette escroquerie. L'assuré agit lui-même ou demande le concours d'un tiers. Dans la ville de Douala un incendie fortement douteux avait ravagé la quincaillerie d'un fraudeur reconnu pour de précédents sinistres suspects. Ce dernier prétendait que l'incendie avait une origine électrique mais la Société Nationale d'Electricité était parvenue à démontrer qu'il y avait une interruption de courant dans le secteur pendant toute la journée. Une enquête fut ouverte et il fut démontré que le gardien des lieux avait mis le feu au magasin à la demande de son patron.

Il y a aussi le cas des accidents de circulation provoqués. Les personnes impliquées s'entendent pour produire un dommage de responsabilité civile. La méthode consiste par exemple, à freiner brusquement et l'automobiliste qui suit n'a pas la possibilité de s'arrêter pour éviter la collision.

L'objectif visé est d'aboutir à des dommages matériels aussi élevés que possible afin de se faire réparer le véhicule.

B - L'USAGE ABUSIF DU SINISTRE REEL

C'est le cas où le dommage permet au fraudeur d'obtenir une indemnité sans commune mesure avec le sinistre réel. On parle d'exagération frauduleuse de dommages. Dans l'autre cas, le fraudeur cherche à « forcer » le contrat d'assurance pour se faire indemniser.

1) L'exagération frauduleuse du dommage

Le fraudeur peut saisir l'occasion d'un sinistre pour exagérer le montant des dommages qu'il a subi. L'exagération est frauduleuse lorsqu'elle est faite dans le but d'obtenir une indemnité supérieure à celle que l'assuré était en droit de prétendre. La mauvaise foi se déduit des circonstances de fait, les tribunaux du fond disposent d'un pouvoir souverain d'appréciation en ce domaine.

L'exagération frauduleuse peut résulter de présomptions telles que :

- l'indication dans l'état de perte certifié sincère d'une valeur d'achat supérieure au prix réellement payé ;
- l'importance excessive du montant du dommage dans l'état de perte ;
- la mention des biens qui n'existaient pas ou ne se trouvaient pas sur les lieux du sinistre ;
- la production de fausses factures.

C'est le cas de l'affaire « D » que nous avons cité précédemment. Pour justifier ses pertes, Monsieur « D » avait présenté des factures douteuses soupçonnées d'avoir été falsifiées. Pour la sauvegarde de ses intérêts et de ses droits, la Société d'assurances a sollicité l'intervention d'un huissier pour vérifier l'authenticité de celles-ci.

S'étant transporté en compagnie d'un représentant de la société d'assurances dans les différents magasins supposés avoir vendu les marchandises, l'officier ministériel a constaté que Monsieur « D » avait antidaté toutes les factures envoyées à L'assureur dans le but de surévaluer le montant du préjudice dont il prétendait avoir subi lors du vol en question. C'est un cas typique de l'exagération frauduleuse du montant des dommages.

2) L'ajustement du sinistre aux garanties du contrat d'assurance

a) Transformation d'un dommage non garanti en un sinistre couvert par l'assurance

C'est l'hypothèse où l'assurance n'est pas acquise au moment du sinistre. L'assuré va chercher à prendre une couverture ou à demander une extension de garantie afin de déclarer le sinistre par la suite. Une illustration permet de comprendre la méthode utilisée par les fraudeurs.

C'est une affaire qui rentre dans le cadre de l'assurance de responsabilité chef de famille. La belle soeur de l'agent d'une compagnie d'assurances était poursuivie pour fait du chien dont elle avait la garde. Ce dernier s'étant échappé avait mordu une jeune élève dans le voisinage de l'école. Voyant les complications éventuelles de la morsure d'un chien qui n'avait jamais été vacciné, elle se retourna vers son beau-frère, Agent général pour demander une aide alors que son contrat d'assurance de responsabilité civile chef de famille n'était plus en vigueur. Par solidarité, l'agent fabriqua une couverture antidatée et l'assureur fut obligé de payer d'énormes sommes, des complications allant jusqu'à la paralysie de l'enfant étant survenues entre temps.

b) La modification des circonstances de survenance d'un sinistre

Dans ce cas comme dans l'autre, l'assuré agit rarement seul. Il peut s'entourer les services d'un employé, d'un intermédiaire ou d'un tiers. Dans un dossier, un accident opposait deux assurés de la même compagnie. L'assureur refusait de payer parce que la participation effective et active de l'un des véhicules dans la survenance de l'accident était incertaine, voire nulle, les circonstances du sinistre telles que relatées n'établissant pas la matérialité des faits. Le chauffeur de « T » mis en cause déclarait qu'il allait de BAFOUSSAM à DOUALA. Qu'à MELONG, un car allant devant lui s'est arrêté brusquement et pour éviter le choc, il s'est déporté à gauche où il est entré en collision avec le camion de Monsieur « A.N ».

L'autre chauffeur soutenait de son côté qu'il avait aperçu deux véhicules venant devant lui et le camion qui s'était déporté à gauche est venu le heurter par sa roue gauche. Or devant l'huissier, le même chauffeur avait déclaré que pour éviter la collision avec le camion de « T », il était allé heurter une petite colline bordant la route.

A l'évidence, il n'était plus fait état d'une quelconque collision entre les deux camions. L'un des chauffeurs voulait aider son ami à être indemnisée. Ces fausses déclarations et les insuffisances des éléments de preuve ont amené l'assureur à refuser de prendre en charge le sinistre. C'est là un bel exemple de modification des circonstances d'un sinistre.

2) La multiplication frauduleuse de l'indemnité

Un sinistre est survenu avec ou sans la participation volontaire de l'assuré. Les assurances cumulatives contractées à la souscription lui permettent de percevoir des indemnités de plusieurs assureurs. Une illustration est donnée par une affaire en cours et qui implique plusieurs compgnies du marché camerounais.

C'est l'affaire « Y.E ». Cet assuré malhonnête a usé de manoeuvres subtiles auprès du service provincial des transports du littoral pour se faire établir plusieurs cartes grises relatif au même véhicule en organisant de faux transferts du véhicule. Avec son réseau, il a souscrit des contrats de courtes durées auprès de trois compagnies du marché en y incluant les garanties vol et bris de glaces.

Quelques temps après, intervint le cycle de déclaration des sinistres bris de glaces auprès de ces compagnies et les fraudeurs se firent payer. Au moment où les manoeuvres ont été découvertes, le réseau en cause était déjà à sa troisième déclaration de vol automobile auprès des mêmes assureurs.

Les assurances cumulatives permettent ainsi au moment du sinistre d'exagérer le montant de l'indemnité en assurance de dommages.

§ 2 - LES MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE LORS DU SINISTRE EN ASSURANCE DE PERSONNES

Les pratiques frauduleuses s'expriment selon les modalités très variées en assurance des personnes. Nous nous limiterons aux formes principales. La caractéristique de certaines de ces fraudes est de porter une atteinte à la vie humaine et il faut une certaine dose d'intention criminelle pour les perpétrer.

A - LE SUICIDE DE L'ASSURE

Le code des assurances 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. Il s'agit d'une mise en jeu intentionnelle de la garantie qui exclue de ce fait la notion d'aléa viager du contrat. Comme l'écrit Yvonne LAMBERT-FAIVRE³⁰, ce texte n'est applicable que dans les assurance sur la vie (assurance en cas de décès) et non dans les assurances contre Les accidents corporels où l'assuré doit prouver la réalisation du risque prévu au contrat, c'est-à-dire le caractère « accidentel », donc non volontaire, du fait survenu.

a) Définition et preuve du suicide

Le suicide est l'action de causer sa propre mort. Cette définition usuelle souligne le fait intentionnel et il n'y a pas suicide prouvé lorsque la volonté de se donner la mort n'est pas démontrée. Il faut donc relever que seul le suicide « conscient », « volontaire et lucide » est frauduleux. C'est un élément psychologique qui met l'accent sur le libre arbitre qui préside à une « volonté suicidaire ».

³⁰ LAMBERT FAIVRE (Y) - Droit des assurances

b) Le caractère frauduleux du suicide survenu dans les deux ans de la conclusion du contrat

Il y a fraude au détriment de l'assureur chaque fois que le délai d'ouverture du droit au bénéfice des prestations du contrat n'est pas encore couru ou lorsque le contrat d'assurance prévoit le doublement ou même le triplement du capital assuré en cas de décès accidentel. Les personnes qui camouflent ou coopèrent à un camouflage d'un suicide peuvent être inculpées pour complicité de fraude à l'assurance. C'est une fraude parce qu'elle est conforme au principe de l'exclusion de la faute intentionnelle de l'assuré car l'ordre public ne peut permettre à des personnes décidées à se suicider à contracter une assurance sur la vie, licite, au profit de leurs proches.

Voici d'ailleurs comment un fraudeur a raté son coup. Ce dernier avait fait contracté quatre assurances auprès de différents assureurs. Voulant sacrifier à la tentation suicidaire dont sa famille était convaincue, il absorba d'énormes quantités de barbituriques (somnifères). C'est ingestion provoqua en lui des douleurs atroces. Transporté à l'hôpital en urgence, le fraudeur passa aux aveux complets.

B - LE MEURTRE DE L'ASSURE PAR LE BENEFICIAIRE OU LES HERITIERS

La faute intentionnelle rompt le caractère aléatoire de l'assurance non seulement lorsqu'elle émane stricto sensu de l'assuré, mais plus largement lorsqu'elle est perpétrée par celui qui a intérêt à la réalisation du sinistre. L'hypothèse du meurtre de l'assuré par le bénéficiaire en est une illustration. C'est l'article 78 du Code des assurances qui le prévoit en ces termes : « 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 ».

Sur la base de cette disposition légale, nous pouvons relever dans le cadre de notre analyse que même des personnes ne jouissant d'aucun droit à la prestation du contrat d'assurance peuvent se rendre coupables d'un meurtre si elles espèrent profiter de la crédulité d'un ayant-droit et s'approprier de tout ou partie du capital garanti.

Le champ d'application de l'article 78 du Code CIMA suppose que le fraudeur a volontairement causé la mort de l'assuré. La preuve du meurtre est généralement apportée par la condamnation pénale de son auteur. Mais s'il n'y a pas eu de poursuites, l'assureur peut prouver le meurtre au civil par tous les moyens. Toutefois l'article 78 du Code des assurances ne s'applique pas lorsqu'il y a eu homicide par imprudence ou coups et blessures par imprudence ayant entraîné la mort sans intention de la donner.

Dans un accident, il a été affirmé que le contrat d'assurance se devait d'être normalement exécuté même si le conducteur survivant étant le bénéficiaire d'une assurance en cas de décès sur la tête de son passager tué. Il a été également admis qu'il n'y avait pas fraude si le bénéficiaire invoque la légitime défense ou s'il a été acquitté au pénal pour démence par exemple.

C - LA SIMULATION DU DECES DE L'ASSURE

C'est la forme de fraude la plus fréquente en assurance vie à cause de son caractère relativement bénin pour le fraudeur. Dans une espèce, un camerounais avait souscrit auprès des quatre plus grosses pointures du marché des contrats en cas de décès pour des capitaux cumulés s'élevant à F.CFA 100.000.000. Quelques années après, le bénéficiaire déclarent aux assureurs le décès de

l'assuré de suite de noyade et précise que le corps n'avait pas été trouvé avec à l'appui des documents signés par des autorités publiques.

Sans grande investigation, deux des quatre assureurs ont versé au bénéficiaire la somme de 45.000.000 F.CFA. L'un des assureurs plus prudent ouvrit une enquête qu'elle confia à un expert. Ce dernier découvrit que le faux mort vivait en toute quiétude non loin de la frontière avec un pays voisin. Très rapidement alerté par sa famille, il se réfugia immédiatement dans ce pays réputé par ailleurs pour sa tolérance en matière de criminalité.

Dans une autre espèce, c'est une victime d'accident qui ne pouvait être reconnue à cause du fait que volontairement, des bénéficiaires avaient rendu le corps méconnaissable. Il s'agissait en l'espèce, d'un cadavre étranger qui n'était pas celui de l'assuré qui s'en était allé en Europe espérant vivre des jours heureux avec les fruits de sa supercherie.

Cette forme de fraude connaît deux formes types : le fait de remplacer l'assuré par un faux cadavre rendu méconnaissable et le fait d'affirmer que l'assuré est décédé dans des circonstances telles que le corps n'a pu être retrouvé. Très souvent, un assuré qui se livre avec des complices à ce genre de fraude prend soins de se mettre à l'abri à un endroit - généralement un pays étranger - où il ne pourra être dépisté par l'assureur jusqu'à sa mort réelle. La simulation de décès est une forme de fraude régulièrement tentée par les fraudeurs. Seule la vigilance de l'assureur peut faire échec à ce genre de fraude.

D - AUTOMUTILATION PAR L'ASSURÉ

C'est une forme de fraude peu répandue au Cameroun. L'objectif visé par le fraudeur est d'obtenir une indemnité élevée en cas d'invalidité ou de recevoir une indemnité substantielle pour incapacité professionnelle (assurance complémentaire vie). Le fraudeur peut en outre bénéficier des prestations de son assureur maladie à la suite de son automutilation.

C'est ce qu'avait tenté un agriculteur qui s'était fait déchirer la main gauche par une hache. La main détachée du bras ne pouvait être réimplantée. Les médecins de l'hôpital eurent des doutes en constatant que la section au niveau du poignet était très lisse. Après avoir déclaré l'accident à son assureur, l'infortuné agriculteur a avoué à la police qu'il s'était lui-même mutilé et avait ensuite fait écraser la main sectionnée pour que les chirurgiens ne puissent pas la reimplanter. Ce qui est très répugnant sur le plan humain et nécessite une dose de courage. En matière de fraude à l'assurance, tous les moyens sont bons quand ils sont efficaces est-on tenté d'affirmer.

E - LES AUTRES VARIANTES DE LA FRAUDE EN ASSURANCE DE PERSONNES

Il y a des simulations de blessures ou de maladies. Ce sont surtout les maladies et les blessures difficilement « objectivables » notamment les maladies qui touchent le psychisme. Cela suppose pour la réussite du coup, que l'on s'entoure du concours d'un médecin qui intervient en tant que complice intéressé.

Les branches les plus touchées sont l'assurance maladie et l'assurance contre les accidents corporels.

En assurance maladie, l'assureur reçoit constamment de fausses factures et des cas d'extension frauduleuse de l'assurance à un parent, un ami, une copine qui se fait soignée sous le nom d'un assuré véritable. Ceci est tellement vrai que dans une compagnie du marché camerounais qui couvre en assurance son personnel contre la maladie, les employés s'organisent pour avoir une petite rémunération supplémentaire par des remboursements de frais fictifs.

Ce qui est triste c'est l'automatisme avec laquelle ces remboursements ont lieu. On incline à croire qu'il s'agit d'une fraude acceptée au sein de l'entreprise. La participation des tiers se fait à travers des « certificats médicaux de complaisance » ou des attestations médicales établies uniquement en vue du gain. Cette variante de fraude trouve d'ailleurs des illustrations.

Un assuré a présenté à plusieurs reprises des photocopies de pièces justificatives à son assureur qui n'exprimait aucun soupçon. Mais un employé finit par ne plus lui faire confiance. L'enquête réalisée auprès d'autres assureurs permit de découvrir qu'une autre compagnie détenait les originaux, lesquels avaient donné lieu au remboursement des frais de l'assuré.

L'employé d'une société d'assurance s'est aperçu que les notes de frais sur lesquelles il travaillait présentaient une divergence par rapport au tarif officiel. En procédant à une simple vérification, il s'est rendu compte que le médecin en question n'existait pas. Menacé d'être poursuivi en justice, l'assuré a avoué lâchement qu'il avait fait imprimé lui-même les notes avec l'en-tête d'un médecin fictif.

Toutes ces fraudes entraînent des pertes financières au préjudice des « caisses » de l'assureur. Les cas pratiques de fraudes que nous avons retenus en sont des exemples.

SECTION 3 - ILLUSTRATION DE CAS PRATIQUES

Les quelques affaires que nous avons retenu ont pour finalité de démontrer l'impact financier de la fraude à défaut de pouvoir trouver des statistiques. Car, au Cameroun, l'industrie de l'assurance ne possède aucune donnée chiffrée sur la fraude qu'il s'agisse de la fraude découverte et prouvée ou de la fraude présumée mais non établie ou de la fraude estimée.

§ 1 EN ASSURANCES I.A.R.D.

A - RECHERCHE DE REPARATION DE SEQUELLES D'UN PREMIER ACCIDENT A TRAVERS UNE DEUXIEME DECLARATION DE SINISTRE

A la suite d'un accident de circulation survenu le 16 Juin 1983 à MANJO entre le véhicule appartenant à Monsieur « T » et un autre à bord de laquelle se trouvait Monsieur « B », son propriétaire, ce dernier avait sollicité auprès des tribunaux réparation du préjudice qu'il prétendait avoir subi.

Or, l'accident visé n'avait pas entraîné de lésions corporelles au sieur « B », cela ne ressortant pas de la déclaration de l'assuré de la compagnie d'assurance débitrice de l'indemnité. Ce sinistre a seulement servi de moyen à Monsieur « B » pour réclamer indûment d'importantes sommes au tribunal en lui produisant des pièces médicales qui reprennent les séquelles d'un accident du 19 Juillet 1976 du reste réparé par la même compagnie.

Par jugement du 13 Décembre 1993, le tribunal correctionnel de NKONGSAMBA allouait la somme de 23.827.693 F.CFA à Monsieur « B » dont 7.000.000 F.CFA à titre de provision que la société d'assurances a dû exécuter.

Saisie de la cause, la Cour d'Appel du Littoral à DOUALA par arrêt du 16 Février 1993 portait la condamnation à 61.750.582 F.CFA suivant le détail ci-après :

- Frais de transport (15 billets d'avion)	: 7.822.390 F.CFA
- Frais médicaux exposés à l'étranger	: 6.752.695 F.CFA
- Frais d'hébergement	: 1.975.520 F.CFA
- Pretium doloris	: 1.200.000 F.CFA
- I.T.T. (préjudice financier des Ets « B »)	: 40.000.000 F.CFA
- I.P.P. (40 %)	: 4.000.000 F.CFA

Au vue de cette condamnation, la société d'assurances a saisi le Ministre de la Justice Garde des Sceaux afin d'ordonner la défense à exécution sur la base des arguments suivants :

- le taux d'I.P.P. de 40 % et les préjudices qui sont connexes attribués à Monsieur « B » sont imaginaires et ne se justifient nullement puisque ce dernier était porteur d'une invalidité antérieure déjà indemnisée, de 62 % relative à l'accident suscité ;

- le préjudice économique résultant de la paralysie des activités des Ets « B » n'est pas également fondé dans la mesure où une enquête auprès de l'inspection provinciale des impôts du littoral en date du 07 Août 1994 a révélé que ces établissements n'existaient pas.

On peut conclure que la société était en face d'une tentative d'escroquerie mêlée à une collusion des juges du fond qui refusaient de faire une juste application du droit.

B - UN FAUX SINISTRE

Le grumier d'un assuré transportant des billes de bois, roulant à vive allure et évitant un usager venant en sens inverse, « aurait » heurté à l'arrière un camion qui s'est retrouvé curieusement du côté opposé au sens de son stationnement (à gauche). Conséquences : le camion adverse est sérieusement endommagé. Aucun dégât pour le grumier.

Un premier expert sans avoir vu le camion a évalué les dommages à 7.213.067 F.CFA et 35 jours d'immobilisation. Un autre expert après investigations, a conclu à une « mise en scène » compte tenu du doute sur la matérialité du sinistre (l'assuré était lui même surpris d'être impliqué dans l'accident). La société a refusé de dédommager le tiers. Insatisfait, ce dernier a assigné l'assuré et l'agent général de la compagnie devant le Tribunal de Grande Instance de DOUALA.

Le 06 Novembre 1989, intervenait dans la cause un jugement civil déboutant le demandeur et le condamnant aux dépens ». Sur son appel, la Cour d'Appel de DOUALA rendait un arrêt le 18 Juin 1983 faisant droit à l'intégralité de la demande soit 11.241.258 F.CFA.

§ 2. EN ASSURANCE DE PERSONNES

UN SUICIDE CAMOUFLE

Un médecin décède dans une clinique où il avait été admis et qui contrairement aux déclarations de son épouse, s'était volontairement donné la mort. Plusieurs contrats avaient été souscrits moins de deux ans auparavant. Les vérifications effectuées ont permis d'apprendre l'événement à trois compagnies qui avaient déjà payé 30.000.000 F.CFA.

A tous ces montants et si l'on prend en considération les frais d'enquête policière, de procédure et autres frais supplémentaires qu'entraînent les informations erronées, le préjudice économique des assureurs est accru.

DEUXIEME PARTIE

LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE AU CAMEROUN : UN DEFICIT D'ORGANISATION

INTRODUCTION

La finalité (bien comprise) de la lutte contre la fraude pour l'assureur est de diminuer la charge de sinistres afin que la société puisse devenir plus concurrentielle à partir de meilleurs résultats. Au Cameroun, l'industrie d'assurance donne l'impression de ne pas chercher à lutter contre ce fléau. Mais, penser que l'on n'est pas atteint ou être réticent à admettre la gravité du mal pour le combattre est une attitude suicidaire car à l'allure où vont les choses, on y viendra sinon par conviction, du moins par nécessité.

Dans l'ensemble, lorsqu'on jette un regard sur l'attitude et les pratiques réelles des pouvoirs publics, de l'organisation professionnelle et des sociétés d'assurances face aux infractions dûment établies ou celles simplement soupçonnées avec de fortes présomptions, on en vient à conclure qu'il y a une quasi- inexistence de politiques de lutte contre la fraude à l'assurance (Chapitre 1). Ces attitudes et pratiques expliquent en substance la sous utilisation des mécanismes légaux de sanction de la fraude à l'assurance (Chapitre 2). Pour améliorer son image de marque afin que les « règles du jeu » de l'assurance soient comprises par tous dans l'intérêt de la mutualité des assurés et de l'assureur, il est plus que jamais nécessaire d'organiser la lutte contre la fraude à l'assurance au Cameroun (Chapitre 3).

CHAPITRE 1 - LA QUASI-INEXISTENCE DE POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

La lutte contre la fraude à l'assurance dans un état moderne devrait être à la fois une préoccupation pour les pouvoirs publics, la corporation et les sociétés d'assurances prises individuellement.

Une préoccupation des pouvoirs publics parce qu'ils ont le monopole de la « violence légitime » et devraient en principe veiller au respect de la moralité publique dans quelque domaine qu'il se trouve. Au Cameroun, la réalité est loin de confirmer cela, tout au moins pour ce qui est de l'attitude des autorités publiques face au problème de la fraude à l'assurance (Section 1).

Après l'Etat, les sociétés d'assurances devraient se rapprocher entre elles pour lutter efficacement contre ce fléau. Ce qui implique un travail en commun qui devrait normalement se faire dans le cadre d'organisations professionnelles ou dans des associations spécialisées. Cette approche concertée se trouve encore à l'état embryonnaire au Cameroun malgré quelques tentatives timides (Section 2).

Finalement, il devient tentant de penser que face à ces faiblesses constatées, chaque société d'assurances, victime directe de la fraude s'est organisée à sa manière pour lutter contre cette « plaie ». Les attitudes et les pratiques des sociétés d'assurances relevées sur le terrain ne confortent pas l'observateur dans sa croyance (Section 3).

SECTION 1 - LA POSITION DES POUVOIRS PUBLICS

Les pouvoirs publics affichent à l'égard de la lutte anti-fraude un silence éloquent. L'explication tient à ce que d'une part les fraudes dans leur grande majorité ne portent pas atteinte à l'ordre public au sens traditionnel (§2) et d'autre part parce que la priorité est accordée à la lutte contre la criminalité violente (§1).

§.1. LA PRIORITE DONNEE A LA LUTTE CONTRE LA CRIMINALITE VIOLENTE

Les services officiels de répression (police, gendarmerie) pour ne citer que ceux là sont accaparés par des missions considérées comme prioritaires avec le développement important ces dernières années de la criminalité. Pour cette raison, les pouvoirs publics préfèrent consacrer leur temps et leurs moyens au problème urgent de la lutte contre la criminalité violente car les infractions à l'assurance ne portent pas atteinte à l'intégrité des personnes, il ne s'agit pas de coups et blessures, ni de meurtre ni de hold-up, ni des assassinats, etc...

Pourtant, on devrait pouvoir compter sur les services de police et de gendarmerie puisque c'est à eux que la société a remis les soins de constater les délits, d'en rassembler les preuves et d'en rechercher les auteurs. Ce faible intérêt des forces de l'ordre pour la lutte contre la fraude les confine à l'enregistrement des plaintes (notamment en vol automobile) ou à procéder à quelques auditions de routine. Ils ne demandent d'ailleurs que rarement à avoir accès au dossier sinistre détenu par l'assureur.

Finalement, on en arrive à une situation où les magistrats, les services de police et de gendarmerie ne sont pas sensibilisés à l'importance du rôle qu'ils ont à jouer dans la conduite des investigations mais aussi dans la répression de ce phénomène. Cette situation est regrettable parce que les assureurs n'ont pas officiellement accès aux sources de renseignements qu'utilisent les officiers de police judiciaire par exemple. Cela facilite la tâche des fraudeurs qui assurent des épaves et les déclarent volés. L'absence d'une enquête policière n'autorisant le plus souvent pas l'assureur à plus de recherches, l'indemnité est acquise d'avance. Ce manque d'intérêt va même plus loin : en cas de vol, l'assuré est indemnisé par l'assureur mais le véhicule, lorsqu'il est retrouvé par la police, est souvent remis au propriétaire à l'insu de l'assureur.

De plus, même lorsqu'ils sont saisis, les inspecteurs ou les gendarmes et certains magistrats qui reçoivent des plaintes pour escroquerie à l'assurance ou qui dressent des procès-verbaux d'accidents ne connaissent pas l'assurance. C'est ce qui ressort d'une jurisprudence où appelé à statuer sur un cas d'escroquerie, le juge de la Cour d'Appel de DOUALA a dit « que le prévenu en assignant la SOCAR devant le Tribunal de Mungo s'est conformé à la loi et ne peut en aucun cas être constitutif d'escroquerie, qu'il échet de déclarer le prévenu non coupable sur ce chef et de le relaxer pour fait non établi ». Il s'agissait là d'une motivation surprenante qui avait contribué à dénaturer les faits de la cause car, il ne s'était jamais posé le problème entre les parties relativement à la compétence du Tribunal de Grande Instance de DOUALA mais qu'en réalité, la SOCAR s'était plaint de ce que le prévenu avait utilisé des factures antidatées et falsifiées pour tenter de lui extorquer la somme de 12.500.000 F.CFA.

A tout ceci, il faut ajouter les cas où ces représentants de l'autorité refusent volontairement de bien faire leur travail en inversant par exemple les responsabilités au moment de conclure un procès-verbal d'accident de circulation ou en refusant de faire une saine application de la loi pour des raisons évidentes de collusion frauduleuse avec les escrocs même si cette situation n'est ni générale, ni automatique.

Enfin, même avec une volonté de bien travailler, les services de répression ne disposent pas toujours des équipements nécessaires (par exemple des laboratoires de police scientifique en matière de répression de l'incendie allumée par esprit du gain) surtout lorsque l'on sait la difficulté qu'il y a à rapporter la preuve des manoeuvres frauduleuses constitutives d'escroquerie.

§.2. LA PLUPART DES FRAUDES A L'ASSURANCE NE PORTENT PAS ATTEINTE A L'ORDRE PUBLIC

L'ordre public est le but obligatoire des actes de police administrative. Il va sans dire que tout ce qui ne porterait pas un trouble à cet ordre n'est pas prioritaire comme c'est le cas des fraudes à l'assurance dans leur majorité (B). On doit d'abord tenter de cerner cette notion contingente et relative d'ordre public. (A).

A - LA NOTION D'ORDRE PUBLIC

Nous évoquerons successivement les éléments constitutifs de l'ordre public et les autorités habilitées à prendre des mesures de police administrative.

La notion d'ordre public se décompose en trois éléments simples et permanents : salubrité, sécurité, tranquillité. C'est un « état de paix intérieure de l'agglomération résultant de sa protection contre les différents dommages qui pourrait atteindre la collectivité de sa population. »

S'agissant des autorités de police administrative qui agissent par voie de règlements ou de mesures individuelles, ce sont : les Maires, les Préfets, les Gouverneurs de provinces. Sur le plan national, c'est le Président de la République.

B - LE CARACTERE REDUIT DES ATTEINTES A L'ORDRE PUBLIC PAR LES FRAUDES A L'ASSURANCE

La fraude ne trouble pas directement l'ordre public parce que le plus souvent, elle se déroule dans un domaine exclusivement privé ou alors est silencieuse au point de ne pas alerter le public.

En prenant en exemple un vol d'auto fictif, c'est l'assuré qui s'arrange à faire « disparaître » son véhicule et à déclarer un sinistre à l'assureur. Il n'y a donc pas atteinte à la salubrité, à la sécurité ou à la tranquillité de l'agglomération. Il en est de même des incendies volontaires lorsque le feu n'a détruit que les biens du fraudeur sans causer un dommage aux voisins et aux tiers.

Parce que c'est un délit essentiellement financier, l'escroquerie à l'assurance est négligée par les forces de l'ordre. Il est très rare qu'elles interviennent dans le cadre de la « flagrance ». Ces services sont alertés quand les éléments de preuve ont déjà disparu. C'est également pour cette raison que les tribunaux montrent une certaine indulgence à l'égard des fraudeurs, quand ce n'est pas la lenteur presque congénitale de l'administration qui finit par décourager les assureurs.

Ce sera toujours ainsi sauf lorsque exceptionnellement, l'événement apportant un trouble à l'ordre public constitue la manoeuvre frauduleuse : incendie volontaire accompagné d'explosion avec atteinte aux biens voisins, accidents provoqués sur la voie publique, fausse déclaration de vol d'une voiture en réalité détruite afin de percevoir une indemnité supérieure à sa valeur réelle. Et, quand bien même ce serait le cas, il reste aux policiers à prouver les manoeuvres frauduleuses, ce qui n'est pas facile.

Cette justification n'explique pas le silence des pouvoirs publics à l'égard de la lutte contre la fraude. Ce n'est pas parce que la fraude ne touche pas aux composantes classiques (sûreté, tranquillité salubrité) de l'ordre public qu'il faudrait se détourner de la lutte anti-fraude. On doit considérer dans une optique moderne que la moralité peut faire partie de l'ordre public car les escroqueries touchent aussi la décence et les bonnes moeurs.

SECTION 2 - L'ATTITUDE DE L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE

Le rattachement de la lutte contre la fraude à l'assurance à une association d'assureurs existante présente des avantages certains car l'association, c'est-à-dire son personnel et l'équipement informatique, ainsi que son prestige et sa notoriété auprès du public constitue a priori des conditions favorables au succès de la lutte antifraude. Au Cameroun, il existe une association des sociétés d'assurances (ASAC) (§1). Elle ne dispose pas de moyens pour jouer le rôle de locomotive dans la lutte contre la fraude malgré un volontarisme affiché. (§2)

§ 1 PRESENTATION DE L'ASAC

Dans le cadre de la présente étude, seuls les objectifs, la structure et le fonctionnement de l'ASAC nous intéresseront. Comme le lecteur s'en apercevra, les ambitions de cette association sont nobles même si elle n'a pas les moyens de sa politique et plus spécialement en matière de lutte antifraude.

A- OBJECTIFS ET ATTRIBUTIONS DE L'ASAC

Il ressort des statuts de l'association approuvés par les Assemblées Générales extraordinaires des 29 Avril et 07 Mai 1993 que l'association a pour objet et pour attributions principales:

- a) de représenter les adhérents auprès des pouvoirs publics dans toutes les circonstances où une action commune serait nécessaire;
- b) de réunir toutes les informations concernant les assurances qui pourront être utiles à l'ensemble de la profession;
- c) d'étudier les mesures à proposer à la profession en vue d'assurer une bonne gestion;
- d) de faire toutes propositions utiles pour la mise au point ou la révision de la tarification;
- e) de faciliter la discussion et la solution de toutes questions ou contestation qui pourraient surgir entre les compagnies et de ramener l'accord par un arbitrage amiable;
- f) d'affectuer ou de susciter toutes études d'ordre économique, juridique, fiscal etc... intéressant le secteur des assurances et en proposer les conclusions à la profession et si besoin au gouvernement;
- g) de participer activement à la formation professionnelle et au développement du marché, notamment par la production de nouvelles branches; et enfin,
- h) de contribuer à l'augmentation de la capacité de rétention du marché notamment par la création de pools et de l'organisation de tous systèmes conséquents.

B - STRUCTURE DE L'ASAC

L'association a pour organe:

- Une Assemblée Générale qui définit la politique de l'association et détermine les orientations à mettre en oeuvre par le Bureau. Ses décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés.
- Le Bureau: l'Association est dirigée par un Bureau formé de cinq sociétés membres au moins et de douze au plus. Le Bureau se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige et au moins une fois par trimestre. Il prend toutes les décisions ou mesures se rattachant directement ou indirectement à l'objet de l'Association, il représente l'Association vis-à-vis des tiers et de l'administration

- Le Secrétariat Général: l'Association dispose d'un Secrétariat Général dirigé par un secrétaire général nommé par le Bureau devant lequel il est responsable. Il peut être mis fin à ses fonctions dans les mêmes conditions; le Secrétaire Général a le statut de mandataire rémunéré. Il est assisté de deux Chargés d'Etudes.

- Les groupements techniques et les commissions : Il est créé au sein de l'association des groupements techniques et des commissions d'études. L'Association compte aujourd'hui dix commissions intervenant sur les sujets suivants: vie, automobile, risques divers, juridique, arbitrage, ressources humaines, maritime et transports, comptabilité et finances, intermédiaires et experts, impayés et incendie.

Voilà brièvement présentée la structure qui en principe devait jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre la fraude à l'assurance. Examinons comment elle s'y prend.

§.2. L'ASAC ET LA FRAUDE A L'ASSURANCE

L'ASAC a conscience de la menace que représente la fraude à l'assurance pour le développement du marché camerounais (A) mais elle est lente à se doter d'une véritable machine antifraude.(B)

A- LES MESURES PRISES ACTUELLEMENT PAR L'ASAC EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Ce sont des tentatives très timides, qui évoluent au cas par cas et dénotent de l'absence d'une stratégie destinée à contrecarrer les fraudeurs.

Il y a d'abord la mise en place d'un fichier de véhicules volés établi manuellement. Ce fichier est alimenté par les sociétés d'assurances et les services de la police afin de permettre des rapprochements entre véhicules volés et véhicules retrouvés. S'il était bien alimenté, on ne devait plus voir d'indemnisation indues de véhicules, malheureusement ça n'a pas été le cas. Après avoir fonctionné quelques temps, ce fichier a connu des perturbations. Cette négligence est difficilement compréhensible lorsque l'on sait le rôle qu'il a joué dans les pays qui l'ont mis en place.

En effet, un fichier permet de commencer la lutte contre la fraude au niveau de la souscription (par sa consultation systématique) pour détecter les fraudeurs qui jouent sur la multiplicité des branches et l'étendue du marché. Il empêche les fraudeurs de se promener de compagnie en compagnie ou même au sein d'une même compagnie en passant du siège à l'agence ou même à un bureau direct.

Au niveau du règlement du sinistre, la consultation des fichiers permet de vérifier les antécédents. Il permet même une information auprès des sociétés ayant signalé d'autres sinistres douteux. Cette approche commune qui devait se réaliser à travers un fichier commun alimenté par des informations en provenance des compagnies n'existe pas malheureusement au sein de l'ASAC qui n'a par ailleurs aucune expérience acquise en matière de lutte antifraude.

Rappelons que le fichier est alimenté par les sociétés d'assurances qui ont constaté des fraudes et des présomptions graves de fraude. Il peut s'agir aussi d'un fichier général des vols.

L'autre action de l'ASAC en matière de lutte contre la « délinquance en col blanc » consiste à répercuter auprès des compagnies les informations qui lui ont été transmises par une société du marché ayant détecté une fraude. La formulation est très souvent la suivante : « Nous sommes saisis par la compagnie « X » qui nous signale une tentative d'escroquerie par Monsieur « Y ». Vous voudrez bien prendre des dispositions pour freiner les élans de cet assuré indélicat. L'ASAC se met à votre disposition pour vous transmettre une copie de ce dossier... ».

Cette formalité qui relève plutôt des usages que d'une règle établie et obligatoire a permis à certaines entreprises du marché de ne pas payer de l'argent à des assurés qui avaient souscrit des assurances Vie dans plusieurs compagnies.

Au moment où nous recueillions ces informations, la commission Vie de l'ASAC était en train d'étudier la possibilité de mettre sur pied un fichier de médecins indélicats, champions de notes médicales « corsées », de faux rapports et de faux témoignages.

Pour terminer, nous pouvons relever que la fraude à l'assurance fait régulièrement l'objet de discussion au sein des différentes commissions de l'ASAC sans pour autant déboucher sur des résolutions concrètes. En dernière analyse, on se rend bien compte que les sociétés d'assurances au Cameroun n'ont pas encore commencé à lutter rationnellement contre la fraude au sein de la corporation, qu'est-ce qui peut expliquer ce retard ?

B- LES FACTEURS INHIBITIFS DE LA LUTTE ANTIFRAUDE AU SEIN DE L'ASAC

Alors qu'ailleurs l'acuité du problème de la fraude a conduit l'Association des Sociétés d'Assurances à prendre en main la lutte contre ce fléau en créant des unités à l'intérieur des groupements techniques de branches et à organiser des sessions de formation pour les magistrats et les policiers afin de les sensibiliser aux formes de fraude. L'ASAC se trouve encore à un stade de balbutiement à cause non pas d'une défaillance de l'Association en tant qu'entité juridique autonome mais surtout à cause du défaut de soutien actif de chacun de ses membres.

1) L'absence de soutien actif des membres de l'ASAC à son action

Pour des raisons évidentes d'intérêts concurrentiels, les membres de l'ASAC ne jouent pas toujours le jeu de l'association malgré les promesses de coopération proclamées lors des travaux en commission. A titre d'exemple, on peut citer le protocole signé par les différentes compagnies qui prévoyait des sanctions en cas de non respect des dispositions du nouveau tarif automobile. Les sociétés se sont défaites lorsqu'il s'est agi de traduire ce protocole d'accord dans les faits. Il en a été ainsi pour beaucoup d'autres résolutions de l'ASAC.

Il n'est pas certains que les mentalités auraient changé s'il avait été question de coopérer pour la lutte contre la fraude à l'assurance. A cela s'ajoute la faiblesse relative des décisions de l'ASAC qui par ailleurs n'a aucun pouvoir coercitif à l'égard de ses membres. La tentation pour ces derniers et de ne réagir que lorsque l'intérêt calculé d'une résolution pour leur société ou d'un protocole de l'ASAC est démontré. Et pourquoi ne pas évoquer l'amalgame qui consiste pour certains à trouver une ramification politique ou ethnique à une résolution et à déduire parfois brutalement et hâtivement qu'une résolution est destinée à contrecarrer l'action d'une société à cause de l'appartenance ethnique ou politique de ses dirigeants. Ce phénomène qui n'est ni général ni permanent est pourtant vécu au sein de l'ASAC, ce qui est regrettable car à ce moment, les objectifs cessent d'être communs.

La volonté de passer outre les résolutions de l'ASAC est vécue avec une plus grande acuité avec un certain type de sociétés d'assurances :

- les plus jeunes compagnies ne veulent pas s'embarrasser de règles trop contraignantes et tiennent à gagner à tout prix leur part de marché quel que soit le coût y compris les pertes occasionnées par des fraudes non détectées et sanctionnées ;
- les compagnies en perte de vitesse ne se font pas une grande morale. Etant convaincues que leur sort est délicat, elle tentent tout pour sortir de l'eau, en prenant parfois des mesures qui ne vont pas dans le sens de l'intérêt de tous les assureurs du marché.

Comme il a été relevé en matière du respect de la législation des assurances, les sociétés qui ne sont pas de droit national ont tendance à prendre quelque liberté par rapport à l'ASAC. La conséquence immédiate de la situation est la difficulté à définir une priorité commune pour l'ensemble des entreprises à l'instar de la lutte contre la fraude à l'avanture.

Ensuite, il y a deux attitudes contre lesquelles il convient de lutter pour que les compagnies d'assurances soient plus solidaires :

- L'individualisme : Cela veut dire que chacun tente d'arracher les bons risques et de se débarrasser des mauvais sans nécessairement le signaler aux autres. C'est ainsi que l'on voit des assurés passer d'une compagnie à l'autre laissant derrière eux des dégâts.
- L'attentisme : C'est-à-dire que même s'il y avait une volonté affichée de lutter contre la fraude, dans les faits, on compte encore un peu sur les autres en l'occurrence sur les pouvoirs publics.

2) La faiblesse des moyens humains et matériels au sein de l'ASAC

Pour mettre en place une véritable machine de lutte anti-fraude, il faut un certain nombre d'instruments que l'ASAC est loin de détenir pour le moment.

- C'est d'abord l'existence des compétences : la lutte contre la fraude (détection, prévention et sanction) nécessite un personnel très spécialisé que l'ASAC est loin de disposer pour le moment (deux chargés d'études et un secrétaire général). Le combat contre la fraude ne doit plus être laissé au hasard ou à l'initiative heureuse d'un agent administratif ou d'un régleur de sinistres mais doit être systématique et confié à des « experts » capables de faire des enquêtes, d'obtenir la coopération de la police...
- Ensuite la centralisation de l'information nécessite un puissant outil informatique afin de faciliter l'alimentation et l'exploitation du fichier. Pour déceler par exemple certaines situations anormales, tels les cumuls de contrats, l'informatique est nécessaire pour les mises à jour des fichiers afin de permettre la réalisation des rapprochements et détecter les enregistrements voisins les uns des autres et les signaler aux sociétés concernées. L'ASAC ne dispose pas de moyens financiers suffisants pour de tels investissements.

La dernière et non la moindre des difficultés actuelles de l'ASAC est l'étroitesse de ses locaux. Pour abriter une véritable structure anti-fraude, il faudrait songer à accroître les installations de l'association. Ce qui nécessite des dépenses supplémentaires.

Après avoir constaté que la fraude à l'assurance n'est ni répertoriée par la police ni par l'association des sociétés d'assurances au Cameroun, il est du ressort de chaque société de s'organiser pour lutter contre les pratiques frauduleuses. Malheureusement, la situation dans les compagnies d'assurances est loin d'être différente du constat établi dans les organismes précédents.

SECTION 3 - LA SITUATION DANS LES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Que font les sociétés d'assurances au niveau individuel pour faire face à la fraude ? Au Cameroun, on note un décalage entre l'importance du phénomène et le niveau d'organisations mis en place pour y faire face au sein des entreprises. Il n'existe qu'une approche technique classique dont l'objet est de limiter l'hémorragie financière causée par la fraude sans pour autant constituer à notre avis une technique anti-fraude qui est une technique nouvelle faite d'innovation grâce à des « moyens systématiques et spécifiques »³¹

§.1. UNE APPROCHE TECHNIQUE CLASSIQUE NECESSAIRE MAIS INSUFFISANTE...

Cette démarche qui n'est parfois pas destinée spécifiquement à combattre la fraude consiste à redresser les rapports sinistres à primes en effectuant des études par régions, par réseau, par types de clients et par type de produits. Une fois ces chiffres obtenus, l'intervention consistera à prendre des mesures de tarification, à redresser les tarifs, à mettre des franchises, des exclusions, à mettre en place des mesures de souscription en limitant les pouvoirs décentralisés par une exigence de contrôle du risque et surtout en multipliant les expertises. Ainsi dans une espèce, un expert qui n'avait pas vu le camion sinistré avait évalué le préjudice à F.CFA 7.213.067 avec 35 jours d'immobilisation. Un deuxième cabinet d'expertise après investigation, conclut à une « mise en scène ». Cet exemple démontre l'utilité de plusieurs expertises lorsqu'un sinistre est douteux aux yeux du « régleur ».

Cette approche technique classique passe ensuite par la soumission de toute déclaration de sinistre suspect à un examen serré et une prolongation justifiée des délais de paiement ou par une enquête interne. Toutefois, les contrats et le Code des Assurances prévoient des délais de règlement et de paiement. Il faut donc vite faire. Les régleurs de sinistre doivent acquérir des réflexes pour serrer la réalité du sinistre sans être soupçonneux à l'extrême. L'approche technique passe enfin par la surveillance du portefeuille. Ce qui veut dire résiliation, contrôle des fréquences, etc...

A la SOCAR, la surveillance du portefeuille consiste à détecter les mauvais contrats et à intervenir pour en assurer l'équilibre. A ce sujet, il y a un certain nombre de critères utilisés qui sont :

³¹ GREMONT (M) : Organisation des sociétés d'assurances in LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE. Op. cit. p.128.

- 2 sinistres survenus au cours des 12 derniers mois,
- 3 sinistres survenus au cours des 36 derniers mois,
- 1er sinistre « circonstances spéciales »,
- 1er sinistre d'un coût prévu supérieur à la prime de risque (T.P.M. - T.P.V.) ou autre cause.

Pour ces différents motifs, on peut soit résilier après sinistre, soit demander le non renouvellement, soit refuser la remise en vigueur de la police après une suspension, soit résilier à l'échéance, soit enfin établir la statistique. L'établissement de la statistique est requise lorsqu'il s'agit d'une affaire importante. On cherche alors les autres affaires de l'assuré et on fait une statistique globale afin de voir s'il y a équilibre entre toutes ses affaires en portefeuille. Cette surveillance a posteriori ne permet pas de détecter grand chose en matière de fraude.

§.2. ...QUI OCCULTE UN LAXISME REEL EN MATIERE D'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AU SEIN DES COMPAGNIES

Ce laxisme transparaît à travers les attitudes des sociétés d'assurances camerounaise lorsqu'elles ont à faire face à des cas de fraude.

Il y a tout d'abord la réticence à entreprendre des poursuites pénales. Alors qu'en Europe, une « escroquerie est une escroquerie » et entraîne le dépôt d'une plainte chaque fois que cela est possible, quel que soit le montant du préjudice subi ou du litige et quels que soient la personnalité ou le statut social du fraudeur.³² les Directions Générales des entreprises camerounaises ne semblent pas donner tout le soutien nécessaire aux services impliqués au problème de la fraude (Contentieux, Sinistre, Production). Or la lutte contre la fraude engendre des frais dont seule une volonté de la hiérarchie peut permettre la mise à disposition. De plus, pour initier certaines poursuites, il faudrait à ces agents, un certain soutien de leurs supérieurs, afin d'éviter les ramifications fâcheuses d'une simple procédure introduite en justice pour escroquerie à l'assurance.³³

On comprend aisément pourquoi la formule consacrée reste encore celle-ci, devant une fraude relevée ou présumée: « nous regrettons de ne pouvoir réserver une suite favorable à cette requête parce que après investigations, il a été constaté que les pièces produites sont fausses

... la compagnie se réserve le droit de poursuivre le(s) auteurs(s) et/ou leurs complices pour faux et usage de faux et tentative d'escroquerie à l'assurance. Aucune transaction n'est par conséquent possible au regard de ce qui précède... ». Après quoi il n'y a plus jamais de poursuite légale surtout si, effrayé, l'escroc renonce à ses prétentions.

Il y a aussi l'inexistence d'une structure de lutte contre la fraude tel un service spécialisé s'occupant des sinistres et de la production et dont le titulaire se verrait confier les compétences en matière de lutte anti-fraude. Les fonctions souscription et règlement demeurant encore des « parents pauvres » dans certaines sociétés d'assurances au Cameroun, leurs dirigeants sont plus préoccupés par la situation de leur comptabilité et des finances.

³² Un Directeur Général de compagnie impliqué dans une fraude interne à l'assurance s'est vu attirer en justice pour répondre de ses actes en Allemagne. Voir RISQUES N° 16, Fraude ou risque moral.

³³ Il est évident que compte tenu du type de client, un responsable ne peut de sa propre initiative agir en justice sans courir le risque d'essuyer des menaces ou même perdre son poste si le fraudeur présumé est un client très important ou jouissant d'un certain statut au Cameroun.

Par ailleurs, il y a le manque de recherche de l'exemplarité par la publicité des actions réussies. Cette pratique constitue ailleurs une excellente méthode préventive par son impact dissuasif. A cette faiblesse s'ajoute l'insuffisance d'informations et de formation des souscripteurs et des régleurs sur le danger que représente la fraude et sur les précautions à prendre à l'ouverture et pendant l'instruction des sinistres. Or on sait que de nombreux « débrouillards » se sont infiltrés dans la profession à cause des difficultés économiques.

Enfin, le contrôle des risques n'est pas systématique c'est-à-dire aussi bien le contrôle physique des risques ou visite de risque, du bien ou de la personne quand il s'agit d'assurance de personnes que le contrôle des justificatifs, facture, carte grise etc... c'est ce qui s'est passé avec un assurable à qui on avait demandé à voir le véhicule qu'il voulait assurer et qui n'était plus revenu. Cette demande a permis à l'assureur d'éviter de couvrir un risque inexistant.

Le manque d'intérêt au traitement de la fraude est remarquable lorsque l'un tente d'évaluer l'ampleur de ce phénomène. L'industrie d'assurance ne possède en effet, aucune donnée chiffrée sur la fraude alors qu'à notre époque, les statistiques traitent tous les sujets.

Au Cameroun, il n'y a aucune information exploitable qu'il s'agisse de la fraude découverte, présumée ou de la fraude estimée. Pourtant en Europe, les données statistiques sont connues, à titre d'exemple, en Allemagne, entre 10,1 et 16,7 MDF, soit environ 10 % des règlements de sinistres, en France, 10 MDF, soit 5 % des règlements de sinistres non Vie, en Hongrie, 20 à 30 % des sinistres comportent un élément frauduleux.³⁴

Les sociétés d'assurances au Cameroun tardent à réagir afin de protéger les sommes d'argent qu'épient les escrocs. Il est pourtant urgent de faire face à ces abus en appliquant les sanctions légales qui ne sont pas les moindres du dispositif anti-fraude.

Sur ce chapitre, une certaine timidité des assureurs camerounais est également observable.

³⁴ ANTI-FRAUDE; Argus 7 Juin 1996, op. cit. p.39

CHAPITRE II - LA SOUS-UTILISATION DES MECANISMES LEGAUX DE SANCTION DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

La fraude à l'assurance fait à la fois l'objet de sanctions pénales et civiles. L'assureur camerounais face aux infractions établies ou celles simplement soupçonnées essaye de tenir tête aux escrocs mais attaque rarement. Il se borne à opposer un refus de garantie, à ne pas payer, à résilier le contrat après un sinistre douteux, à signaler le sinistre au fichier ASAC ou à mettre l'escroc sous surveillance. Parfois il ne fait rien pour des raisons commerciales ou pour sauvegarder son image de marque.

Pourtant, au chapitre de la fraude, le droit offre sur ce plan des textes à fonction « réparatrice » et des textes à fonction « repressive ». Cette timidité au plan judiciaire s'explique en outre par la très forte tendance du juge à protéger les assurés indécis.³⁵ Cette inclinaison se reflète dans la clémence de certaines décisions de justice³⁶ même si l'attitude n'est pas automatique.³⁷ Cette clémence se manifeste - entre autres - au niveau du droit de la preuve qui est contraignant et très réglementé et par les présomptions d'innocence et de bonne foi.

Toutefois, par rapport à l'intime conviction des magistrats qui peut conduire à des abus, le régime juridique de sanction de la fraude à l'assurance est limitée : il y a fraude dans la conclusion du contrat et fraude dans l'exécution du contrat. C'est deux hypothèses appellent une repression de la fraude au civil (Section 1) et une repression de la fraude au pénal (Section 2). Cette étude se terminera par l'analyse de certains obstacles à la mise en oeuvre efficace de ces sanctions (Section 3).

SECTION 1 - LA SANCTION CIVILE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

C'est l'aspect du droit civil du régime de la sanction de la fraude à l'assurance. Il existe à cet effet des sanctions jurisprudentielles, légales et contractuelles. Selon un principe général de droit, « *fraus omnia corrumpit* » (la fraude corrompt tout). Tout acte commis par fraude entraîne l'annulation des obligations contractuelles qui le sous-tendent ; si par exemple la fraude porte sur un seul article de la police, l'assureur peut s'en prévaloir pour ne pas payer l'entier sinistre et demander l'annulation du contrat. Le contrat peut prévoir la déchéance de la garantie contractuelle en cas d'exagération frauduleuse. Nous analyserons successivement le régime de ces sanctions civiles de la fraude à savoir la déchéance pour surévaluation frauduleuse des pertes (§.1) et le régime des autres formes de repression de la fraude au civil dont la plus importante est la nullité pour déclaration frauduleuse du risque.

³⁵ Dans une espèce, le juge a vite fait de conclure à « l'intention délibérée de nuire de la SOCAR, et à « la résistance abusive de la SOCAR qui a causé un grave préjudice à l'assuré » alors que dans les faits, il s'agissait de l'assurance d'un risque réalisé. Voir affaire auto location l'Hirondelle contre assuré.

³⁶ Voir affaire Société d'Assurances SOCAR, Agent Général CHANAS § PRIVAT demanderesse c/ DJAMEN Jacques, défendeur. Dans cette espèce, le juge du Tribunal de Grande Instance du Mungc dit qu'il échet de déclarer le prévenu non coupable pour fait non établi alors qu'un huissier de justice avait rapporté les preuves de la fraude.

³⁷ Dans une espèce UNALOR c/ TCHENKO David, le Tribunal de DOUALA a débouté le sieur TCHENKO de sa demande et l'a condamné aux dépens.

§.1. LA DECHEANCE POUR SUREVALUATION FRAUDULEUSE DES PERTES

La déchéance peut être édictée en sanction des diverses autres obligations mises contractuellement à la charge de l'assuré notamment celle de faire une estimation aussi exacte que possible de ses pertes sans les surévaluer frauduleusement. Certaines conditions sont nécessaires pour qu'une telle exception de garantie puisse être retenue (A) alors que les effets de la déchéance pour surévaluation frauduleuse des pertes sont divers (B).

A - LES CONDITIONS DE VALIDITE DE LA DECHEANCE POUR SUREVALUATION FRAUDULEUSE

La déchéance ne se présume pas et le législateur a voulu protéger l'assuré en édictant les conditions de validité très strictes.

1 - Le contrat doit être assorti d'une clause de déchéance

a) Cette clause doit être spéciale, claire et précise.

La déchéance doit être édictée comme une sanction spécifique à tel ou tel manquement de l'assuré, afin qu'il sache exactement ce qu'il encourt en ne l'exécutant pas. Dans le cas de l'exagération frauduleuse, la clause doit prévoir par exemple que l'assuré est déchu de tous ses droits en cas de fausses déclarations, faites de mauvaise foi, sur les conséquences du sinistre. Une clause ambiguë ou équivoque serait interprétée en faveur de l'assuré, l'assureur étant le rédacteur du contrat.

b) La clause de déchéance doit être mentionnée en caractères très apparents

Ce qui nécessite des caractères particuliers permettant de la mettre en relief. L'objectif sera probablement atteint par l'usage de caractères plus gras et plus lisibles ou par l'usage d'une encre de couleur. La clause doit être insérée dans la police elle-même et la jurisprudence a déclaré nulle une clause de déchéance insérée dans les statuts ou dans le règlement intérieur d'une société³⁸. De même l'assuré qui ne détient qu'une note de couverture renvoyant aux conditions générales d'une police qui ne lui a pas encore été délivrée ne peut se voir opposé cette déchéance.

2) L'assureur doit prouver que l'exagération est frauduleuse

En d'autres mots, l'assureur doit démontrer que l'exagération a été faite dans le but d'obtenir une indemnité supérieure à celle que l'assuré était en droit de prétendre. Comme il a été dit plus haut, la mauvaise foi se déduit des circonstances de fait.

Pour établir les manœuvres et les mises en scènes qu'implique l'exagération frauduleuse, les assureurs sont souvent obligés de recourir, en l'absence d'enquête pénale, à des expertises ou à des enquêtes privées, dont les conclusions n'ont que la valeur de simples renseignements. Il appartient ensuite aux juges du fond d'en apprécier le sérieux, l'impartialité et la valeur probante compte tenu de l'ensemble des éléments qui leur sont soumis.

³⁸ LAMBERT-FAIVRE (Y) Droit des Assurances, op. cit. p.356.

B - LES EFFETS DE LA DECHEANCE POUR EXAGERATION FRAUDULEUSE

1) Les effets dans les rapports assureur-assuré

L'assuré perd le droit à la garantie que le contrat lui conférait. Ce qui est essentiel ici c'est que ce droit n'est perdu que pour le sinistre à propos duquel la fraude a été commise. Le contrat demeure valable, il ne peut avoir répétition des indemnités payées dans le passé et, sauf clause de résiliation après sinistre, le contrat est maintenu pour l'avenir.

Cependant, l'assuré peut faire valoir certains moyens de défense pour faire obstacle à la déchéance. Il invoquera à ce sujet la renonciation non équivoque et en connaissance de cause de l'assureur à invoquer la déchéance. Ca pourra être la désignation d'experts, l'offre de règlement à la victime, etc... La force majeure en tant que circonstance exonératoire sera inopérante ici parce qu'il serait difficile pour le fraudeur de prouver que la force majeure l'a empêché de remplir ses obligations.

2) L'opposabilité de la déchéance à l'égard des tiers

A certains tiers, la déchéance pour exagération frauduleuse est opposable alors que ça ne l'est pas pour d'autres.

a) L'opposabilité de la déchéance pour exagération frauduleuse aux bénéficiaires d'une assurance pour compte

La déchéance est non seulement opposable à l'assuré-souscripteur lui-même, mais encore aux bénéficiaires en faveur desquels il a passé une stipulation pour autrui, à l'assuré d'une assurance pour compte ou au bénéficiaire d'une assurance en cas de décès.

b) L'inopposabilité de la déchéance aux victimes dans les assurances de responsabilité

L'article 210 du Code CIMA dispose que « ne sont pas opposables aux victimes ou à leurs ayants-droit les déchéances, à l'exception de la suspension régulière de la garantie pour non paiement de prime . »

c) L'inopposabilité de la déchéance pour surévaluation frauduleuse des pertes aux créanciers hypothécaires ou privilégiés dans les assurances de choses

Cette inopposabilité a été étendue aux assurances de choses par la Cour de Cassation française. Les créanciers hypothécaires ou privilégiés disposant d'une action directe contre l'assureur, la déchéance de la garantie portant sur l'objet d'une sûreté ne leur est pas opposable.

La déchéance intervient dans le cas très limité de la surévaluation frauduleuse des pertes. La nullité sanctionne quant à elle toutes les formes de déclaration frauduleuse du risque.

§.2. LES AUTRES ASPECTS CIVILS DU REGIME DE LA SANCTION DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Différents articles du Code des Assurances prévoient la nullité du contrat d'assurance pour fraude :

- l'article 18 en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle ;
- l'article 33 en cas de surassurance ;
- l'article 34 en cas d'assurances cumulatives ;
- l'article 11 selon lequel « l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré » ;
- l'article 66 selon lequel l'assurance est de nul effet si l'assuré se donne volontairement et consciemment la mort au cours des deux premières années du contrat et enfin l'article 78 qui dispose que « 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 nullité s'applique quel que soit le moment où l'inexactitude s'est produite c'est-à-dire aussi bien dans la phase précontractuelle qu'en cours du contrat, quand il s'agit dans cette dernière hypothèse, d'une circonstance nouvelle donnant lieu à obligation de déclarer. Cette seconde nullité ne s'applique ni aux assurances sur la Vie, ni à l'assurance Maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié. Seule la nullité pour fausse déclaration intentionnelle du risque sera étudiée en détail parce que étant une nullité « spécifique » à l'assurance.³⁹ Nous examinerons d'abord les conditions de cette nullité (A), ses effets (B) et nous terminerons par les « déchéances » de nullité qui peuvent être opposées à l'assureur (C).

A - CONDITIONS DE NULLITE

On doit rappeler en passant que les « causes ordinaires de nullité » ne sont pas écartées par l'article 18 du Code CIMA. Toutefois, les sanctions que le droit commun prononce contre l'erreur, la violence et le dol sont d'utilisation rarissime.⁴⁰

S'agissant des conditions de nullité proprement dites, elle sont au nombre de trois :

1) Existence d'une réticence ou d'une fausse déclaration

Elle est encourue par l'assuré qui déclare faussement le risque lors de la conclusion du contrat ou qui dissimule les circonstances l'aggravant en cours de son exécution, dans l'intention de tromper l'assureur. Bien qu'aucun des articles du Code CIMA ne contient de disposition concernant la nature de la sanction prise à l'encontre de l'assuré par suite de l'inexécution totale de l'obligation de déclaration des aggravations, on a déduit de la généralité des termes de l'article 15 du Code l'aggravation de son régime au cas d'aggravation de risque.⁴¹

³⁹ CHARRE-SERVEAU (M) et LANDEL (J) Lexique juridique et pratique des termes de l'assurance, op. cit. p.167

⁴⁰ FAVRE-ROCHEX (A) Le droit du contrat d'assurance, Volume III

⁴¹ Martine CHARRE-SERVEAU et LANDEL (J), op. cit., p.167

2) Commise avec, chez le proposant ou l'assuré, l'intention de tromper

La sanction de l'article 18 du Code CIMA n'est applicable que si l'assureur peut établir une réticence ou une fausse déclaration « intentionnelle » c'est-à-dire prouver la mauvaise foi de l'assuré. Cette mauvaise foi peut être établie par tous les moyens.

3) Sur un point changeant l'objet du risque, ou en diminuant l'opinion pour l'assureur, que le risque omis ou dénaturé ait ou non influencé la survenance du sinistre

Il n'y a pas déclaration inexacte lorsque le questionnaire initial est imprécis⁴² ou lorsque la question qui reçoit une réponse exacte insuffisante pour l'appréciation de l'assureur ou encore la déclaration inexacte concerne un risque contractuellement exclu.⁴³ C'est encore le cas lorsque l'activité de l'assuré est comme du grand public et de l'assureur⁴⁴ ou lorsqu'il n'est pas établi que les menaces reçues par l'assuré non déclarées s'appliquaient aux locaux assurés. Quand, par ses autres déclarations ou indications, l'assuré met l'assureur en mesure de vérifier ses dires, sa mauvaise foi est écartée.⁴⁵ Elle l'est également quand la circonstance omise présentait un caractère exceptionnel ou bénin.

C'est le juge du fond qui apprécie souverainement la mauvaise foi de l'assuré et il importe peu que la déclaration ait eu une influence sur le sinistre.

B - LA NULLITE DU CONTRAT

La nullité est appréciée au jour où la déclaration devait être faite (jour de la fraude ou jour de l'aggravation. Cette nullité est opposable à tous, même aux victimes en assurance de responsabilité. La justification d'une telle sanction prise à l'encontre de l'assuré est double :

- le contrat d'assurance est un contrat dit « de bonne foi » qui requiert un comportement loyal de la part de l'assuré en matière de déclaration du risque. En effet, si la déclaration se révèle erronée ou si les circonstances aggravant ont été intentionnellement dissimulées, l'opinion de l'assureur sur le risque est modifié .
- c'est sur la base de la déclaration que l'assureur établit la tarification et détermine ainsi le prix de l'assurance (prime). Si le risque est sous-évalué, l'assureur percevra une prime inférieure à la valeur réelle du risque. En l'absence d'une telle sanction éliminant les assurés peu scrupuleux, l'équilibre même de la mutualité des assurés serait menacé.

Pour ces deux raisons, la règle énoncée par l'article 12 du Code CIMA est d'ordre public. La nullité du contrat n'implique pas la disparition retroactive de la garantie due par l'assureur.⁴⁶ Le contrat d'assurance étant un contrat à exécution successive, la Vie contractuelle antérieure à cette date, n'est pas remise en question. Elle permet à l'assureur de répéter les sinistres payés, de conserver les primes encaissées et, à titre de dommages-intérêts, de réclamer le paiement de toutes les primes échues.

⁴² FAVRE-ROCHEX (A) Le droit du contrat d'assurance, op. cit. p.51

⁴³ FAVRE-ROCHEX (A) op. cit. p.51

⁴⁴ FAVRE-ROCHEX (A) op. cit. p.51

⁴⁵ FAVRE-ROCHEX (A) op. cit. p.52

⁴⁶ FAVRE-ROCHEX (A) op. cit. p.52

Cette règle s'applique à toutes les branches d'assurance y compris à l'assurance Vie, qui comporte cependant des dispositions spécifiques concernant les conséquences en matière de nullité.

C'est d'abord l'article 67 du Code des Assurances qui prévoit le remboursement de la provision mathématique au bénéficiaire du contrat en cas de suicide conscient de l'assuré dans les deux ans de la conclusion du contrat d'assurance.

Ensuite en assurance groupe, en cas de déclaration inexacte de l'adhérent, ce n'est pas le contrat groupe qui tombe en son entier : la nullité n'affecte que l'adhésion individuelle à propos de laquelle l'irrégularité a été commise.

Enfin l'article 80 du Code CIMA qui prévoit la nullité du contrat en cas d'erreur sur l'âge de l'assuré ne mentionne pas le terme de fausse déclaration. Il ne peut s'agir dans ce cas que d'une nullité ordinaire.

C - OBSTACLES A LA NULLITE

Il existe en effet des exceptions de nullité que l'assuré peut opposer à l'assureur. Certaines sont des créations jurisprudentielles alors que d'autres sont des exceptions formulées par le législateur.

1) L'exception tirée de la prescription de l'action engagée par l'assureur

Aux termes de l'article 28 du Code CIMA, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ». Ce délai ne court en cas d'omission, reticence, déclaration fausse ou inexact sur le risque couru que du jour où l'assureur en a eu connaissance.

2) L'exception tirée de la renonciation à se prévaloir de la nullité

L'article 15 du Code des Assurances dispose que l'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a consenti au maintien de l'assurance.

Cette renonciation peut être expresse ou tacite et résultant d'un comportement non équivoque de l'assureur. Ainsi, l'assureur est de plein droit renonçant lorsqu'il prend, en assurance de responsabilité, la direction du procès intenté à l'assuré. C'est à l'assuré qu'il revient d'établir que l'assureur avait connaissance des fausses déclarations quand il a procédé au règlement.⁴⁷ En revanche, est censé avoir renoncé à se prévaloir du dol l'assureur qui, avisé de la fraude, affirme à plusieurs reprises son intention de prendre le sinistre en charge⁴⁸ ou ne proteste pas ou qui, enfin, perçoit les primes postérieurement à la découverte de la nullité.⁴⁹

Au civil, il est constant que la repression de la fraude a une fonction réparatrice. Sur le plan pénal, la sanction de la fraude a plutôt une fonction répressive car il s'agit de punir des comportements contraires à l'ordre public et/ou aux bonnes moeurs.

⁴⁷ Cas. Civ. I, 29 Mai 1956 : RGAT 1956, 151 ; D1956

⁴⁸ Cas. Civ. I, 6 Février 1957 : RGAT 1957, 155

⁴⁹ Cass. Civ. I, 7 Mai 1980 : RGAT 1981, 60

SECTION 2 - LA SANCTION PENALE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

L'assureur victime de la fraude peut porter plainte en invoquant le faux en écriture privée (article 314 du Code Pénal) et plus généralement l'escroquerie ou la tentative d'escroquerie (article 318 du Code Pénal). C'est ce dernier délit qui retiendra notre attention. Au départ, il est utile de constater qu'il est malaisé de rapporter la preuve des manoeuvres frauduleuses constitutives du délit d'escroquerie (§.1). On sera conduit ensuite à voir à quelles conditions le délit d'escroquerie s'applique au fraudeur (§.2).

§.1. LA PREUVE DES MANOEUVRES FRAUDULEUSES CONSTITUTIVES DU DELIT D'ESCROQUERIE

Cette preuve est difficile par hypothèse parce que la fraude suppose une dissimulation de la vérité. Or c'est une vérité cachée que le fraudeur s'est évertué à cacher. Cette difficulté n'empêche pas d'examiner les contours de cette preuve dans son objet (A), sa charge (B) et les moyens permettant de la rapporter (C).

A - L'OBJET DE LA PREUVE

L'objet de la fraude renvoie à ce qu'il faut faire pour que la fraude soit admise. Traditionnellement, on distingue un aspect matériel et un aspect psychologique.

L'aspect matériel repose sur le fait qu'une fraude à l'assurance se traduit par une inexactitude, une dissimulation ou une exagération de la déclaration par l'assuré ou un tiers.

L'aspect psychologique pose le problème de la démonstration de la mauvaise foi de l'assuré ou du tiers fraudeur. On sait qu'il s'est toujours posé d'énormes difficultés à rapporter cette dernière preuve.⁵⁰

B - LA CHARGE DE LA PREUVE

C'est à l'assureur de démontrer la fraude de l'assuré ou d'un tiers. Cette règle se fonde sur celle de l'article 2268 du Code Civil à laquelle on reconnaît une portée générale : « la bonne foi est toujours présumée, et c'est à celui qui allègue la mauvaise foi de la prouver ». La fraude ne se présume pas et l'assureur a la charge de cette preuve.

C - LES MOYENS DE PREUVE

La preuve de la fraude à l'assurance peut résulter :

- d'un aveu de l'assuré qui reconnaît même implicitement le fait frauduleux ;
- la démonstration d'un matériel concret, contraire aux allégations de l'assuré (fausse facture, fausse date, fausse propriété d'un bien, etc...) ;
- d'écrits ou de témoignages infirmant les preuves apportées par l'assuré ;

() Cass. Civ. I, 8 Novembre 1982 : GAZ PAL, PAN. JUR. 38

⁵⁰ Voir à ce sujet les commentaires de BEAUCHARD (J), la repression de la fraude à l'assurance, aspects du droit civil in La Lutte contre la Fraude à l'Assurance, op. cit. p.63.

- d'analyse scientifique (en matière d'incendie par exemple) ;
- de présomptions graves, précises et concordantes établies à partir d'un ou plusieurs indices convergents et réunis. On peut aussi voir recours à des enquêteurs, à des ingénieurs, à des laboratoires, à des fichiers informatiques qui permettent de recouper l'information. Et enfin par tout autre moyen pouvant faire foi, l'énumération n'étant pas exhaustive comme les éléments constitutifs de l'escroquerie au pénal.

§.2. QUALIFICATION PENALE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

D'après les termes de l'article 318 du Code Pénal camerounais, l'escroquerie est une détermination fallacieuse de la victime soit par des manoeuvres, soit en affirmant ou en dissimulant un fait. Ses éléments constitutifs sont :

- l'emploi de moyens frauduleux, une chose objet de la remise, le préjudice et l'intention coupable.⁵¹ Ces éléments se décomposent ainsi :⁵² La « chose » peut être de nature corporelle et mobilière et peut consister en une somme d'argent. La « remise » se traduira par la transmission d'un chèque par l'assureur à l'assuré ou par virement du compte de l'assureur à celui du fraudeur. Le « préjudice » pour l'assureur consistera à la remise d'une somme qui n'est pas due. « L'intention » c'est la conscience de réclamer une valeur non due.

S'agissant des moyens frauduleux, la théorie générale de l'escroquerie et la pratique quotidienne des assureurs révèlent ceux-ci : ce sera l'emploi d'un faux nom ou d'une fausse qualité ou encore des manoeuvres frauduleuses et impliquant une machination, une mise en scène, la production de pièces ou documents écrits, voir l'intervention d'un tiers.

Si l'assureur n'a pas versé de fonds à l'assuré et/ou au tiers, il y a tentative d'escroquerie. La tentative est certaine dès lors que l'assuré simule un sinistre et réclame à la compagnie d'assurance le montant de ce qu'il prétend lui être dû.⁵³ La déclaration de sinistre fictif est retenue comme une preuve de la tentative d'escroquerie.⁵⁴ Ainsi, les dispositions de l'article 318 du Code Pénal s'appliquent sans difficulté à la fraude à l'assurance. Cette vision apparemment simpliste ne doit pas occulter les problèmes réels que posent la mise en oeuvre du régime de sanction de la fraude à l'assurance que les praticiens n'ignorent d'ailleurs pas.

SECTION 3 - QUELQUES DIFFICULTES A INTEGRER

L'application des sanctions prévues par le législateur n'est pas toujours facile.⁵⁵ Les freins principaux sont: la présomption de bonne foi au civil (§.1). La présomption d'innocence de l'assuré au pénal (§.2) et un risque de responsabilité de l'assureur pour dénonciation calomnieuse si les faits reprochés ne sont pas établis (§.3). Ce sont des données que l'assureur devra intégrer en permanence dans tout processus de sanction de la fraude à l'assurance.

⁵¹ Voir PRADEL (J), La Fraude à l'Assurance. Aspects de droit pénal in La Lutte contre la fraude à l'assurance. op. cit. p.73.

⁵² Voir KUATE (I) La fraude à l'Assurance au Cameroun in LEX LATA n° 027-28 Juin-Juillet 1996 p.3 à 7 - p.5.

⁵³ ROBERT (JM), Note sous crim. 14 Juin 1977 cité par PRADEL (J) La Fraude à l'Assurance. Aspects de droit pénal. op. cit. p.75.

⁵⁴ FRAY (G) et BARBANLEY (J), l'escroquerie à l'assurance cité par PRADEL (J). La Fraude à l'Assurance, Aspects de Droit Pénal. op. cit. p.75.

⁵⁵ KUATE (I) : op. cit. p.6

§.1. LA PRESOMPTION DE BONNE FOI AU CIVIL

Le contrat d'assurance est un contrat de « haute bonne foi ». Au civil, la charge de la preuve de la mauvaise foi revient à l'assureur or comme on l'a dit précédemment, la preuve de la fraude est un problème délicat puisqu'il y a dans la fraude une dissimulation de la vérité souvent masquée sous l'apparence d'une vérité différente.⁵⁶ Il faut découvrir ce qui est caché. Et comme il s'agit de prouver deux choses : un fait et la mauvaise foi de l'assuré, la difficulté est encore aggravée en assurance de personnes car ici, la preuve met en jeu notamment la science, les médecins et le secret médical, la preuve est rendue difficile par la déclaration des sinistres difficilement objectivables.⁵⁷ Celui qui invoque la fraude doit la prouver. Si la bonne foi est présumée, la fraude par contre ne se présume pas : on ne peut pas être présumé fraudeur. L'assuré doit être présumé de bonne foi. C'est une exigence juridique.

§.2. LA PRESOMPTION D'INNOCENCE AU CIVIL

C'est un principe en vertu duquel le moindre doute dans les faits profite au fraudeur et non à l'assureur. La preuve doit donc être hors de tout doute raisonnable. Cette exigence est en soi très lourde et est appliquée strictement par la jurisprudence. Il n'est pas rare que devant une évidence certaine ou presque certaine de fraude ou de dessein frauduleux, que le juge conclut à la naïveté de l'assuré ou à l'absence d'escroquerie carrément.

C'est le cas dans une espèce⁵⁸ où un officier ministériel (huissier de justice) était parvenu à démontrer que les pièces justificatives du droit à l'indemnité étaient toutes falsifiées ou fausses mais ceci n'a pas empêché le juge de « blanchir » le fraudeur.

Il va sans dire que dans notre sphère où il n'existe ni de service anti-fraude, ni de détectives privés ou des cabinets d'enquêtes habitués à effectuer des recherches dans les domaines les plus divers de l'assurance, la preuve sera encore plus difficile. Il vaut mieux pourtant oser. Mais le principe demeure intangible, à savoir qu'on ne peut pas être présumé coupable d'une infraction tant que les preuves n'ont pas été rapportées.

§.3. LE RISQUE DE RESPONSABILITE DE L'ASSUREUR DU FAIT DU DEPOT D'UNE PLAINTE POUR ESCROQUERIE

Notre préoccupation est de savoir si la personne visée dans une plainte peut se retourner contre l'auteur de celle-ci au cas où les faits reprochés ne sont pas constitutifs d'escroquerie. Pour y parvenir, nous essayerons de déterminer la qualification pénale qui est susceptible d'être utilisée(A) et à quelles conditions il peut avoir une responsabilité(B).

⁵⁶ SCOR VIE : La Fraude en Assurance Vie, op. cit. p.23

⁵⁷ SCOR VIE : op. cit. p.10

⁵⁸ Voir affaire Société d'Assurances SOCAR/Agent Général CHANAS § PRIVAT demanderesse c/ DJAMEN Jacques du T.G.I. du Mungo.

A - LA QUALIFICATION PENALE SUSCEPTIBLE D'ETRE UTILISEE

Sans entrer dans les subtilités du droit pénal, on peut affirmer que dans le choix entre la qualification de diffamation et celle de dénonciation calomnieuse, c'est la seconde qui s'impose en raison de son caractère spécifique⁵⁹ puisque la qualification de diffamation disparaît du seul fait que le dépôt d'une plainte en justice entre dans l'exercice d'un droit. Mais il ne serait pas erroné de concevoir des hypothèses peut être rares de cumul d'infractions, dans lesquelles le fait d'imputer des faits diffamatoires aurait précédé le dépôt de la plainte constitutive de la dénonciation. Ce serait par exemple le cas si un responsable d'une compagnie d'assurance a accusé un assuré de fraude quelque temps avant de déposer une plainte pour escroquerie.

Si ces accusations avaient été rendues publiques, leurs auteurs pourraient être poursuivis à la fois pour le délit de diffamation publique et pour celui de dénonciation calomnieuse.⁶⁰ Mais très généralement, c'est la dénonciation qui peut être reprochée à un responsable d'entreprise d'assurances.

B - LA FAUTE DANS LA DENONCIATION

Quels sont les éléments constitutifs de la dénonciation calomnieuse ? Au Cameroun, la dénonciation calomnieuse est régie par les dispositions de l'article 304 du code Pénal. On peut relever que la dénonciation à un officier de justice d'un fait précis susceptible d'exposer son auteur à des sanctions entre dans le champ d'application de l'article 304 du Code Pénal.

C'est le cas pour toute plainte déposée tant au juge d'instruction qu'au parquet pour escroquerie. Pour être qualifiée de dénonciation calomnieuse, la dénonciation doit porter sur des faits inexacts et la plainte pour escroquerie doit avoir abouti à une décision de relaxe, de non lieu ou de classement sans suite.⁶¹ Cependant, toute décision de relaxe, de non-lieu ou de classement sans suite n'est pas une dénonciation calomnieuse. Il n'en sera ainsi que si l'accusation parvient à apporter la preuve de la mauvaise foi du dénonciateur à la date où la plainte a été déposée.⁶²

La jurisprudence se montre d'ailleurs assez stricte sur la démonstration de l'élément moral de la dénonciation calomnieuse : cet élément tient à la conscience du caractère inexact des faits reprochés. La constatation des juges du fond relative à l'intention délictueuse est souveraine mais à la seule condition qu'elle se fonde sur des motifs qui ne sont ni insuffisants, ni

contradictoires.⁶³ Ce qui est intéressant à ce stade pour les responsables des sociétés d'assurances c'est que le doute ici profite à la personne poursuivie et elle n'est pas coupable de dénonciation calomnieuse lorsqu'elle a simplement agi avec légèreté en croyant un peu trop rapidement et au caractère délictueux des faits dénoncés.⁶⁴

⁵⁹ GUT (JF) Les Enquêteurs des services anti-fraudes et leur responsabilité in la Lutte contre la fraude à l'assure, op. cit.

⁶⁰ Crim. 19 Janvier 1848, S. 1848. I. 145

⁶¹ En dépit des critiques d'une partie de la doctrine, la jurisprudence paraît considérer la fausseté du fait dénoncé comme définitivement établie par un classement sans suite (cf. Crim. Avril 1968, Bull. Crim. 1968 n° 131)

⁶² Crim. 28 Novembre 1978, Bull. Crim. 1978⁶²

⁶³ Crim. 22 Juin 1982, Bull. Crim. 1982 n° 167

⁶⁴ Voir A. VITRE, Traité de Droit Pénal Spécial, 1982, Tome 1 n° 512 cité par GUT (JF)

() Crim. 25 Avril 1979, Bull. ICrim. 1979 n° 148

Notons pour terminer que l'action en dénonciation calomnieuse en raison de sa nature pénale ne peut être dirigée que contre les personnes physiques, en principe la personne qui a donné les instructions pour l'établissement de la plainte, même si elle ne l'a pas elle-même signée. Mais il est très aisé pour cette personne de démontrer que la preuve n'a pas été rapportée de sa connaissance de l'inexactitude des faits dénoncés au moment du dépôt de la plainte. Ce qui lui permet d'échapper à toute responsabilité pénale.

Ces difficultés, ajoutées aux autres ne doivent ni décourager l'assureur dans la recherche de l'exemplarité par le dépôt des plaintes pour escroquerie ni encore moins dans la nécessité d'organiser une véritable lutte contre la fraude à l'assurance au Cameroun.

CHAPITRE III - LA NECESSITE D'ORGANISER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

La fraude à l'assurance est donc une réalité inquiétante pour le devenir du marché de l'assurance au Cameroun. Sa responsabilité dans la détérioration actuelle des résultats de ce marché n'est pas connue⁶⁵ mais par principe, la fraude amoindrit les marges bénéficiaires des compagnies d'assurances ou aggrave leurs déficits selon les cas.

Devant l'ampleur du phénomène, les assureurs doivent se mobiliser pour combattre cette forme de criminalité afin de se protéger avec la mutualité des assurés contre la fraude. Il ne s'agit plus de réagir au cas par cas (comme ça a été le cas jusqu'à nos jours) mais de mettre en oeuvre une véritable technique anti-fraude à travers ses moyens spécifiques et systématiques (politiques, organisation des sociétés, etc...). Pour stopper cette gangrène, il faudra créer un système anti-fraude avec des mesures de prévention et de détection dont le dosage devra épouser les caractéristiques du marché camerounais de l'assurance. Une politique anti-fraude comporte des objectifs prioritaires à atteindre (Section 1). Les moyens pour les atteindre sont variés (Section 2).

SECTION 1 - LES OBJECTIFS A ATTEINDRE

Cette section énonce des propositions pour combattre la fraude à l'assurance. Elles ne sont pas exhaustives, mais reflètent les tendances principales actuelles en matière d'organisation de la lutte contre la fraude. Les axes essentiels sont la prévention (§.1) et la détection (§.2).

§.1. GENERALISER LA PREVENTION

La prévention peut être définie comme un ensemble de mesures, organisation, destinées à empêcher la réalisation de certains risques prévisibles. Dans le contexte de notre étude, le risque prévisible est la fraude. L'utilité de cette prévention dans la lutte contre la fraude est de limiter les abus, les contentieux et les charges financières. Elle permet de protéger la communauté des assurés et se fait à plusieurs niveaux.

A - L'ELABORATION DES CLAUSES CONTRACTUELLES ET CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Les conditions et les termes du contrat d'assurance doivent revêtir l'exigence de clarté tant au niveau des garanties que des clauses de déchéances, des nullités et des exclusions.

⁶⁵ C'est le problème du déficit de statistique sur le marché. Même pour une entreprise, il est difficile d'avoir des statistiques.

1) La limitation des garanties

Une limitation des garanties empêche un usage abusif du contrat d'assurance car dans la pratique actuelle, il y a une tendance des assureurs à accorder parfois des garanties trop confortables sans rapport avec les revenus et les besoins de l'assuré.⁶⁶ Dans le cas des garanties « pertes d'exploitation » par exemple, le fait d'accorder des indemnités journalières supérieures aux revenus de l'assuré en cas d'arrêt de travail ne peut que favoriser la réalisation de la fraude. De même, certaines indemnisations prévues sans limite conduisent souvent à des abus manifestes.

C'est d'ailleurs pour cette raison que certaines compagnies excluent ou limitent en assurance maladie, les maladies non objectivables ou alors limitent l'indemnisation dans le temps. Sur ce même chapitre, une attention particulière doit être faite à la rédaction du contrat afin de bien en établir les bornes.

2) Les revers de la vulgarisation de certains risques

L'assureur camerounais a vulgarisé certains risques qui sont aujourd'hui le ciment même de la fraude. C'est le cas de l'assurance maladie, de l'assurance vol dans ses différentes articulations (vol d'habitation, de commerce ou d'entreprise, vol auto, total ou partiel...) On le sait, il est très facile de faire disparaître son pare-brise ou de faire passer une voiture à la frontière avant de déclarer le sinistre.

Dans une affaire, un assuré avait déclaré que sa voiture avait été volée dans la nuit du 05 au 06 Juillet 1989 alors qu'il était garé à son domicile sis au Quartier Dakar à YAOUNDE. Une mission d'enquête confidentielle au sujet de ce vol fut confiée à un expert. Ce dernier est parvenu à démontrer que le jour même de l'immatriculation, le véhicule avait été vendu à un certain Monsieur VC, aide-mécanicien qui en était devenu le propriétaire.

Pour réduire les risques de fraudes, il est utile de ne accorder ces garanties que de manière sélective et si besoin est, après une enquête préalable de la moralité et des antécédents du souscripteur. Ceci doit être la règle, sauf pour certains clients d'envergure au profit desquels il faut intégrer l'aspect commercial.

3) Les inconvénients des techniques de vente de proximité

Il faut le reconnaître, il existe désormais un secteur informel de l'assurance au Cameroun avec le déversement des débrouillards sur le terrain de l'économie sans formation ni expérience préalable. D'un autre côté, on observe une croissance de bureaux directs et d'agents généraux dont certains sont installés dans des structures précaires.⁶⁷ Ces structures sont des viviers de fraudeurs. Un contrôle qualitatif du recrutement des intermédiaires s'impose désormais car l'assurance doit cesser d'être le réceptacle où viennent s'abriter tous les débrouillards de la crise.

⁶⁶ KUATE (I) La Fraude à l'Assurance au Cameroun, op. cit. p.6

⁶⁷ On a observé qu'il y avait des bureaux de souscription logés dans les caisses « containers » vidées de leurs marchandises.

B - SELECTION RIGOREUSE DES RISQUES

Cette exigence est capitale notamment pour les contrats à capitaux importants car elle permet d'éviter les malentendus et les abus et même d'obtenir une tarification équitable.

Dans le domaine de la sélection, les questionnaires incomplets, imprécis ou trop généraux dans leurs termes sont souvent sources de litiges. Dans son contenu, le questionnaire doit pouvoir fournir les informations les plus larges possibles sur le passé et les antécédents du proposant, en posant des questions précises qui évitent le doute des réponses. Le questionnaire doit porter non seulement sur le passé, mais également sur le présent et pourquoi pas sur le futur pour s'assurer que le proposant n'est pas à l'approche de certaines échéances qui pourraient nécessiter une escroquerie à l'assurance. La complexité du questionnaire doit varier en fonction du risque et de la branche. Certains risques par leur caractère dangereux doivent entraîner l'application de surprime voire l'émission d'un questionnaire spécial.

Afin d'obtenir une prévention efficace contre l'usage abusif du contrat, il faut de plus en plus faire une deuxième sélection qui est financière. La nécessité d'effectuer une sélection des risques sur le plan économique se justifie pour les raisons suivantes :

- on observe une multiplicité de possibilités de fraude souvent liées à la dégradation du contexte économique : suicides déguisés, décès suspects, faux accidents, fausses disparitions, garanties incapacité et invalidité exagérées, imaginaires ou simulées... ;
- la moralité peu orthodoxe de certains assurés ;
- la recherche d'un profit par l'assuré, le bénéficiaire comme l'amélioration d'une situation personnelle, résolutions de difficultés financières individuelles, renflouement d'une entreprise en difficulté.

Cette sélection financière a pour but de vérifier l'existence d'un intérêt assurable et de lutter contre la surassurance frauduleuse en vérifiant si le montant assuré se justifie et se trouve en rapport avec la situation économique et les besoins de l'assuré.

Le producteur cherchera alors à savoir entre autres pourquoi le proposant s'assure aujourd'hui alors qu'il ne l'a pas fait auparavant, s'il y a un besoin réel d'assurance, si le montant assuré est justifié et s'il y a recherche d'un profit. C'est vrai certes, l'aridité du marché avec l'amenuisement de la matière assurable où tous se battent autour des mêmes risques oblige à nuancer ce regard.

C - NE PAS NEGLIGER LE ROLE DE L'INTERMEDIAIRE

Les objectifs poursuivis par l'intermédiaire ne sont pas toujours ceux de la compagnie. Ayant pour ambition de commercialiser le maximum de produits en fidélisant sa clientèle, l'intermédiaire a très souvent tendance à tout faire pour octroyer la garantie au client. C'est esprit crée de nombreux impacts négatifs. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'évoluer (en le généralisant) vers un système de « rémunération à l'excellence » permettant d'intéresser l'intermédiaire en fonction de la qualité du contrat. Son rôle est également essentiel dans l'information du client puisqu'un client bien informé est mieux éclairé donc moins enclin à la fraude.

Sur le terrain de cette information, l'intermédiaire doit attirer l'attention du proposant sur l'importance des questions posées, l'exigence de sincérité des réponses, les contrôles qui peuvent suivre et éventuellement les risques encourus. Il doit en outre insister sur les questions les plus importantes, s'assurer que la signification et la portée des questions ont été bien comprises. Il doit ensuite exiger que les questionnaires soient complètement remplis et signés, aucune question ne restant sans réponse.

Ceci est d'autant plus impérieux que l'assureur ne peut se prévaloir du fait que les réponses sont exprimées en termes généraux alors que le questionnaire était lui-même imprécis. Il n'est pas inutile de faire préciser par le proposant l'existence d'autres contrats, afin de pouvoir réaliser une appréciation juste du risque.

D - LES AUTRES MOYENS DE PREVENTION

Deux autres moyens de prévention existent :

1) L'importance des fichiers

C'est un moyen de prévention qui permet le croisement des informations et leur existence peut dissuader les éventuels fraudeurs. Ces fichiers peuvent contenir des informations telles :

- le nom des souscripteurs présentant un risque dit « aggravé » c'est-à-dire ayant fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, ou d'une acceptation avec surprime en assurance Vie ;
- tous les sinistres dont l'instruction a dévoilé des cas de fraudes avec indication des noms, adresses des fraudeurs reconnus comme tels, la façon dont ils agissent ainsi que les tiers et complices. Ce fichier doit pouvoir couvrir l'ensemble du marché.

2) Les programmes permanents d'information du public sur l'assurance, sur la fraude et ses conséquences

Ce sont des actions qui sont également de nature à limiter les excès. Elles doivent comprendre : la publicité d'actions réussies dans les journaux internes adressés aux assurés et aux agents, des messages radiodiffusés et télévisés sur la fraude, des contacts avec les autorités et les médias...

La prévention est une fonction importante parce qu'elle permet de réduire les coûts, d'améliorer les relations commerciales et de fidéliser les clients. Mais comme tout acte préventif, elle est limitée. Le traitement proprement dit de la fraude commence avec la détection.

§.2. ORGANISER LA DETECTION

L'escroquerie à l'assurance relève principalement de la juridiction répressive. Les services de police ont en principe la charge de déceler et de constater les fraudes commises au préjudice des sociétés d'assurances. Pour des raisons que nous avons évoquées,⁶⁸ les assureurs doivent compter d'abord sur eux-mêmes.

⁶⁸ Voir la section traitant de l'attitude des pouvoirs publics face à la fraude.

A - LORS DE LA SOUSCRIPTION

A la souscription, les producteurs sont les mieux placés pour détecter un dossier douteux car à ce moment du contrat, c'est eux qui ont contact avec le client. Ils doivent de ce fait se montrer vigilants quant aux motivations de l'assuré, sa situation réelle, son assise financière, la nature, la qualité, voire la réalité du risque.

Sur la valeur des documents présentés, ils doivent être exigeants. En assurance automobile par exemple, ce sera la carte grise alors qu'en assurance Vie ce sera le questionnaire médical ou le rapport médical.

Cependant, dans le domaine de la détection, le rôle des services de production se trouve par nature limité du fait qu'ils sont très souvent influencés par les préoccupations commerciales en vue de pénétrer le marché. C'est donc les services sinistres qui peuvent se montrer très actif dans la détection.

B - LE ROLE DU SERVICE SINISTRE

La détection de la fraude au niveau de la compagnie ne peut être faite en premier lieu que par le gestionnaire du dossier ou encore l'expert ou les inspecteurs. Elle nécessite une formation mais également de l'expérience pour « flairer » la fraude car les services sinistres ayant reçu compétence pour recevoir les dossiers et les traiter, ils sont le mieux placés pour avoir des soupçons. Cependant il y a des cas où c'est l'agent lui-même ou le courtier qui attire l'attention des règleurs sur la personnalité suspecte d'un client ou sur les circonstances assez louches de survenance du sinistre.

Les conditions d'une bonne détection sont riches et variées.⁶⁹ Nous nous limiterons à quelques unes :

- Décloisonner l'entreprise afin d'empêcher que le fraudeur ne tourne qu'au sein de la même entreprise en passant d'une branche à l'autre, par exemple de l'IARD à la Vie. Heureusement qu'aujourd'hui, le Code CIMA sépare les deux unités.
- Associer tous les services de l'entreprise : la fraude doit être l'affaire de tous notamment de l'ensemble des services de souscription et de règlement des sinistres.
- Equiper les services avec la liste des indices de fraude détaillées par branche⁷⁰ afin de leur permettre de bien connaître la fraude et ses mécanismes.
- Toujours rechercher les causes et les origines des sinistres. Une telle curiosité de l'assureur est nécessaire afin de limiter les tentations de fraude. On peut imaginer des contrats où les termes imposent par exemple la présence de l'assureur ou de l'un de ses auxiliaires sur les lieux du sinistre chaque fois qu'il survient.

⁶⁹ COSTE (C.A), La détection de la fraude in La lutte contre la fraude à l'assurance, op. cit. p.30.

⁷⁰ Voir en annexe les indices mis au point par la MUNICH RE et SCOR VIE

- Sensibiliser les experts sur l'importance que l'assureur attache sur les origines et les causes du sinistre.

- Faire appel à des spécialistes. On peut de ce fait recourir soit à des détectives privés ou à des cabinets d'enquêtes habitués à effectuer des recherches dans le domaine de l'assurance soit à des agents d'investigation spécialisés accrédités par un organisme professionnel représentatif de toute la profession.

Cette recherche peut être menée dans diverses directions : en vérifiant les divers fichiers, en se rendant sur les lieux du sinistre pour y recueillir témoignages, traces ou indices importants, en entrant en relation avec toutes personnes ou services pouvant détenir des renseignements ou apporter leur aide tels les intermédiaires, les gestionnaires de dossiers, huissiers de justice, avocats etc..., en rendant visite à des témoins privilégiés comme les commerçants ayant vendu des marchandises pour avoir des justificatifs, en effectuant des démarches auprès de certains organismes officiels ou privés (sapeurs pompiers, mairies, banques, etc...) et enfin en se rapprochant des services d'enquête officiels territorialement compétents (police, gendarmerie) afin de leur fournir des informations nécessaires pour ouvrir une enquête ou pour éclairer l'opinion de l'assureur sur la bonne foi de l'assuré ou confirmer ses doutes initiaux.

C - EN ASSURANCE DE PERSONNES, LE RÔLE DE L'EXPERT MÉDICAL

L'expert médical doit jouer un rôle de premier plan dans la détection de la fraude tant au niveau de la souscription qu'après la déclaration du sinistre. Afin de permettre un diagnostic aussi exact que possible, l'assureur doit s'efforcer de remettre au médecin un dossier complet avec l'ensemble des pièces médicales, administratives et judiciaires de l'assuré s'il y a lieu. Il doit par ailleurs s'assurer qu'un examen critique a eu lieu et non que le médecin s'est borné à entériner les déclarations du souscripteur sans les vérifier. La vérification de l'identité de la personne à examiner n'est pas de trop dès lors que la pratique révèle des cas de substitution réels d'une autre personne à l'assuré dans un laboratoire, un hôpital ou un cabinet. Mais de tous les procédés de détection, la constitution des fichiers semble être la forme d'action la plus efficace si le système fonctionne normalement.

Pour conclure sur ce point, la prévention et la détection de la fraude sont des tâches qui doivent être partagées au sein de l'entreprise et il convient de sensibiliser, de motiver et de responsabiliser tout le personnel et tous les intermédiaires et en même temps l'organisation professionnelle et les pouvoirs publics. La réussite de ces objectifs exigent des moyens.

SECTION 2 - LES MOYENS POSSIBLES

Pour éradiquer la fraude à l'assurance ou tout au moins la comprimer dans des limites étroites, les pouvoirs publics, la corporation et les sociétés d'assurance en tant qu'entités autonomes doivent s'organiser d'une manière spécifique.

§.1. LES ACTIONS À ATTENDRE DES POUVOIRS PUBLICS

La profession doit attendre des pouvoirs publics qu'ils forment d'une manière plus poussée, les représentants de l'autorité dans le rôle qu'ils ont à jouer dans la détection et la repression de fraude à l'assurance. Cette exigence doit aboutir à des réunions, séminaires et colloques destinés aux magistrats, aux policiers et aux gendarmes.

L'Etat doit également doter les services dont le rôle est déterminant dans la lutte contre la fraude de moyens adéquats, aussi bien en hommes qu'en matériels (laboratoires de police scientifique par exemple).

Il convient aussi d'appliquer le régime disciplinaire sanctionnant les manquements du personnel de l'Etat à leurs obligations professionnelles et en l'occurrence ceux qui sont impliqués dans la lutte contre l'escroquerie à l'assurance (magistrats, policiers, gendarmes) afin de limiter les abus même si comme l'observateur peut le ressentir, les pouvoirs publics n'ont pas que cette lutte là à mener.

§.2. LES ACTIONS A ATTENDRE DE LA CORPORATION

Pour que l'assurance camerounaise ne soit pas mal partie, l'ASAC doit mettre l'accent sur une coordination et une collaboration importante du marché dans la lutte contre la fraude. Elle doit s'orienter vers un certain nombre d'actions prioritaires (A) et peut même concevoir en son sein un organisme central de lutte contre la fraude (B).

A - LES ACTIONS PRIORITAIRES

Elles sont nombreuses, en ayant pour acquis que les membres sont disposés à jouer franchement le jeu :

1) La rédaction de contrats-type pour les risques sensibles à la fraude

On a constaté que la fraude est souvent facilitée par des contrats mal rédigés. L'ASAC avec son expertise peut convoier des contrats bien ficelés aux contours déterminés qui seraient d'usage sur l'ensemble du marché. Ca pourrait être le cas en assurance Vol, Maladie, etc...

2) Le renseignement

C'est un moyen privilégié de lutte contre les grands trafics. Il permet de constituer un fichier d'indices permettant de surveiller étroitement les personnes connues ou soupçonnées de se livrer à la fraude. L'obtention d'informations de sources diverses (sociétés d'assurances, indicateurs, police et gendarmerie...) permet de développer la technique de ciblage.

L'utilisation fructueuse de ces indices implique trois facteurs indépendants que sont : la connaissance des indices, leur observation et une reconnaissance de ces indices à la souscription et au cours de l'instruction des sinistres. A partir du moment où ils apparaissent, on peut classer ces indices en trois groupes :⁷¹

- Indices du premier groupe : situation de l'assuré et de son entreprise ou de son ménage et comportement de l'assuré avant sinistre.
- Indices du deuxième groupe : comportement de l'assuré après sinistre.
- Indices du troisième groupe : circonstances du sinistre.

⁷¹ Voir notre annexe à la fin de l'étude.

Il importe à l'ASAC de centraliser et de classer tous les indices recueillis et de les distribuer aux compagnies.

3) Mise au point des profils-type de fraude et vulgarisation

L'objectif consiste à connaître les filières de fraude à l'assurance, à discerner les pratiques normales des pratiques anormales et peu justifiées. L'expérience des « régleurs » et des producteurs doit être mis à profit.

4) La création d'une commission de sinistre

Les exigences commerciales amènent souvent les compagnies d'assurances à procéder à des vérifications plus ou moins sommaires lorsqu'elles sont en présence d'une déclaration de sinistre. Dans le cas d'un sinistre douteux, une telle commission permet de régler le sinistre en commun, ce qui présente l'avantage d'aider à découvrir les cas des cumul ou les fraudes les plus diverses (par exemple assurance d'une voiture fictive dans plusieurs compagnies). L'autre avantage d'une telle commission est qu'elle favorise les échanges, le partage des expériences et peut même fournir des renseignements utiles pour la détermination des profils et des indices de fraude.

5) L'échange d'informations

Il convient de promouvoir le plus haut degré d'échange d'information entre les entreprises victimes de fraudes ou tout simplement exposées à ce fléau afin de permettre les différents contrôles adéquats à la souscription et lors du sinistre et en définitive de toute transaction avec les assurés ou les tiers. Echanges aussi avec les services officiels de répression et les intermédiaires (pour l'automobile).

Dans le même sens, il est nécessaire de conclure au sein de l'ASAC des arrangements instituant un dépôt systématique de plainte en cas de fraude. L'ASAC doit aussi veiller à une meilleure coordination de l'industrie avec les autres intervenants (législateur, système judiciaire, police et gendarmerie).

En dernière analyse, l'assistance mutuelle est indispensable et il y aurait un grand intérêt à mettre sur pied un organisme de lutte anti-fraude rattaché à l'ASAC.

B - CONCEVOIR UN ORGANISME DE LUTTE ANTI-FRAUDE RATTACHE A L'ASAC

C'est un phénomène de mode auquel les assureurs du monde entier semblent adhérer. Nous en ferons un aperçu (A) avant de présenter l'expérience française qui est aujourd'hui citée en exemple (B).

1) Aperçu théorique

On peut penser à la création d'un organisme entièrement autonome ou rattaché à une association d'assureurs. Ce dernier cas de figure présente des avantages énormes.⁷²

⁷² L'organisme peut entre autres bénéficier du personnel, du prestige, de l'équipement informatique de l'association...

Un tel organisme a pour attribution l'information du public, la collecte et l'exploitation des données, la formation professionnelle, l'élucidation de certains cas d'escroquerie à l'assurance et l'instruction des sinistres « spéciaux » et enfin la coordination de la coopération avec les autres intervenants (police, experts, gendarmerie, tutelle...) Sur ce point, l'ASAC peut bénéficier d'une expérience transformée en réussite en France.

2) L'expérience de l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA)

Constituée sous forme d'une association loi de 1901,⁷³ ALFA procède en réalité d'un calcul à but lucratif. c'est un organisme unique en Europe créé en 1989 par les trois familles de l'assurance (sociétés privées, mutuelles classiques et mutuelles agricoles).

Son siège : un étage protégé par un code électronique dans une tour de la région parisienne.

Sa mission : protéger les assureurs et les assurés contre la fraude.

Ses moyens : un réseau de 80 détectives privés répartis sur tout le territoire français et piloté par une structure centrale légère d'une quinzaine de personnes dont trois ingénieurs-chimistes, un analyste-programmeur informatique et un médecin-conseil. A mi-chemin entre la centrale de renseignements et le service action français, ALFA est devenu la police privée des assureurs. Au 09 Mars 1996, elle avait déjà intruit 23.000 dossiers de fraude présumée.⁷⁴

Son organisation : ALFA est organisée autour de trois pôles : un Bureau Central d'Investigations des Assurances (BCIA), un autre d'Informations Inter-ssurances (BC2IA) et un Commissaire de Police chargé de missions.

a) Le BCIA recrute et gère un réseau d'agents d'investigations. Il coordonne également leurs actions. Ces agents sont tous des anciens officiers de police judiciaire retraités. Il exerce leur activité dans un cadre libéral et sont rémunérés au dossier par les assureurs.

b) Avec le concours des correspondants anti-fraude désignés par les directions générales de chaque compagnie, le BC2IA reçoit, centralise et diffuse tous les renseignements intéressant la fraude. Deux moyens mis en place par ALFA permettent aux assureurs d'échanger leurs informations respectives.

La messagerie électronique fonctionne sur le réseau minitel. Chaque correspondant anti-fraude muni d'un code y a accès.

Le fichier échanges d'informations est alimenté exclusivement par les assureurs et prend en mémoire le nom des personnes ayant commis ou tenté de commettre une fraude à l'assurance. Près de 5500 noms y figurent au 7 Juin 1996.⁷⁵ Toujours dans le domaine de l'information, l'agence a mis en place une base de données informatiques qui regroupe plus de cinq cents décisions de jurisprudence concernant la fraude à l'assurance toutes branches.

⁷³ TOSCER (O), Les Maigret de l'assurance, le Point n° 1225, 9 Mars 1996, p.54 à 56, p.54

⁷⁴ TOSCER (O), Les Maigret de l'assurance, op. cit. p.54

⁷⁵ Agence ALFA, une machine de guerre au service des assureurs, L'Argus, 7 Juin 1996, p.30 à 39, p.31

c) Un commissaire unique au monde⁷⁶

Il est unique au monde parce que détaché par le Ministère de l'Intérieur Français pour une durée exceptionnellement longue (sept ans en 1996), il garde sa place hiérarchique dans la police, mais son salaire est versé par les organismes d'assurances. Il a pour mission de s'occuper des relations avec les services publics (police, gendarmerie, justice). Aux missions d'investigation et d'information d'ALFA s'ajoute, une mission de recherche et de réflexion sur les problèmes que pose la fraude.

Au plan Européen, l'agence est devenue une référence. L'ASAC devrait envier cette structure .

§.3. LES ACTIONS A ATTENDRE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Le moindre de ces actions n'est pas d'entrer dans une coopération sincère avec l'ASAC qui a un rôle pilote à jouer. Sur le marché les entreprises doivent prendre des mesures diverses (A) pouvant déboucher sur une organisation nouvelle (B).

A - QUELQUES ACTIONS A METTRE EN OEUVRE

Ne pouvant faire un inventaire exhaustif, nous nous limitons aux principales que sont :

1) La révision des contrats d'assurances pour tenir compte de la fraude

Ce sera le cas en instituant par exemple un bonus-malus pour fraude et en étudiant aussi l'incidence des franchises sur la fraude afin de prendre des mesures appropriées. Le système bonus sanctionnera les assurés honnêtes qui se verront accorder par exemple des réductions tarifaires alors que le système de malus sanctionnera les assurés malhonnêtes soupçonnés ou convaincus de fraude.

En ce qui concerne l'incidence de la franchise sur la fraude, on a remarqué deux situations contraires à l'objet visé par son institution à savoir la moralisation du risque. En effet, il a été observé d'une part que certaines exagérations de valeur avaient pour finalité de contourner une franchise et d'autre part que certaines intermédiaires rachetaient les franchises édictées au contrat afin de maintenir un client en portefeuille.

2) Application de meilleures méthodes d'appréciation du risque

Ce thème a été particulièrement développé dans le chapitre traitant de la prévention.

3) Recours aux indices de fraude

Ceci pour orienter la détection et la prévention, ce qui exige l'utilisation d'une informatique très développée pour enregistrer les sinistres suspects.

⁷⁶ TOSCAR (O), Les Maigrets de l'assurance, op. cit. p.55

4) Publicité sur la fraude avec lancement de campagnes d'information pour alerter l'opinion publique

On n'aura de cesse d'insister sur le rôle dissuasif d'une telle publicité car il faut désormais que le public sache les risques auxquels il s'expose en faisant une fausse déclaration de risque ou en captant de manière dolosive une indemnité.

5) Accroissement du nombre de spécialistes employés pour étudier et dépister les fraudes

Le rôle de l'expert est de plus en plus controversé et le service d'une enquête interne à l'entreprise est à étudier.

6) La formation professionnelle

Les fraudeurs utilisant des méthodes complexes, il est admis que la formation professionnelle est de plus en plus nécessaire actuellement. Un des aspects de cette formation est la collaboration avec les milieux professionnels. Cette collaboration pourrait également se développer dans les comités consultatifs ainsi que dans les séminaires ou stages organisés sur la fraude à l'assurance.

7) La réhabilitation de la fonction « Règlement »

Cette réhabilitation devra améliorer le statut de « régleur » qui peut être tenté d'entrer en collusion avec le fraudeur. Il lui faudra donc des avantages spécifiques avec une prime de risque.

En ce qui concerne le règlement proprement dit, on doit distinguer le règlement des sinistres « normaux » du règlement des sinistres « douteux ». Ces derniers se verront accorder de plus longs délais d'instruction et d'enquête. Pourvu que la direction générale veuille bien se plier aux normes techniques du règlement d'un sinistre en limitant dans leur expression la plus simple, le règlement dit à « titre commercial ».

B - L'ORGANISATION DES SOCIÉTÉS : TENIR COMPTE DE LA FRAUDE

Le problème n'est pas nouveau en soi puisqu'il existe ailleurs de nombreuses expériences.

1) Position du problème

Un système anti-fraude est une structure à mettre en place dans les entreprises au niveau général. Pour cela, il faut une implication de la direction générale pour que le personnel, les agents, les assurés sachent que la lutte contre la fraude fait partie de la politique générale de l'entreprise. Un comité anti-fraude peut être créé pour coordonner l'ensemble des politiques et stratégies sur ce domaine. Il sera dirigé par un membre de la direction générale et incluant des personnes de différentes fonctions tels les commerciaux et les informaticiens etc...

Pour assurer le relais entre le service central et les unités décentralisées (agences), il est indispensable de prévoir des correspondants anti-fraude. Ce service pourrait s'appeler service opérationnel de lutte contre la fraude à l'assurance et sa mise en place peut commencer par la création d'une petite cellule spécialisée au sein de la direction et/ou le département sinistre IARD et petit à petit, l'extension se fera vers les services « production » et vers les autres branches comme l'assurance des personnes.

Le service opérationnel utilise les méthodes de prévention et de repression.. Cette tâche s'achève par la distribution à tous les collaborateurs, de documents traitant de la fraude, de la formation et l'organisation des réunions.

2) Quelques expériences⁷⁷

a) Aux Assurances Générales de France (A.G.F.)

L'escroquerie à l'assurance est perçue comme une réalité inquiétante et la volonté de la direction générale d'avoir une politique anti-fraude d'entreprise s'est matérialisée en faisant intervenir le département juridique du secrétariat général. C'est ainsi qu'un des responsables de ce département chargé de la coordination de la lutte contre la fraude a été désigné comme correspondant anti-fraude des organismes professionnels. Sa mission est, en intéressant l'ensemble de l'entreprise d'avoir une action de coordination dans les différentes directions. Ses premières démarches ont principalement eu pour objectif d'informer le personnel sur les questions liées à la fraude et de le sensibiliser à la nécessité de la combattre.

b) A l'Union des Assurances de Paris (U.A.P)

Ici, il y a un service central spécialisé au sein duquel sont regroupés les enquêtes et les dépôts systématiques de plainte. Chaque délégation ou succursale à un « correspondant-fraudes » chargé de la coordination des services de son entité avec le service central et de la transmission des dépôts.

Dans cette structure, la détection des dossier frauduleux passe par une sensibilisation du personnel et des mandataires, ce à tous les échelons (inspecteurs, responsables des services règlements, rédacteurs, agents, courtiers) sans oublier les experts dont le rôle n'est pas négligeable. Une brochure a été diffusée aux responsables comportant une liste d'indices : circonstances du sinistre, conditions du contrat, particularités propres à l'assuré ou au véhicule.

S'agissant des enquêtes, les inspecteurs de sinistre et enquêteurs spécialisés des sociétés se sont d'abord fier à leur expérience professionnelle mais il est apparu vite qu'il était préférable de faire appel à un organisme centralisateur disposant d'un réseau d'enquêteurs rodés aux méthodes d'enquête policière et agissant avec expérience. C'est ainsi que systématiquement, l'enquête est confiée à l'agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Pour conclure sur cette nécessité d'organiser la lutte contre la fraude à l'assurance au Cameroun, on doit insister sur le fait que tout en étant vigilants, les assureurs doivent éviter de voir la fraude partout. La psychose de la fraude doit être remplacée par un réflexe anti-fraude afin que les assurés honnêtes ne puissent souffrir de la malhonnêteté des fraudeurs.

⁷⁷ Ces exemples sont tirés des actes du colloque organisé à NIORT sur la lutte contre la fraude à l'assurance, op. cit. p.132 et s.

CONCLUSION GENERALE

La fraude à l'assurance au Cameroun apparaît en dernière analyse autant artisanale qu'intellectuelle. Elle se révèle être le fait aussi bien du professionnel rompu aux arcanes de l'assurance que de l'opportuniste qui peut se livrer à une fraude inconsciente. L'ingéniosité des fraudeurs se manifeste par leur habilité à manipuler le contrat d'assurance à la souscription et lors du sinistre. On ne peut non plus donner blanc seing à la profession puisqu'il existe à côté de la fraude à l'assurance proprement dite, une fraude dans la société d'assurances.

Ces particularités de la fraude, mêlées à la perception et à l'environnement de l'assurance au Cameroun, justifient sa persistance. En effet, à défaut de disposer d'une véritable machine anti-fraude, les assureurs camerounais continueront à se contenter de colmater les brèches, afin d'éviter - peut être - les fraudes les plus grossières. C'est reconnaître ici implicitement l'importance considérable des moyens financiers, humains et matériels exigés, véritables goulots d'étranglement pour nos entreprises actuellement en difficulté. Peut-être faudrait-il commencer à penser à une organisation internationale communautaire de lutte anti-fraude.

A cet égard, on pourrait déjà lancer : assureurs de la CIMA, « unissez-vous pour combattre la fraude à l'assurance. » Ce qui n'est pas une petite affaire car de plus en plus, on parle de l'intégration du secteur informel dans le champ de l'assurabilité. Or ce secteur se définit précisément comme « constitué par l'ensemble des entreprises et des opérateurs qui offrent des biens et services aux consommateurs sans se conformer aux lois et règlements régissant leur activités ».

Peut-être faudrait-il alors éviter une conclusion hâtive, puisque pour un auteur, la fraude à l'assurance n'est pas une fraude à la loi mais une fraude à la loi contractuelle !

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

CHARRE-SERVEAU (M) et LANDEL (J) : Lexique juridique et pratique des termes d'assurances, Paris, L'Argus, Edition Sécuritas, 1992

LAMBERT-FAIVRE (Y) : Droit des assurances, Paris, Dalloz, 8^e édition, 1992, 775 P

LAMBERT-FAIVRE (Y) : Droit des assurances, Paris, Dalloz, 9^e édition 1995

LANDEL (J) : Fausses déclarations et réticences en assurance automobile. Edition La Sécuritas, 1982, 67 P

OUVRAGES SPECIALISES

L'ASSURANCE FRANCAISE : La lutte contre la fraude à l'assurance, actes du colloque organisé à NIORT les 28 et 29 Juin 1990 par la Faculté de Droit et des Sciences Sociales de POITIERS, l'I.S.E.U.P. et l'ALPHA, Paris 1991, 209 P

MUNICH RE : L'escroquerie à l'assurance - L'escroquerie dans l'assurance dommages, 1988, 72 P

MUNICH RE : L'escroquerie dans l'assurance de personnes, 1994, 36 P

SCOR VIE : La fraude en assurance Vie, Octobre 1995, 48 P

REVOL (S) : Déclarations frauduleuses de risques et de sinistre en Assurance IARD, Presses universitaires d'AIX-MARSEILLE, 1984, 157 P

MEMOIRES

BIOUELE NANGA (R) : Les assurances et le financement de l'économie dans un pays en voie de développement : (Le cas du Cameroun), Mémoire de Licence es Science Economique de l'Université de Yaoundé, 1975-1976.

TOYUM (P) : Le logement administratif au Cameroun, Mémoire de Maîtrise en Droit Public, Université de Yaoundé, 1990-1991. 95 pages.

REVUES SPECIALISEES

REVUE « RISQUES » SPECIAL N° 16, Fraude ou risque moral, Octobre-Décembre 1993, P.6 à 114.

ANTI-FRAUDE, Argus, 7 Juin 1996, P.30 à 39.

BOKALLI (V.E), Le nouveau droit du contrat d'assurance des Etats membres de la CIMA, LEX LATA n° 009, 15 Février 1995, P.11 à 17.

CROQUEZ (G), L'assuré-menteur, Argus, 23/03/979, P.649.

DELESTREE (P), A la recherche d'une nouvelle politique de règlement, Argus, 05/12/1980, P.2679.

TABLE RONDE : En présence des assureurs, les experts s'expliquent, Argus, 18/11/1983, P.2582

PEUT-ON ENCORE ASSURER LES OBJETS DE VALEUR ? Argus, 20/01/1984, P.123

LANDEL (J), Les mécanismes juridiques de l'assurance de groupe. L'assurance française, 01/12/1983, n° 448

FRAY (G) et BARANCEY (J), L'escroquerie à l'assurance, Gazette du Palais, 01/10/1974, n° 274.

GUITTARD (M), De l'indemnisation des incendies d'origine « douteuse », Gazette du Palais, 20/01/1983, n° 21.

KUATE (I), La fraude à l'assurance au Cameroun : Identification, sanctions, prévention in LEX LATA, n° 027-28, Juin-Juillet 1996, P.3 à 7.

COURS

FAVRE-ROCHEX (A) : Le droit du contrat d'assurance, volume III, Cours polycopié, Diplôme d'études supérieures d'assurance, Collection cours de l'I.I.A., 118 pages.

LEGISLATION

CODE PENAL CAMEROUNAIS : Nouvelle édition revue et corrigée.

AUTRES ORGANES DE PRESSE

TOSCER (O) : Les maigrets de l'assurance, Le Point, Numéro 1225, 9 Mars 1996, P.54 à 56.

DIEGO DE MOLENES : Fraude à l'assurance, Un sport national ? in Femme Actuelle

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
Dédicace	i
Remerciements	ii
Liste des abréviations	iii
Avant-propos	iv
Epigraphe	v
 Introduction Générale	 1
 <u>PREMIERE PARTIE</u>	
LA FRAUDE A L'ASSURANCE : UNE MENACE REELLE ET ACTUELLE AU DEVELOPPEMENT DE L'INDUSTRIE D'ASSURANCES AU CAMEROUN	3
 CHAPITRE 0 - GENERALITES	 5
Section 1 - Notion et domaine de la fraude à l'assurance	5
§ 1 : La notion de fraude	5
§ 2 : Le domaine de la fraude à l'assurance	7
Section 2 - Les causes de la fraude à l'assurance	7
§ 1 : Les causes objectives de la fraude	8
§ 2 : Les causes subjectives	10
Section 3 - Le fraudeur à l'assurance	10
§ 1 : Peut-on dresser un profil du fraudeur à l'assurance au Cameroun	10
§ 2 : Les types de fraudeurs à l'assurance	11
 CHAPITRE 1 - LA FRAUDE LORS DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE	 13
Section 1 - Le risque souscrit par l'assureur et l'obligation de déclaration	13
§ 1 : La notion de risque	13
§ 2 : L'obligation initiale de déclaration des risques	14
§ 3 : L'obligation de déclaration en cas d'aggravation du risque	16
Section 2 - Les manipulations frauduleuses du contrat d'assurance à la souscription	17
§ 1 : Les objectifs visés par le fraudeur au moment de la souscription	17
§ 2 : Les formes de fraude à la souscription	19

CHAPITRE 2 - LA FRAUDE LORS DE LA REALISATION DU RISQUE	24
Section 1 - Les obligations de l'assuré en cas de sinistre	24
§ 1 : L'obligation de déclaration du sinistre	24
§ 2 : Attitudes et comportement de l'assuré pendant et après sinistre	25
Section 2 - Les manifestations de la fraude lors de la déclaration du sinistre	28
§ 1 : En IARD	28
§ 2 : En assurance de personnes	31
Section 3 - Illustration de cas pratiques	34
§ 1 : En IARD	34
§ 2 : En assurance de personnes	36
 <u>DEUXIEME PARTIE</u>	
LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE AU CAMEROUN : UN DEFICIT D'ORGANISATION	37
CHAPITRE 1 - LA QUASI-INEXISTENCE DE POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE	39
Section 1 - La position des pouvoirs publics	39
§ 1 : La priorité donnée à la lutte contre la criminalité violente	39
§ 2 : La plupart des fraudes à l'assurance ne porte pas atteinte à l'ordre public	40
Section 2 - L'attitude de l'organisation professionnelle	41
§ 1 : Présentation de l'ASAC	42
§ 2 : L'ASAC et la fraude à l'assurance	43
Section 3 - La situation dans les compagnies d'assurances	46
§ 1 : Une approche technique classique nécessaire mais insuffisante...	46
§ 2 : ... Qui occulte un laxisme réel en matière d'organisation de la lutte antifraude au sein des compagnies	47
CHAPITRE 2 - LA SOUS-UTILISATION DES MECANISME LEGAUX DE SANCTION DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE	49
Section 1 - La sanction civile de la fraude	49
§ 1 : La déchéance pour surévaluation frauduleuse	50
§ 2 : Les autres aspects civils du régime de la sanction de la fraude à l'assurance	52

	77
Section 2 - La sanction pénale de la fraude à l'assurance	55
§ 1 : La preuve des manoeuvres frauduleuses constitutives du délit d'escroquerie	55
§ 2 : Qualification pénale de la fraude à l'assurance	56
Section 3 - Quelques difficultés à intégrer	56
§ 1 : La présomption de bonne foi au civil	57
§ 2 : La présomption d'innocence au civil	57
§ 3 : Le risque de responsabilité de l'assureur du fait du dépôt de plainte pour escroquerie	57
CHAPITRE III - LA NECESSITE D'ORGANISER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE	60
Section 1 - Les objectifs à atteindre	60
§ 1 : Généraliser la prévention	60
§ 2 : Organiser la détection	63
Section 2 - Les moyens possibles	65
§ 1 : Les actions à attendre des pouvoirs publics	65
§ 2 : Les actions à attendre de la corporation	66
§ 3 : Les acteurs à attendre des compagnies d'assurances	69
CONCLUSION GENERALE	72
BIBLIOGRAPHIE	73
TABLE DES MATIERES	75
ANNEXES	

ANNEXES

Indicateurs d'escroquerie pour l'assurance Incendie

Situation de l'assuré et de son entreprise ou de son immeuble

- Endettement important, difficultés financières
- Situation peu claire en matière de propriété
- Stocks excessifs, invendables («fonds de tiroir», marchandises en mauvais état, détériorées, trop chères)
- Difficultés de vente
- Entreprise du secteur des loisirs et divertissements (restaurant, discothèque, bar, boîte de nuit, sex-shop, eros-center, etc.)
- Utilisation insuffisante de la capacité
- Projet de vente non réalisable
- L'entreprise travaille à perte, n'est plus compétitive
- La location d'un immeuble de rapport ne couvre pas les coûts
- La réalisation des mesures obligatoires imposées par l'administration ou l'assureur exige des investissements élevés
- Le bâtiment et/ou son contenu sont en vente
- Le bâtiment et/ou son contenu ont été acquis peu avant à des conditions particulièrement avantageuses
- Difficultés d'ordre familial ou avec le personnel

Comportement de l'assuré avant le sinistre

- Changement fréquent d'assureur
- Capital assuré très élevé ou excessif
- Assurance de risques jusque-là non assurés
- Conclusion a posteriori d'une assurance Pertes d'exploitation après incendie
- Demande de renseignements sur l'étendue de la garantie de la police
- Transformation d'une assurance à la valeur actuelle en une assurance valeur à neuf
- Paiement d'arriérés de prime
- Sinistres antérieurs suspects
- Achats importants peu avant l'incendie

Comportement de l'assuré après le sinistre

- Hâte excessive en ce qui concerne le règlement du sinistre
- Déclarations floues, tentatives de dissimulation manifestes
- Indifférence feinte
- Menace de révéler publiquement la «façon d'agir» de l'assureur en cas de retard de paiement de l'indemnité
- Connaissances détaillées exceptionnelles en matière d'assurance, notamment sur les plans technique et juridique
- Attitude conciliante pour le cas où l'assureur renonce à des preuves supplémentaires ou sans qu'une telle attitude paraisse objectivement nécessaire
- Prétention disproportionnée par rapport au train de vie de l'assuré
- Défaut de preuves et de justificatifs (même pour des objets récemment acquis qui se trouvent encore sous garantie)
- Abondance excessive de preuves
- Refus ou réticence évidente à fixer les faits par écrit; recherche au contraire d'une prise de contact personnelle ou téléphonique avec l'assureur
- Présentation de factures ou de quittances comportant une mention erronée de la taxe légale ou ne comportant pas une telle mention, ou encore sans mention de livraison
- Présentation de factures ou de quittances d'un **seul** fournisseur, parfois même ayant des numéros qui se suivent
- Présentation de factures ou de quittances de **différents** fournisseurs tapées sur une même machine à écrire ou dont l'écriture est identique

Circonstances du sinistre

- La cause du sinistre ne peut être établie
- Soi-disant perte de toutes les annotations écrites
- Incendie qui se déclare la nuit ou un jour férié
- Survenance du sinistre peu après l'entrée en vigueur du contrat ou peu avant son expiration
- Sinistre peu avant une rénovation ou un déménagement
- Détérioration dans l'incendie de marchandises saisonnières vers la fin de la saison
- Défaillance inexpliquée de dispositifs de protection contre l'incendie
- Les décombres ne renferment pas d'objets précieux incombustibles ni de biens ou d'effets personnels de l'assuré
- Contradictions entre le constat établi par la police et les déclarations faites par l'assuré à l'assureur
- Absence de témoins ou témoins peu dignes de foi

Indicateurs d'escroquerie pour l'assurance

Vol avec effraction et

Vol par agression

Situation de l'assuré et de son entreprise ou de son ménage

- Endettement important, difficultés financières
- Situation peu claire en matière de propriété
- Stocks excessifs, invendables («fonds de tiroir», marchandises en mauvais état, détériorées, trop chères)
- Difficultés de vente
- Entreprise du secteur des loisirs et divertissements (restaurant, discothèque, bar, boîte de nuit, sex-shop, eros-center, etc.)
- Utilisation insuffisante de la capacité
- Projet de vente non réalisable
- L'entreprise travaille à perte, n'est plus compétitive
- La réalisation des mesures obligatoires imposées par l'administration ou l'assureur exige des investissements élevés
- Le bâtiment et/ou son contenu sont en vente
- Le bâtiment et/ou son contenu ont été acquis peu avant à des conditions particulièrement avantageuses
- Difficultés d'ordre familial ou avec le personnel

Comportement de l'assuré avant le sinistre

- Changement fréquent d'assureur
- Capital assuré très élevé ou excessif
- Assurance de risques jusque-là non assurés
- Conclusion a posteriori d'une assurance Pertes d'exploitation après vol avec effraction
- Demande de renseignements sur l'étendue de la garantie de la police
- Transformation d'une assurance au premier risque en une assurance valeur totale
- Paiement d'arriérés de prime
- Sinistres antérieurs suspects
- Achats importants peu avant l'effraction/l'agression

Comportement de l'assuré après le sinistre

- Hâte excessive en ce qui concerne le règlement du sinistre
- Déclarations floues, tentatives de dissimulation manifestes
- Indifférence feinte
- Menace de révéler publiquement la «façon d'agir» de l'assureur en cas de retard de paiement de l'indemnité
- Connaissances détaillées exceptionnelles en matière d'assurance, notamment sur les plans technique et juridique
- Attitude conciliante pour le cas où l'assureur renonce à des preuves supplémentaires ou sans qu'une telle attitude paraisse objectivement nécessaire
- Prétention disproportionnée par rapport au train de vie de l'assuré
- Défaut de preuves et de justificatifs (même pour des objets récemment acquis qui se trouvent encore sous garantie)
- Abondance excessive de preuves
- Refus ou réticence excessive à fixer les choses par écrit; recherche au contraire d'une prise de contact personnelle ou téléphonique avec l'assureur
- Présentation de factures ou de quittances comportant une mention erronée de la taxe légale ou ne comportant pas une telle mention, ou encore sans mention de livraison
- Présentation de factures ou de quittances d'un seul fournisseur, parfois même portant des numéros qui se suivent
- Présentation de factures ou de quittances de différents fournisseurs tapées sur une même machine à écrire ou dont l'écriture est identique

Circonstances du sinistre

- La cause du sinistre ne peut être établie
- Soi-disant perte de toutes les annotations écrites
- Survenance du sinistre peu après l'entrée en vigueur du contrat ou peu avant son expiration
- Sinistre peu avant une rénovation ou un déménagement
- Vol de marchandises saisonnières vers la fin de la saison
- Défaillance inexpliquée de dispositifs de sécurité
- Contradictions entre le constat établi par la police et les déclarations de l'assuré à l'assureur
- Absence de témoins ou témoins peu dignes de foi
- Le dommage englobe la **totalité** de l'équipement de bureau ou la **totalité** des effets mobiliers, y compris les objets de faible valeur
- Le dommage touche de nombreux biens reçus en héritage (sans la moindre preuve)
- Le bâtiment où s'est produite l'effraction ne présente pratiquement pas de détériorations
- Traces d'effraction illogiques (éclats de verre à l'extérieur et non à l'intérieur, cylindre de fermeture fracturé de l'intérieur, etc.)
- Contradiction entre la taille des objets soi-disant volés et les dimensions de l'ouverture par où ils auraient dû être emportés (p.ex. machine à écrire qui ne passe pas par la fenêtre des toilettes)

Indicateurs d'escroquerie pour le vol d'automobiles*

Véhicule

- Modèle, âge
- Le véhicule a-t-il été présenté lors de l'immatriculation?
- Quel garage était chargé de l'entretien du véhicule? Date de la dernière révision?
- Le véhicule doit-il subir un contrôle technique?
- Sinistres antérieurs? Quand? Les dommages ont-ils été réparés? Par qui? Le véhicule présentait-il des dommages non réparés provenant de sinistres antérieurs? Datant même d'avant l'achat? Montant des dommages?
- Le véhicule a-t-il été mis en vente? Y a-t-il des acquéreurs potentiels?
- En cas de découverte du véhicule: traces d'effraction sur l'antivol du volant, sur les portières, les serrures ou les vitres? Le véhicule a-t-il été incendié?
- Nombre des clés originales remises par l'assuré (cf. registre des clés)

Assuré

- Profession exercée, contexte social
- Situation matérielle et financière
- Combien de voitures l'assuré possède-t-il? Quels modèles? A quelle fin? Est-il marchand de voitures, marchand de ferraille?
- L'assuré a-t-il déjà déclaré des vols antérieurement?
- L'assuré s'est-il déjà fait voler antérieurement des véhicules?

Conducteur ou détenteur

- Profession exercée, contexte social
- Quelles sont les relations avec l'assuré? Simple connaissance, liens de parenté?
- Pourquoi le véhicule a-t-il été mis à la disposition du conducteur/détenteur? Pourquoi voulait-il disposer du véhicule? Nature du chargement? Assurance? Le véhicule a-t-il souvent été mis à la disposition du conducteur/détenteur? Pourquoi?

Assurance

- Contrat temporaire? Assurance Dommages au véhicule ou assurance Vol/Incendie/Bris de glaces? Durée de validité du contrat jusqu'au moment du vol?
- Vol survenu peu avant l'expiration du délai de 2 ans fixé pour l'indemnisation du véhicule à la valeur à neuf?

Circonstances du vol

- Raisons de l'utilisation du véhicule jusqu'au lieu de garage final? Pourquoi le véhicule a-t-il été garé à l'endroit où s'est produit le vol? A-t-il été garé là à plusieurs reprises?
- Existe-t-il des témoins de la constatation du vol? Relations des témoins avec l'assuré?
- A quel moment la constatation du vol a-t-elle eu lieu? Par qui? Jour et heure, traces sur le lieu du vol (éclats de verre, accessoires ou pièces provenant du véhicule, traces de remorquage).

Déclaration du vol à la police

- Quand le vol a-t-il été déclaré à la police? Qui a déclaré le vol? Quelle relation existe-t-il entre l'auteur de la déclaration et l'assuré, le conducteur, le détenteur du véhicule?

Vol à l'étranger

- A quel service de police la déclaration de vol a-t-elle été faite à l'étranger? Désignation exacte du service, lieu, rue, date, heure, numéro du dossier.
- Dans quel hôtel ou chez qui l'auteur de la déclaration de vol a-t-il logé?
- Le vol a-t-il été déclaré aussi à la police du domicile légal?

Déclaration au fichier central d'enregistrement des sinistres

* Avec l'aimable autorisation de l'Association allemande des assureurs Responsabilité civile, Accidents corporels, Automobile et Dommages - recours

Indicateurs d'escroquerie pour l'assurance RC automobile*

1. Circonstances du sinistre

- Non-respect de la priorité à un carrefour très fréquenté et où les conditions de visibilité sont mauvaises
- Tamponnement de la voiture qui précède à cause d'un freinage brusque (p.ex. à un passage clouté)
- Voiture «repoussée» sur le côté sans contact entre les véhicules ou avec un léger contact seulement
- Voiture qui percute un arbre, un mur, une glissière de sécurité, une pile de pont, etc.

2. Véhicule du tiers lésé

- Dommages importants sur l'ensemble de la carrosserie
- Taille, valeur, âge du véhicule

3. Véhicule de l'assuré

- Age, valeur, voiture de location, gros camion, tracteur
- Assurance contractée peu avant
- En cas de voiture louée: y a-t-il identité de personnes entre le conducteur et le locataire du véhicule?

4. Profession/métier du réclamant et de l'assuré ou des conducteurs respectifs

- Le réclamant a-t-il les moyens de se payer une voiture de la taille du véhicule endommagé ou impliqué dans l'accident?
- Profession/métier appris, profession/métier effectivement exercés

5. Comportement des personnes impliquées

- L'assuré ou le conducteur reconnaissent volontiers qu'ils sont fautifs et seuls responsables de l'accident
- Relations des éventuels témoins avec les personnes impliquées
- Non-recours à la police malgré des dommages matériels importants

6. Relations personnelles entre les personnes impliquées

- Membre de la famille, connaissance ou ami, voisin, collègue, relation d'affaires

7. Inspection du véhicule de l'assuré

- Expertise, photos

8. Comparaison des dommages respectifs

- Les dommages concordent-ils dans leur nature et leur importance?
- Exécution des réparations
- Inspection ultérieure du véhicule du réclamant

9. Dernier propriétaire et assureur antérieur

- Quels étaient les derniers propriétaires des véhicules?
- Sont-ils impliqués dans l'accident, le cas échéant même comme simples témoins?
- Auprès de quelle compagnie étaient-ils assurés? Ont-ils été impliqués dans des accidents?

10. Sinistres antérieurs

- Qui était impliqué dans d'éventuels accidents antérieurs avec les véhicules endommagés?
- Ces personnes sont-elles en contact avec les personnes impliquées dans l'accident?
- Nature des dommages antérieurs?
- Ont-ils été réparés?
- Sont-ils identiques aux dommages nouvellement déclarés?

11. Demandes de versement anticipé

- Demande adressée à la compagnie d'assurance par le réclamant, qui habite loin de là, pour l'octroi d'un paiement anticipé élevé sur la base d'une expertise ou d'une estimation, en particulier lorsque le véhicule sinistré ne peut soi-disant plus être inspecté

12. Demande de renseignements au fichier central d'enregistrement d'escroqueries

* Avec l'aimable autorisation de l'Association allemande des assureurs Responsabilité civile. Accidents corporels, Automobile et Défense-recours (Hambourg).

Indices laissant présumer la fraude à l'Assurance Vie

SCOR

Faits relatifs à la souscription

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">1. ☐ Souscription ou régularisation récente du contrat.2. ☐ Pas de profession ou profession mal définie.3. ☐ Modification récente des garanties pour augmentation sensible des montants assurés.4. ☐ Extension récente des garanties (réduction de franchise-adjonction de l'incapacité invalidité).5. ☐ Brusque augmentation de salaire avant le sinistre incapacité.6. ☐ Remise en vigueur récente après résiliation.7. ☐ Difficulté pour le règlement des primes avec paiement peu avant le sinistre.8. ☐ Fausse déclaration ou contradiction dans les déclarations.9. ☐ Dissimulation (ou tentative) d'antécédents d'arrêt de travail, de maladies ou de soins lors de la sélection médicale.10. ☐ Questionnaire médical incomplet, non daté, non signé.11. ☐ Rapport médical du médecin traitant incomplet ou imprécis sur des points essentiels en relation avec la maladie à l'origine du sinistre. | <ul style="list-style-type: none">12. ☐ Rapport médical dépourvu de date, de cachet ou de signature.13. ☐ Souscription durant la même période de contrats similaires auprès d'autres sociétés.14. ☐ Dissimulation (ou tentative) de souscription de contrats similaires auprès d'autres sociétés.15. ☐ Garanties souscrites disproportionnées avec les revenus de l'assuré ou du bénéficiaire.16. ☐ Refus de fournir les documents justificatifs demandés ou réticence à le faire.17. ☐ Comportement équivoque de l'assuré (ou du bénéficiaire) au moment de la souscription.18. ☐ Renseignements défavorables sur la moralité de l'assuré ou du bénéficiaire.19. ☐ Situation financière difficile de l'assuré ou de son entreprise.20. ☐ Paiement tardif de la prime.21. ☐ Importance de la garantie. |
|---|---|

Faits relatifs au sinistre

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">22. ☐ Comportement équivoque de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du sinistre.23. ☐ Déclaration tardive.24. ☐ Sinistre susceptible d'améliorer une situation financière difficile (chômage, difficultés commerciales, faillite...)25. ☐ Sinistre très proche de l'échéance du contrat.26. ☐ Demande d'information sur le risque peu avant le sinistre.27. ☐ Sinistre survenu en milieu convivial, familial ou amical.28. ☐ Absence de témoins d'un accident (accidents normalement exclus "transformés" en accidents couverts par le contrat).29. ☐ Nombre excessif de témoins.30. ☐ Causes du sinistre indéterminées.31. ☐ Affections faciles à simuler et difficilement contrôlables, telles que dépressions nerveuses, lombalgies, sciatalgies, séquelles de traumatisme crânien.32. ☐ Affections changeantes.33. ☐ Maladies à évolution lente dont les débuts peuvent avoir été nettement antérieurs à la souscription du contrat (sclérose en plaque par exemple).34. ☐ Disproportion flagrante entre les causes et les conséquences du sinistre.35. ☐ Anomalies présentées par les certificats d'arrêt de travail :<ul style="list-style-type: none">- médecin connu pour sa complaisance ;- médecin généraliste autre que le médecin traitant ;- médecin très éloigné du lieu de domicile de l'assuré ;- médecin soignant non spécialiste de l'affection pour laquelle les certificats sont établis. | <ul style="list-style-type: none">36. ☐ Anomalies constatées sur les certificats médicaux :<ul style="list-style-type: none">- contradictions dans les dates ;- contradictions ou nettes divergences dans les diagnostics ou les taux d'invalidité proposés ;- certificats médicaux du médecin traitant incomplets ou imprécis ;- certificats dépourvus de date, de cachet ou de signature.37. ☐ Réticence à fournir les documents demandés.38. ☐ Réticences et contradictions à l'expertise.39. ☐ Pièces justificatives surchargées, raturées, altérées ou fausses.40. ☐ Pièces justificatives établies sur papier libre, sans en-tête.41. ☐ Photocopie qui peut apparaître douteuse.42. ☐ Déclaration faite en déplacement et loin du lieu de domicile ou à l'étranger.43. ☐ Date imprécise du sinistre.44. ☐ Discordance entre les déclarations faites à l'assurance, celles faites aux organismes sociaux et le procès-verbal de police.45. ☐ Activités ou comportement de l'assuré incompatibles avec l'affection dont il est réputé souffrir.46. ☐ L'assuré travaille alors qu'il est réputé être dans l'incapacité de le faire.47. ☐ Tentative précédente d'indemnisation d'un sinistre non couvert.48. ☐ Antécédents de sinistres suspects.49. ☐ Harcèlement anormal pour une prompt indemnisation.50. ☐ Transaction peu élevée proposée par l'assuré ou le bénéficiaire.51. ☐ Durée anormalement longue de l'affection ou de la consolidation. |
|---|---|