



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCE
(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

BP : 1575 YAOUNDE - TEL : (+237) 22 20 71 52 - FAX : (+237) 22 20 71 51

E-mail: iia@cameroun.com

Site web: <http://www.iiacameroun.com>



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ASSURANCES (DESS- A)

(Cycle III 20^{ème} promotion 2010 - 2012)

**THEME LA FRAUDE SUR LE MARCHE IARD BURKINABE :
ANALYSE DU PHENOMENE ET PROPOSITIONS DE
SOLUTIONS.**

Présenté et soutenu par:

HIEN SIE ANGE RAYMOND

Sous la direction de :

Monsieur Drissa TRAORE

Directeur Technique et Commercial

Novembre 2012



DEDICACE

Je dédie ce mémoire :

A mon père, **Ernest Sié HIEN** qui m'a constamment encouragé, conseillé, prié pour moi, et m'a instruit selon la voie à suivre depuis ma tendre enfance.

A ma mère, **Thérèse KAMBIRE**, qui n'a eu de cesse à me conseiller, à m'encourager et à prier pour moi, avec un véritable cœur maternel.

A ma future épouse, **Aicha Esther MILLOGO** qui compte énormément pour moi, et qui n'a jamais cessé de croire en moi, même à distance.

A mes **tantes et oncles** pour leurs conseils, encouragements permanents, qui m'ont beaucoup aidé durant mon périple scolaire et académique.

A mes **frères, sœurs, amis et connaissances** pour leurs encouragements et soutiens multiformes à ma modeste personne durant toutes ces années.

NOS REMERCIEMENTS

Au corps professoral et administratif de l'Institut International des Assurances (IIA) de Yaoundé ;

A la Direction Générale de « COLINA BURKINA FASO » qui a répondu favorablement à notre demande de stage et a mis à notre disposition les moyens nécessaires pour son bon déroulement ; nous n'oublions pas tout le personnel pour son dévouement à notre égard durant notre stage qui a été ponctué vers la fin, de temps de maladie ;

A la Direction des Assurances du BURKINA FASO pour sa constante disponibilité ;

A notre directeur de mémoire et de stage, Monsieur TRAORE Drissa, qui, en dépit de son emploi du temps très chargé, s'est investi corps et âme pour nous à travers l'encadrement que nous avons reçu de lui, et mieux, à travers les conseils pratiques reçus par rapport à la vie professionnelle future qui nous attend ;

A Madame SORE Hélène, Chef du département indemnisation et contentieux, qui a facilité nos différentes sorties pour les séances d'entretien avec certains responsables des autres sociétés du marché, et surtout pour son soutien moral pendant les moments de maladie ;

A tous ceux (parents, amis et connaissances) qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail ;

Puissent-ils trouver à travers ces lignes, l'expression de notre reconnaissance.

LISTE DES SIGLES

AIEFFA : Association Internationale des Etats Francophones de Formation en Assurance

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

APSAB : Association Professionnelle des Sociétés d'Assurance du Burkina

CEDEAO : Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CIMA : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance

CRCA : Commission Régionale de Contrôle des Assurances

CSAB : Comité des Sociétés d'Assurance du Burkina

DA : Direction des Assurances

DGTCP : Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique

DSI : Direction du Service Informatique

FCFA : Franc de la Communauté Financière d'Afrique

FF : Franc Français (désormais remplacé par l'euro)

IARD : Incendie Accidents Risques Divers

MATD : Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation

MEF : Ministère de l'Economie et des Finances

MF : Ministre des Finances

MFB : Ministère des Finances et du Budget

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCE : Président du Comité des Experts

PCMA : Président du Conseil des Ministres des Assurances

PRES : Président du FASO

SCA : Service de Contrôle des Assurances

SG : Secrétaire Général

SJP : Sciences Juridique et Politique

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

UFR : Unité de Formation et de Recherche

Summary

The insurers must constantly be able to honor their promises concerning the insured. That's why the premium must be paid from the start of contract's subscription. The premium's amount is always depending on the subscribed coverages by the insured. Several insured which have a bad understanding of insurance, think that the amount of their premium is too high. The phenomenon of the fraud finds here a partial explanation.

The fraud in insurance is a worldwide phenomenon. All the classes of insurance are concerned. The importance of this phenomenon justifies the interest that we attach it through our study. This study, in its first part, explains clearly the notion of fraud in insurance through the diagnostic-analysis method, and the different types of fraud in insurance which exist on the target market. In the second part, we defined a struggle strategy against fraud in insurance. In this strategy, on the one hand, we exposed on the own mechanism of insurance societies in the struggle against fraud in insurance. On the over hand, we spoke about mechanism concerning specialized structures in insurance of the target market.

Except the case of the professionals of fraud in insurance, our study shows that the other cases of fraud in insurance come from the truncate vision that these persons have about insurance. As long as the notions of insurer warranty, of risk, of deductible will not be understand correctly, the insured will tend to appeal to the fraud in insurance if they have an opportunity.

Our study shows also that the fraud in insurance is not concerned specifically an insurance society or a precise market of insurance. Fraud in insurance exists in all of the insurance markets of the world. That's why it is a worldwide phenomenon. We took COLINA BURKINA FASO like an example, to study this phenomenon. We have insisted in our study on the fact that insurance nowadays, gets a big importance which don't need to be prove. Indeed, we attend every day to the appearance of the new risks. This situation comes from the powerful rise of scientific and technology progress in all of domains of life.

About solutions in struggle against fraud in insurance, the insurers should arrive to change image that the public have about insurance. Then, summits should be organized for the public on interest themes. This psychological work that the insurers must do is really necessary to bring a real mentality change of the public about insurance, and a considerable fall of fraud in insurance in different markets.

Sommaire (Plan)

PREMIERE PARTIE : ANALYSE-DIAGNOSTIC DE LA NOTION DE FRAUDE EN ASSURANCES IARD

Chapitre 1 : Analyse juridico-sociologique de la fraude en assurances IARD au Burkina Faso

Paragraphe 1 : Analyse juridico-sociologique

Paragraphe 2 : Les causes de la fraude en assurances IARD au Burkina Faso

Chapitre 2 : La cartographie de la fraude à l'assurance IARD au Burkina Faso

Paragraphe 1 : Les diverses formes de fraude sur le marché IARD burkinabè

Paragraphe 2 : Les acteurs de la fraude à l'assurance IARD sur le marché burkinabè

DEUXIEME PARTIE : STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE IARD

Chapitre 3 : Les mécanismes propres aux sociétés IARD burkinabè dans cette lutte

Paragraphe 1 : La prévention ou l'action sur la fréquence

Paragraphe 2 : La protection ou l'action sur la gravité

Chapitre 4 : Les solutions extérieures aux sociétés IARD burkinabè dans cette lutte

Paragraphe 1 : L'article 13 (Nouveau) du code CIMA

Paragraphe 2 : L'apport des structures spécialisées en assurance

LA FRAUDE SUR LE MARCHÉ IARD BURKINABÈ : ANALYSE DU PHÉNOMÈNE ET PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

Introduction

La fraude semble être une pratique de plus en plus ancrée dans les mœurs des milieux d'affaires. Elle battrait en brèche en quelque sorte, le sacro-saint principe qui gouverne le droit des affaires à savoir : la bonne foi qui doit animer les parties contractantes et sans laquelle, le vice s'installe et triomphe du contrat qui est censé être la manifestation de la volonté des parties.

Dans le secteur des assurances en particulier, « la fraude coûterait chaque année aux assureurs l'équivalent de 5% de leur encaissement en IARD. Il s'agit là d'une estimation. »¹ Les sommes importantes collectées par les assureurs ne leur appartiennent pas en réalité. C'est la propriété de la mutualité des assurés dont ils sont chargés de la gestion. De ce fait, ils doivent prendre toutes les dispositions nécessaires pour être à même d'honorer leurs engagements vis-à-vis des assurés en cas de sinistres. Les assurés qui n'ont pas connu de sinistres ne peuvent prétendre à aucune indemnité.

Comme il existe souvent dans un groupe d'assurés des opportunistes, l'assureur a la lourde tâche de n'indemniser que les assurés réellement sinistrés. Il devra donc mettre au point une stratégie efficace lui permettant de détecter à quelque niveau que ce soit, les situations de fraude à l'assurance.

Le secteur des assurances nous le constatons, n'est pas épargné par le phénomène de la fraude, au point que certaines personnes non averties et ignorant parfois les mécanismes de l'assurance, tiennent parfois des propos peu courtois à l'encontre des assureurs. Nous n'avons pas cependant la prétention de faire l'apologie de l'assurance à travers ces lignes ; notre objectif étant de cerner la question de la fraude à l'assurance dans un pays membre de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance (CIMA) : le BURKINA FASO, à travers ce thème : « La Fraude sur le marché IARD burkinabè : Analyse du phénomène et propositions de solutions. »

Ce thème qui a retenu notre attention, et qui semble être d'actualité, nous conduira à explorer des branches d'assurance en IARD, qui donnent matière à réfléchir. Pour mener à bien notre étude, nous avons opté pour une démarche analytique axée sur l'analyse des activités du marché IARD burkinabè. Le choix de cette démarche analytique se justifie aussi par le fait que la société d'assurance qui a ouvert ses portes pour nous accueillir

¹ Séminaire international de l'AIEFFA 2007 à Marseille, affirmation de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude en Afrique (ALFA)

en vue de notre stage pratique est une société IARD. En effet, COLINA BURKINA FASO, filiale créée en décembre 1999, fait partie du GROUPE COLINA qui a été racheté à 100% par le GROUPE SAHAM.

Le choix de ce thème suscite un certain nombre d'interrogations:

Quelles pourraient être les causes réelles de la fraude à l'assurance au sein d'une société IARD ? Comment éradiquer la fraude, ou à défaut comment réduire ses effets néfastes ? Est-ce possible de prévoir des sanctions efficaces, et à quel niveau pourrait-on les envisager ? Au regard du rôle et de l'importance socio-économique des sociétés d'assurance, quelle incidence la fraude pourrait avoir :

- sur l'économie nationale ?
- sur la chaîne des intervenants au contrat d'assurance ?

« Les assureurs ont décidé de ne pas mutualiser le risque de fraude »². Cela pourrait s'expliquer par le fait que la fraude est intentionnelle. Or, l'élément intentionnel n'est pas du tout assurable. Il remet en cause la notion d'aléa qui est fondamentale en assurance. D'où l'exclusion par la communauté des assureurs du risque de fraude au sein des risques assurables. L'inversion du cycle de production qui est spécifique à l'assurance, ne favoriserait-elle pas cette pratique ? Il faut aussi s'interroger sur la moralité même de tous les intervenants dans la chaîne du contrat d'assurance, surtout de nos jours où les règles qui ont trait à la morale, à la déontologie professionnelle, à la probité, sont écartées par plusieurs dans leurs agissements quotidiens. Ces deux hypothèses nous serviront de socle dans la construction de notre raisonnement en vue d'atteindre les objectifs que nous nous fixons à travers le choix de ce thème.

«Selon un récent sondage d'Accenture,³ près du tiers des Américains croient que les gens qui commettent des fraudes à l'assurance le font parce qu'ils estiment payer trop cher leur assurance ou pour compenser les franchises élevées ».⁴ De tels arguments ont en général, un effet transversal, dans la mesure où la psychologie des assurés est telle qu'apparemment elle n'entraîne guère de variations significatives d'un continent à un autre, ou d'un pays à un autre, et cela, sans égard au niveau de développement social. Toutefois, cette affirmation n'est pas avérée, c'est juste une opinion basée sur notre expérience, aussi infime soit-elle dans le secteur des assurances.

² ALFA sur le thème : les enjeux de la lutte contre la fraude, lors du séminaire international de l'AIEEFA à Marseille en 2007.

³ Accenture est une entreprise internationale de conseil en management, technologies et externalisation. Paris siège social Châtillon, Lyon Sophia Antipolis, Toulouse Blagnac

⁴ ALFA sur le thème : les primes élevées incitent à la fraude, lors du séminaire international de l'AIEEFA à Marseille en 2007.

L'étude que nous envisageons, a pour but de cerner les divers rouages de la fraude par une approche pratique de la question. Ceci pourra contribuer à l'endigement des situations de fraude qui pourraient avoir un impact financier non négligeable sur les résultats d'une société d'assurances IARD. Notre objectif, en ses trois branches, consistera à :

- Répertorier les types de fraude à l'assurance IARD ;
- Déceler les failles éventuelles des sociétés d'assurances IARD ;
- Apporter des réponses à même de juguler l'évolution de ce phénomène.

En d'autres termes, il s'agira pour nous d'arriver à détecter la fraude quelle qu'elle soit, en vue de l'apurement des branches d'assurances au sein d'une société d'assurances IARD. Il nous plaît de préciser qu'un problème sera traité tout au long de notre démarche analytique à savoir : détecter et traiter les cas de fraude à même de surgir dans une société d'assurances IARD comme COLINA BURKINA FASO.

Les éléments de réponse s'articuleront entre autres autour des notions ci-après : les branches d'assurances à haut risque de fraude, les divers types de fraude en corrélation avec les différentes branches d'assurances concernées, les mesures d'endigement de la fraude en assurance et leur portée. Concernant cette dernière, loin d'être une panacée, elle représente juste une proposition de solution que nous ferons à toute société IARD notamment à COLINA BURKINA FASO dans son éventuel élan de lutte contre les divers cas de fraude auxquels elle serait confrontée.

Pour pouvoir traiter ce problème qui nous servira de fil conducteur dans la suite de notre analyse, nous nous proposons d'adopter une démarche en deux parties tout en utilisant la méthode de « l'analyse-diagnostic » des divers éléments contenus dans lesdites parties. Notre démarche nous amènera à déterminer volontiers :

Première Partie : Analyse-diagnostic de la notion de fraude à l'assurance IARD.

Deuxième Partie : Stratégie de lutte contre la fraude en assurance IARD.

La recherche documentaire, les entretiens avec des professionnels du métier, nous ont permis de mettre en exergue la présente approche.

PREMIERE PARTIE :

«ANALYSE DIAGNOSTIC» DE LA NOTION DE FRAUDE EN ASSURANCE

IARD

La fraude en assurance pourrait s'entendre comme un « acte volontaire permettant de tirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance. »⁵ Elle peut émaner soit de l'assuré et/ou des bénéficiaires des contrats d'assurance, soit de la société d'assurance, soit des tiers au contrat d'assurance qui sont généralement des prestataires de services. Il s'agit entre autres des médecins-conseils, des garagistes, des experts dans divers domaines, des policiers ou gendarmes, qui sont souvent appelés à intervenir dans le contrat d'assurance pour y donner un avis technique à même de faciliter l'exécution de ce contrat.

Au vue de ce qui précède, nous constatons que la fraude à l'assurance peut provenir de diverses sources. C'est là où réside en fait la complexité de ce phénomène. Comment arriver à détecter et à traiter toutes les sources possibles de fraude en assurances IARD, qui pourraient influencer le résultat d'exploitation des sociétés. Tel est en rappel, l'objectif que nous nous sommes fixés à travers cette étude.

Bien cerner la notion de fraude assurancielle paraît primordiale dans notre démarche. C'est d'ailleurs à cette tâche que nous nous attèlerons dans les lignes qui suivront, et ceci, en examinant d'une part, le régime juridique et la détermination de ses causes (**chapitre 1**). D'autre part, nous nous focaliserons sur la détection des divers types de fraude en fonction des branches d'assurance (**chapitre 2**).

⁵ Dixit Sir Frédéric Ngyuen KIM, cellule de lutte anti-fraude de la Direction de l'indemnisation de ALLIANZ Assurances, dans le plan d'action de lutte contre la fraude de ALLIANZ Assurances.

Chapitre 1 : ANALYSE JURIDICO-SOCIOLOGIQUE DE LA FRAUDE EN ASSURANCES IARD AU BURKINA FASO

L'étude d'une notion nécessite de connaître le plus souvent le régime juridique qui le caractérise. Pour ce faire, à travers les lignes qui suivent, nous évoquerons dans un premier temps ce que dit le droit positif burkinabè sur la notion de fraude qui sévirait dans le secteur des assurances dudit pays (**Paragraphe 1**), puis suivra la recherche des causes de ce phénomène (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : Analyse juridico-sociologique

L'étude du régime juridique du phénomène de la fraude en assurance se fera à travers les dispositions du code unique des Assurances des Etats membres de la CIMA, plus connu sous le vocable de code CIMA. En effet, le Traité instituant une organisation intégrée de l'industrie des assurances dans 14 Etats africains, a été signé le 10 juillet 1992 à Yaoundé au Cameroun. Un code unique des Assurances est annexé à ce Traité et tient lieu de droit interne dans chaque Etat membre en vertu du principe de la primauté du droit communautaire sur le droit national.⁶

Etant partie à ce Traité, le droit CIMA tient lieu désormais de droit positif dans le secteur des assurances au Burkina Faso, nonobstant toute disposition nationale contraire antérieure ou postérieure à ce droit. Nous voyons par là, un bel exemple d'intégration juridique sous régionale africaine qu'il faut saluer à sa juste valeur.

A/ La fausse déclaration intentionnelle (art 18 du code CIMA)

« Indépendamment des causes de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article 80, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle étant perçue comme une fraude en assurance, elle entraîne l'anéantissement rétroactif du contrat qui est censé

⁶ Primauté du droit communautaire sur le droit national

Principe étudié lors du cours de Droit communautaire en 4^{ème} année de Droit à l'UFR/SJP de l'Université de Ouagadougou sous la direction du Maître de Conférence Luc Marius IBRIGA en 2006.

n'avoir jamais existé. C'est cela la nullité. L'assuré qui se livre à cette pratique écope d'une sanction à la hauteur de son forfait comme nous l'indique l'article 18 ci-dessus. Cela s'expliquerait par le fait que l'élément intentionnel n'est pas assurable, car il rompt l'équilibre du contrat, et l'aléa (ou le risque) qui est fondamental en assurance disparaît. C'est pourquoi l'article 11 du code CIMA dispose en substance : « (...) L'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ». En d'autres termes, nous pourrions dire qu'il n'y a pas d'assurance sans risque, car l'assurance, c'est avant tout le risque c'est-à-dire l'événement contre lequel le prospect veut se prémunir, et dont la survenance est aléatoire. Le risque est en quelque sorte « la matière première » de l'assurance sans laquelle il n'y a pas lieu de parler de contrat d'assurance.

Or la fausse déclaration intentionnelle, comme son nom l'indique, est purement un acte intentionnel. C'est le fait pour l'assuré de fournir volontairement à l'assureur une description inexacte ou incomplète du risque dans le but de minorer sa prime d'assurance. Cette attitude à l'égard de l'assureur est frauduleuse et s'assimilerait également à la mauvaise foi qui, lorsqu'elle est prouvée entraîne des sanctions à l'encontre de l'assuré fautif et des dommages et intérêts pour l'assureur.

Dans le secteur des assurances au Burkina Faso, les situations de fausse déclaration intentionnelle à la souscription ou en cours de contrat se rencontrent. Pour ne s'en tenir qu'à l'assurance IARD, et en particulier au cas de COLINA BURKINA FASO, des contrats de fausse déclaration intentionnelle à la souscription sont malheureusement couverts à cause de la méconnaissance des assurances, et de l'analphabétisme de beaucoup d'opérateurs économiques du pays. Tels sont les arguments avancés par la direction technique de COLINA BURKINA FASO lors de nos recherches. Ces situations ne sont découvertes qu'après la survenance des sinistres. Dans cette étude du régime juridique de la fraude en assurances IARD, voyons, à la suite de la fausse déclaration intentionnelle, le vice propre de la chose assurée.

B /Le vice propre de la chose assurée (les arts 37 et 49 du code CIMA)

Aux termes de l'article 37 du code CIMA : « Les déchets, diminutions et pertes subies par la chose assurée et qui proviennent de son vice propre ne sont pas à la charge de l'assureur, sauf convention contraire. »

Dans le même sens, l'article 49 dudit code dispose : « L'assureur, conformément à l'article 37, ne répond pas des pertes et détériorations de la chose assurée provenant du vice propre ; mais il garantit les dommages d'incendie qui en sont la suite, à moins qu'il ne

soit fondé à demander la nullité du contrat d'assurance par application de l'article 18, premier alinéa. »

Ces deux articles qui se complètent harmonieusement, mettent à nu une autre facette du régime juridique de la fraude en assurances IARD à savoir, le vice propre de la chose assurée. Il s'agit des risques qui, du fait de certains défauts, deviennent impropres à l'assurance. En principe, l'assureur ne prend pas en charge ce genre de risque, sauf convention contraire à la souscription. Cette exclusion n'est pas totale, puisqu'elle est rachetable en cas d'accord des parties au contrat d'assurance. De plus, l'assureur garantit les dommages d'incendie consécutifs au vice propre de la chose assurée pour autant qu'il n'y a pas lieu pour la société d'assurance d'évoquer les dispositions de l'article 18 alinéa premier du code CIMA.

Dans cet aspect du régime juridique de la fraude en assurance, le législateur CIMA réprime de nouveau l'intention frauduleuse ou dolosive que pourrait avoir l'assuré vis-à-vis de la société d'assurance. Les contrats en incendie, en automobile, en risques divers dans lesquels la chose assurée renferme un vice propre, seront par conséquent soumis au régime juridique ci-dessus mentionné, en cas de détection de fraude de la part de l'assuré. Les cas de vice propre de la chose assurée sont constitutifs de fraude lorsque l'assuré qui a connaissance de ce défaut, le cache à l'assureur dans sa déclaration de risque. Ceci a pour effet de modifier le risque ou de rendre inexact l'opinion que l'assureur a de ce risque ; cela nous ramène une fois de plus à la réticence dolosive ou à la fausse déclaration intentionnelle évoquée plus haut. Le régime juridique applicable à ces cas n'est autre que la nullité, lorsque la mauvaise foi de l'assuré est prouvée par l'assureur.

C/ La disparition de la chose assurée (art 44 du code CIMA)

« L'assurance est nulle si, au moment du contrat, la chose assurée a déjà péri ou ne peut plus être exposée aux risques.

Les primes payées doivent être restituées à l'assuré, sous déduction des frais exposés par l'assureur, autres que ceux de commissions, lorsque ces derniers ont été récupérés contre l'agent ou le courtier. »

En effet, il est des cas où le risque, n'existant plus matériellement, ou du fait de sa très grande dépréciation, n'est plus assurable. Néanmoins, certains assurés trouvent le moyen de faire assurer lesdits risques. Il s'agit des risques fictifs, donc frauduleux, et par conséquent soumis par le législateur CIMA au régime juridique de la nullité. La pratique des risques fictifs serait apparemment l'apanage de ces assurés qui faussent les prévisions

de l'assureur dans la sélection des risques. Cette pratique est courante en assurance maladie. Celle-ci paraît être une branche d'assurance où le risque de fraude est très élevé.

C'est par exemple le cas du changement de la nature de l'affection sur la feuille de soin. Conscient de ce que le contrat exclut momentanément (cas où le délai de carence court encore) ou d'office tel affection, l'assuré demande au médecin traitant de lui substituer une autre, proche d'elle ou une autre dont elle constitue un symptôme. Toujours dans cet élan d'étude du régime juridique de la fraude en assurance, nous verrons quelle application le législateur CIMA en fait à d'autres aspects de la fraude en assurance paraissant important à notre avis.

D/ Sur-assurance/Assurances cumulatives (les arts 33 & 34 du code CIMA)

1) La sur-assurance (art 33 code CIMA)

« Lorsqu'un contrat d'assurance a été consenti pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée, s'il y a eu dol ou fraude de l'une des parties, l'autre partie peut en demander la nullité et réclamer, en outre, des dommages et intérêts.

S'il n'y a eu ni dol ni fraude, le contrat est valable, mais seulement jusqu'à concurrence de la valeur réelle des objets assurés et l'assureur n'a pas droit aux primes pour l'excédent. Seules les primes échues lui restent définitivement acquises, ainsi que la prime de l'année courante quand elle est à terme échu ».

Le régime juridique de nullité applicable à la sur-assurance dolosive ou frauduleuse, c'est la nullité. C'est une nullité relative, puisque seule la partie contractante qui en est victime, peut l'invoquer devant le juge. A travers cet article, le législateur CIMA veut protéger les intérêts privés des parties au contrat d'assurance. La nullité relative n'opère pas d'office, en ce sens qu'elle ne vise pas à sanctionner des atteintes aux intérêts de la société que sont l'ordre public et les bonnes mœurs. Cette nullité n'est pas d'ordre public, c'est-à-dire qu'elle n'est pas impérative ou insusceptible de dérogation, comme la nullité absolue, prévue par l'article 18 du code CIMA.

En effet, l'article 6 du Code civil dispose : « On ne peut déroger par des conventions particulières aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs ». Cette disposition impérative du droit civil, applicable en matière contractuelle, et qui est une disposition nationale antérieure non contraire au code CIMA, pourrait justifier le régime juridique de la nullité absolue de l'article 18 du code CIMA, sanctionnant la fausse déclaration intentionnelle. Cette dernière constitue véritablement un agissement contraire aux bonnes mœurs de la société.

2) Assurances cumulatives (art 34 du code CIMA)

« (...) Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article 33, premier alinéa sont applicables.

Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article 31, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'assureur de son choix (...) ».

Cet article présente l'hypothèse d'un assuré ayant souscrit pour le même risque, plusieurs contrats d'assurance auprès de différentes sociétés d'assurances. L'assuré en question devra informer immédiatement chacune de ces sociétés de l'existence des contrats souscrits. Le régime juridique prévu par le législateur CIMA en cas de souscription dolosive ou frauduleuse de ces contrats par l'assuré, c'est celui de l'article 33 évoqué plus haut. En l'absence de toute fraude, les différents contrats produisent leurs effets selon leurs termes, et conformément au principe indemnitaire consacré à l'article 31 du code CIMA. Selon ce principe, « (...) l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre (...) »

Il ressort de ce principe que l'assurance ne peut être une source d'enrichissement de l'assuré. De ce fait, l'assureur répare tout le préjudice, mais rien que le préjudice réellement subi. L'assuré pourra s'adresser à l'assureur de son choix pour être indemnisé dans les limites de son contrat. Eu égard à la solidarité qui existe entre ces assureurs, l'assureur qui a indemnisé l'assuré, exercera une action récursoire contre l'assureur ou les autres assureurs pour obtenir remboursement de leur part. La répartition est effectuée en proportion des engagements de chacun par rapport au total des engagements. Nous constatons que le législateur CIMA prévoit comme régime juridique applicable à la fraude en assurance, la nullité. Cette nullité est :

- Soit absolue lorsqu'il s'agit de sanctionner des atteintes à l'ordre public et aux bonnes mœurs de la part des contractants ;
- Soit relative lorsqu'il s'agit de protéger les intérêts privés des parties au contrat. La partie lésée seule peut invoquer cette nullité.

Ayant parcouru des dispositions du code CIMA relatives au régime juridique applicable à la fraude en assurances IARD au BURKINA FASO, il nous revient à présent, de répondre à une question essentielle : pourquoi la fraude en assurances IARD existe-t-elle au BURKINA FASO ?

Paragraphe 2 : Les causes de la fraude en assurances IARD au BURKINA FASO

Les causes qui sont à l'origine de la fraude sont multiples. Elles sont soit le fait de l'assuré, soit le fait de l'assureur, soit celui des intervenants extérieurs au contrat d'assurance. Quant à ces derniers, leur concours est souvent très décisif dans la suite à donner à l'exécution du contrat. D'où l'intérêt d'étudier les causes probables de la fraude à ce niveau. Néanmoins, nous aborderons pour commencer, les causes de la fraude liées à l'action même des parties au contrat d'assurance.

A/ La psychologie de l'assuré face à certaines entraves

L'une des difficultés à laquelle l'assuré fait face souvent, c'est le faible niveau de ses revenus. Cette difficulté semble être une source de fraude de la part de certains assurés, notamment ceux qui perçoivent un faible salaire mensuel, et qui ont des difficultés à couvrir leurs charges familiales. En effet, si le niveau des primes est élevé par rapport à celui des revenus, le risque de fraude à l'assurance est fort à craindre. Les primes « élevées » qu'ils auront versées, ils voudront en retour tirer profit, même de façon illégitime, ne serait-ce que pour combler le vide financier laissé dans leur épargne, et cela à cause du paiement de ces primes.

Outre l'aspect financier, il y a également certaines pesanteurs sociales qui contraignent des assurés à pratiquer la fraude à l'assurance. Nous faisons ici allusion, aux réalités africaines, principalement à la solidarité et à la famille élargie. En effet, dès qu'un membre de la famille accède à la vie active, il doit se mettre au service de tous. Aussi est-il l'objet de très nombreuses sollicitations (demandes d'aide financière, ou de faveurs, etc) qu'ils ne peuvent refuser sous peine d'exclusion. Pour illustrer ces propos, prenons le cas d'un salarié moyen bénéficiaire, lui et sa famille de prestations sanitaires au titre du contrat-groupe souscrit par son employeur. Cet assuré à qui un parent (ascendant ou collatéraux par exemple) remet une ordonnance dépassant ses capacités financières, sera amené à poser des actes frauduleux contre l'assureur notamment la substitution de personne en vue d'accorder la garantie de l'assureur à ce parent qui n'en a pas droit.

L'assurance maladie connaît aussi un autre phénomène dénommé anti-sélection, qui est le fait pour les individus dont la santé s'est fortement dégradée, de recourir à cette assurance. Cette attitude a pour effet de fausser la sélection des risques à laquelle l'assureur est astreint en vue d'avoir un portefeuille de risques homogènes.

B/ Les failles décelables dans la politique de gestion de la société d'assurance

Face à la fraude en assurance, tous les intervenants dans la chaîne du contrat d'assurance sont des potentiels concernés. Il s'ensuit que la société d'assurance elle-même n'est pas sans reproches.

1) L'externalisation de certaines souscriptions

Les courtiers qui ont une clientèle importante, exigent souvent pour des raisons commerciales, que les assureurs avec lesquels ils sont en relation d'affaires, leur permettent de gérer les contrats qu'ils leur ont apportés. Cette requête à laquelle accèdent la majorité des assureurs, s'identifierait dans le fond, à du chantage. Les souscriptions sont donc faites pour le compte de ces sociétés d'assurances, sans qu'elles aient pu apprécier véritablement le risque couvert. L'unique appréciation des courtiers n'est souvent pas objective eu égard au fait qu'ils sont plus préoccupés par les commissions à percevoir que par la qualité des risques souscrits. Ceci nous permet de comprendre aisément leur réticence à parler un langage franc qui impliquerait très souvent une augmentation consécutive des primes d'assurance.

2) Le déficit d'échange d'informations entre les sociétés d'assurances

C'est l'une des faiblesses des sociétés d'assurance du marché IARD burkinabè. L'argument principal avancé par celles-ci, pour justifier cette situation n'est autre que les exigences de la concurrence qui existe entre elles en vue de l'exercice du leadership sur le marché, leadership auquel chacune d'entre elles aspire. Ainsi, s'il y avait une bonne circulation des informations, celles recueillies par le nouvel assureur auprès du précédent, devraient lui permettre d'appliquer un tarif conséquent en fonction de la qualité réelle des risques, ou de refuser d'assurer certains risques qui dans les livres du précédent assureur étaient très sinistrés, et à intervalle rapproché. Hélas, la réalité du terrain ne coïncide pas rigoureusement avec cet idéal, ce qui fait que les cas possibles de fraude qui auraient pu être évités grâce à une large diffusion des informations ne le sont pas.

Notons que ces affirmations sont soutenues par les échanges nourris que nous avons eu avec certains professionnels du domaine, notamment de COLINA BURKINA FASO, de RAYNAL SA, et de la Direction des Assurances.

C/ Les comportements frauduleux de certains professionnels des assurances

1) Les employés des sociétés d'assurance

Il s'agit du personnel des sociétés d'assurance ayant signé un contrat de travail correspondant à un travail effectif dans la société. Travailler dans une société d'assurance

nécessite d'avoir certaines vertus notamment l'honnêteté, la probité, l'intégrité, la justice, la rigueur ... Toutefois, ces qualités ne se retrouvent pas assez souvent chez certains employés des sociétés d'assurance, lesquels peuvent facilement céder à la tentation de la fraude. Ceux-ci, pour combler certaines de leurs difficultés liées aux finances, pourraient s'adonner à des combines frauduleuses, en utilisant leur savoir-faire au sein de la société.

Des cas peuvent malheureusement être cités sur le marché du BURKINA FASO. C'est ainsi que certains informaticiens des sociétés, en collusion avec des collègues complices du service sinistres ont pu effectuer des déclarations fictives de sinistres par un piratage informatique du logiciel de la société. C'est aussi le cas de certains dirigeants qui utilisent leur pouvoir pour sortir les fonds de la société en dehors des procédures prévues par le manuel des procédures.

2) Les courtiers

Les causes de la fraude de ceux-ci sont similaires à celles des salariés travaillant au sein des sociétés d'assurances. Il s'agit surtout du reversement tardif de leurs commissions par les sociétés d'assurances. Cette situation qui est de nature à entraîner des difficultés financières pour ceux-ci, les conduit en général à recourir à des pratiques frauduleuses contre les sociétés d'assurances dans les affaires qu'ils apportent à ces sociétés. Il est à noter que ceux d'entre eux qui s'adonnent à ce genre de pratiques, c'est justement les courtiers qui n'ont pas les vertus citées ci-dessus, n'ayant pas la conscience professionnelle requise pour leur profession.

D/ La réticence dolosive de certains réassureurs

Il s'agit là d'une hypothèse plausible dans la mesure où la réassurance est basée sur la bonne foi, encore qu'en zone CIMA, les sociétés de réassurance ne sont pas soumises au contrôle de la CRCA. La réassurance est généralement définie comme « l'assurance de l'assurance ». Les assureurs signent avec les réassureurs, des traités de réassurance (proportionnels ou non proportionnels) pour maintenir un certain équilibre de leurs portefeuilles en cas de survenance des sinistres importants. Les réassureurs sont dans un réseau d'affaires ouvert sur le monde entier, et disposent de statistiques très anciens sur des sinistres. Ils représentent donc un atout certain pour la bonne marche des sociétés d'assurances.

Lors de la signature des traités de réassurance, les parties très souvent, ne sont pas sur un pied d'égalité, d'où le risque pour les assureurs peu avertis d'accepter des clauses désavantageuses à leur endroit sans le savoir, lorsqu'ils ont affaire à des réassureurs véreux. C'est justement pour cela que George DE DOUDEL affirma : « l'association de la

cédante et du réassureur présente un caractère matrimonial ; toutefois étant donné que nous sommes dans le domaine des intérêts et non celui des sentiments, il est fortement conseillé aux deux parties de prendre, avant signature et engagement, les précautions les plus élémentaires... »⁷

L'aspect frauduleux que nous pouvons retenir de cette citation, c'est le risque auquel certains assureurs sont exposés, lors de la signature de traités de réassurance. Les parties ne sont souvent pas sur un pied d'égalité quant à la compréhension même des rouages de la réassurance.

⁷ Dixit George De DOUDEL TRAORE (D) « Mise en place et gestion technique d'un programme de Réassurance dans une jeune compagnie d'assurance IARDT : Cas de la « Générale des Assurances » au Burkina Faso, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurance, 2002.

Chapitre 2 : La cartographie de la fraude à l'assurance IARD au Burkina Faso

La lutte efficace contre la fraude à l'assurance passe par la détection des diverses formes de fraude qui ont cours sur le marché (**Paragraphe 1**), sans oublier les potentiels concernés par ces pratiques (**Paragraphe 2**). Nous avons pu former ce catalogue grâce aux informations recueillies auprès des responsables de certaines sociétés du marché.

Paragraphe 1 : Les diverses formes de fraude sur le marché IARD burkinabè

Nous envisageons une approche pratique de la question pour plus de clarté. Cela va nous amener à considérer les formes les plus courantes de fraude qui proviennent essentiellement du non-respect des obligations légales, des indemnisations indues, ou des fraudes du bénéficiaire.

A/ Le non-respect des obligations légales

Le livre II du code CIMA indique en ses articles 200 et 278 les assurances obligatoires qui ont cours sur notre marché. Elles concernent la mise en circulation des véhicules terrestres à moteurs et les facultés à l'importation, dans la mesure où les législations nationales le prévoient. Sur la base des données provenant d'ALLIANZ BURKINA, une des compagnies du marché, ces obligations ne sont vraiment respectées que dans une certaine proportion, notamment autour de 60%. Les 40%⁸ autres constitueraient les principaux cas de fraude à la souscription, lesquels se manifestent par la volonté de couvrir un aléa déjà réalisé ou le faux et l'usage de faux en écritures.

Nous avons pu recenser des cas qui peuvent être cités en exemple pour étayer davantage nos propos : certains assurés font de fausses déclarations sur les valeurs assurées à la souscription tandis que d'autres falsifient les dates de validité de leur contrat ; d'autres font procéder à une extension de garantie après la réalisation d'un sinistre dommage. Il y a aussi des personnes qui achètent des véhicules d'occasion ou d'autres biens assurables, dans la rue avec des opérateurs non agréés. Par ailleurs, il arrive que des assurés, avec la complicité de certains préposés d'assurances, obtiennent moyennant rémunération, des attestations d'assurance pour se conformer à des formalités administratives ou douanières. Enfin, nous avons l'exemple de certains automobilistes qui souscrivent des contrats d'assurance responsabilité civile après leur implication dans une collision.

B/ Les indemnisations indues

⁸ Ces pourcentages proviennent du rapport d'étude du 17/12/2004 de Mohamed COMPAORE, Directeur Juridique et du Contentieux des AGF BURKINA, dénommé actuellement ALLIANZ BURKINA.

L'environnement actuel des affaires se densifie de jour en jour, et la recherche du profit à tout prix allant croissant pour plusieurs, semble répondre à cette célèbre maxime de Nicolas MACHIAVEL : « la fin justifie les moyens ».⁹ C'est ce qui explique que lors des indemnisations, les sociétés d'assurances sont souvent victimes de cas de fraude. L'énumération qui suivra est à classer au rang des résultats de nos recherches documentaires.

Ainsi, nous avons pu recenser comme cas frauduleux : des devis complaisants ou négociés, obtenus chez les concessionnaires pour la réparation des véhicules hors argus, entretenus habituellement chez des garagistes non agréés ; des faux vols de véhicules : il s'agit des véhicules qui franchissent la frontière pour être vendus ou donnés avant d'être déclarés volés ; des incendies volontaires provoqués dans certaines entreprises en mal de clientèle, ou en redressement fiscal ; des taux complaisants d'invalidité fixés par des médecins malhonnêtes ; des malades imaginaires ou des évacuations sanitaires de toutes pièces ; de la substitution de personne en assurance santé ; des morts vivants : il s'agit des personnes officiellement mortes sur le territoire de souscription, mais vivantes sous d'autres cieux (cas des individus vivant tranquillement« sous les cocotiers »aux Antilles avec l'argent des assurances).

C/ Les fraudes en cours d'exécution du contrat

Il s'agit ici des fraudes commises par les bénéficiaires des contrats d'assurance. Ces fraudes sont caractérisées notamment par le risque moral, la modification de la nature de l'affection sur la feuille de soin, les factures fictives, en assurance santé.

1) Le risque moral

Il est fréquent en assurance santé. Il se définit comme le fait pour une personne bénéficiant d'un niveau de garantie, de vouloir tirer le meilleur profit possible de cette couverture santé. Cette personne cherchera à optimiser son utilité en consommant des actes médicaux en dehors d'une quelconque nécessité sanitaire. C'est par exemple la fréquence du changement de monture des verres correcteurs par un assuré juste par esthétisme, ou le fait pour l'assuré de faire soigner en zson nom un parent, ou une connaissance, non bénéficiaire en principe de cette couverture.

2) Le changement de la nature de l'affection sur la feuille de soin

⁹ Dixit Nicolas MACHIAVEL

Dans son œuvre romanesque Le Prince, Classiques Garnier, édition Bordas, 1987.

Sachant pertinemment que le contrat exclut momentanément (cas où le délai de carence court encore) ou d'office telle affection, l'assuré demande au médecin traitant de lui substituer une autre affection proche de l'affection exclue, ou une autre dont elle constitue un symptôme. A cela, s'ajoute le changement de la date de la prestation surtout lorsque la prestation a lieu pendant le délai de carence. Ainsi, il demandera au prestataire de soins, de mentionner sur la feuille de soin, une date postérieure à l'expiration du délai de carence. Cette pratique frauduleuse notons-le, n'est pas l'apanage des assurés uniquement ; certains professionnels de la santé n'y sont pas étrangers.

3) Les factures de prestations fictives

En pareille circonstance, il n'y a ni acte médical, ni frais pharmaceutiques réels exposés, mais l'assuré présente à l'assureur des factures apparemment non émaillées d'irrégularités, et ce, grâce à la complicité de certains membres du corps médical (certains employés des pharmacies ou des cliniques). Nous constatons que la fraude en assurance santé est aussi diversifiée qu'il y a d'acteurs. En prélude à cette situation, l'assureur devra prendre les mesures idoines afin de réduire le déficit chronique de la branche et améliorer ses résultats financiers en général. Les formes de fraude, nous venons de le voir, sont diversifiées. Il nous est loisible de dire, qu'il s'agit en réalité, d'une catégorie-ouverte. Que peut-on dire à présent des acteurs ? Telle sera à travers les lignes à venir, notre préoccupation.

Paragraphe 2 : Les acteurs de la fraude à l'assurance IARD sur le marché burkinabè

Il s'agit de tous ceux qui interviennent dans la chaîne des contrats, depuis leur souscription, jusqu'à leur exécution. Deux catégories d'acteurs émergent à savoir :

- Les professionnels du métier d'assurance d'un côté
- Les bénéficiaires des contrats d'assurance de l'autre.

A/ Les professionnels du métier d'assurance

Dans cette catégorie d'acteurs, sont très souvent concernés les salariés des sociétés d'assurances et les intermédiaires d'assurances.

1) Le personnel salarié des sociétés d'assurance

Certains salariés des sociétés d'assurance opèrent très souvent avec la complicité de personnes extérieures à la société. Ils opèrent selon plusieurs approches dont les plus usitées seront exposées à travers les lignes ci-après.

Ils planifient des souscriptions de contrats après réalisation de l'aléa ; ils valident souvent des réclamations complaisantes ou même des rapports de ce genre (rapport de visite de risque par exemple) ; ils procèdent à des doubles facturations etc. Il leur arrive d'être des acteurs principaux de la fraude notamment en cas de montage de sinistres fictifs, ou de vente d'attestation d'assurance en dehors d'un contrat (les cas les plus connus étant les attestations « Responsabilité Civile » produites dans le cadre des appels d'offre, les certificats d'assurance Transport ...).

2) Les intermédiaires d'assurance

Il s'agit des apporteurs d'affaires que sont les courtiers et les agents généraux, lesquels sont régis par le livre V du code CIMA. Ces apporteurs d'affaires sont exposés au même risque de fraude que les salariés des sociétés d'assurance. Il serait par conséquent superflu de répéter tout ce que nous avons déjà dit à cet effet. Néanmoins, notons le fait qu'ils se démarquent des salariés des sociétés d'assurance par la rétention des avenants (souscriptions non enregistrées ou non transmises à l'assureur) et des primes encaissées, surtout dans les sociétés qui ne disposent pas encore d'un système d'information adéquat.

B/ Les bénéficiaires des contrats d'assurance

Il s'agit entre autres des professionnels, des amateurs, des complices, des protagonistes, des tiers intervenants.

1) Les professionnels et les amateurs de la fraude

Les professionnels englobent les gens qui vivent essentiellement de la fraude à l'assurance. Ils opèrent surtout dans les sinistres fictifs ou imaginaires. Ce sont eux les principaux acteurs de fausses attestations d'assurance, de vols simulés de véhicules, de morts vivants, etc.

Les amateurs regroupent les personnes qui ne vivent pas de la fraude, mais qui l'insèrent dans leurs activités pour des raisons essentiellement de malveillance ou de leur goût prononcé pour la facilité. C'est par exemple les importateurs qui achètent leur assurance chez les faussaires dans la rue, ou les produits périmés incendiés volontairement.

2) Les complices, les protagonistes et les tiers intervenants

Les complices accordent leur aide ou leur assistance aux fraudeurs dans l'accomplissement de leurs forfaits. Il s'agit en général de personnes salariées ou intermédiaires d'assurance.

Les protagonistes quant à eux, ce sont les membres de la famille, les amis, les connaissances ou les collègues des fraudeurs qui souvent bénéficient indument des prestations de l'assureur, en assurance santé par exemple.

Les tiers intervenants concernent par exemple les commerçants qui délivrent de fausses factures, les experts qui transmettent des rapports complaisants, ou les policiers qui établissent des procès verbaux injustes.

DEUXIEME PARTIE:

STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE IARD

La fraude a franchi de nos jours des proportions alarmantes sur le marché mondial des assurances. Les français escroqueraient au détriment des sociétés d'assurance plus de 1200 milliards de Francs Français (FF), soit environ 183 milliards d'euros (€). Chacune des sociétés françaises les plus importantes enregistre en moyenne 2300 dossiers frauduleux par an. Les assureurs du monde entier consacrent en moyenne entre 1/4 et 1/3 du chiffre des réparations de dommages à l'indemnisation des incendies volontaires, soit plusieurs milliards de dollars chaque année.¹⁰

C'est cependant dommage que les statistiques soient quasiment inexistantes pour le marché africain des assurances, à cause de l'absence manifeste de banques de données sur l'évolution du phénomène de la fraude à l'assurance. Or ces données auraient permis de mieux appréhender l'impact du phénomène, pour envisager les solutions les plus efficaces possibles. Le marché burkinabè des assurances ne fait pas exception à cette règle un peu générale dans le secteur des assurances en Afrique, dans la mesure où ce marché se fait remarquer également par l'absence de banques de données sur la fraude à l'assurance IARD sur ledit marché.

En dépit des efforts déployés ces derniers temps pour assainir le marché des assurances dans la zone CIMA, il y aurait toujours des pertes non négligeables que subiraient les sociétés du fait de la fraude à l'assurance. C'est tout l'intérêt de la mise en place d'une stratégie de lutte contre la fraude à l'assurance sur le marché IARD du Burkina FASO. En d'autres termes, c'est ici que nous proposerons des solutions pour parer au péril de la fraude assurancielle au sein des sociétés IARD du marché en question.

Seront abordés en premier lieu, les mécanismes propres aux sociétés d'assurances IARD dans cette lutte (**Chapitre 3**). Puis nous évoquerons volontiers en second lieu, les solutions extérieures aux sociétés IARD burkinabè dans cette immense et constante lutte engagée contre la fraude à l'assurance (**Chapitre 4**).

¹⁰Voir « causes et origines des incendies, guide pratique d'investigation », ouvrage collectif réalisé par AL-FA, à voir dans l'extrait du Plan d'action de lutte contre la fraude d'ALLIANZ BURKINA.

Chapitre 3 : Les mécanismes propres aux sociétés IARD burkinabè dans cette lutte

La pertinence ou l'efficacité d'une stratégie quelconque s'apprécie à l'aune des effets attendus qu'elle est censé produire ce, en fonction des objectifs que l'on se résout à atteindre par la force des choses. De cette corrélation entre stratégie et objectifs, nous envisageons d'une part, évoquer la prévention comme stratégie dans cette lutte anti-fraude que nous avons engagée en assurances IARD (**Paragraphe 1**), et d'autre part, la protection comme stratégie limitative du sinistre (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : La prévention ou l'action sur la fréquence

La stratégie préventive est à notre humble avis, la meilleure forme de lutte contre la fraude à l'assurance. Selon cette approche, l'assureur, en bonne sentinelle du haut de sa tour, voit venir de loin le péril, et a le temps de donner l'alerte à toute fin utile. C'est la stratégie de l'évitement qui consiste à empêcher à tout prix, la survenance de l'événement redouté. La prévention passe donc par des mécanismes divers dont nous évoquerons quelques uns dans les lignes qui suivent.

A/ La mise en place d'une cellule anti-fraude au sein de la société

La création de cette cellule anti-fraude au sein du département chargé de l'indemnisation dans les sociétés d'assurances sera le signe que le phénomène de la fraude est devenu une réelle préoccupation pour lesdites sociétés. Cette cellule anti-fraude devra être composée de trois à cinq personnes ou plus selon la taille de la société d'assurance. Il devra s'agir de personnes dont les qualités humaines ne sont plus à démontrer au sein de la compagnie et qui disposent d'un potentiel avéré en matière de détection de combines frauduleuses. Autrement dit, la formation et l'expérience devront être la condition sine qua non dans le choix des membres de la cellule anti-fraude.

En outre, les membres de la cellule anti-fraude doivent être dotés d'un flair particulier comme un sixième sens leur permettant de dénicher tout ce qui se cache derrière les innocentes apparences. Ce flair naturel qui est inné en certaines personnes, représente ici un atout certain qui devra exister au sein de certains membres de la cellule anti-fraude de la société, à défaut que tous en soient dotés. Au-delà de cet aspect spirituel, les membres de la cellule anti-fraude devront subir une formation poussée sur le cadre juridique réservé à la fraude au BURKINA FASO, afin que rien n'échappe à leur vigilance dans cette lutte acharnée que nous menons contre la fraude à l'assurance IARD au BURKINA FASO.

B/ La mise en place des manuels de procédure de la société

Cette seconde stratégie est tout aussi salutaire que la première pour la société d'assurance, dans la lutte contre le phénomène de la fraude à l'assurance. De quoi s'agit-il au juste ?

Les manuels de procédure sont des documents administratifs qui définissent dans les moindres détails l'organisation de l'entreprise. Cette dernière doit permettre de connaître in extenso et par écrit, l'agencement de la société. Cela permettra à chacun de savoir dans quelles limites s'exerce son autorité, éliminant ainsi tout risque d'empiètement réciproque ou de conflits de compétence. Les services techniques de l'entreprise disposent chacun de manuels précisant leur méthodologie de travail.

En Production, il devra y avoir un manuel des souscriptions indiquant les conditions et les capacités de souscription, les règles qui y sont attachées, un document indiquant les tarifs appliqués par la société, les livres d'enregistrement des polices, des avenants, et des attestations d'assurance, le plan de réassurance en fonction des traités, les différents bordereaux mensuels d'émission de primes, d'encaissement de primes, d'annulation et de ristourne de primes, sans oublier les bordereaux de primes impayés, les mandats des agents généraux, enfin les conventions de collaboration avec les courtiers. Tous ces documents doivent être mis en œuvre et répondre aux besoins de la société.

En Sinistre, le manuel de gestion des sinistres indiquant non seulement les pouvoirs de règlement, mais aussi les instructions techniques nécessaires au traitement des dossiers doit exister, sans oublier que les conditions de délivrance des bons de prise en charge, les conventions d'abonnement avec les avocats, les chartes des différents experts, doivent être clairement définies.

Il est judicieux qu'il y ait deux signataires pour les chèques, et qu'il y ait aussi une limitation des montants à payer par sinistres. A COLINA BURKINA FASO, la seule signature du directeur général ne suffit pas pour toucher les chèques. Il faut obligatoirement la signature du directeur technique et commercial ou celle du directeur administratif et financier.

Le service comptable lui, doit être doté des livres de caisse, des brouillards de caisse, des livres comptables, des comptes courants des intermédiaires, pour bien remplir ses tâches.

C/ Le perfectionnement du système d'information de la société

De nos jours, l'information a acquis une importante notoriété, au point qu'elle détermine beaucoup d'aspects de la vie de l'homme. A l'heure de la globalisation où les informations circulent à une très grande vitesse, d'un point du globe à l'autre, les sociétés d'assurances doivent marcher au pas de ces nouvelles exigences de l'heure, afin d'être en

phase avec les exigences informationnelles de leur métier. En effet, l'assureur collecte beaucoup de données relatives au statut socioprofessionnel des multiples clients qu'il a dans son portefeuille, en vue de l'établissement de leurs contrats d'assurance. Ainsi, L'assureur devra veiller au strict respect de la confidentialité de ces informations, à leur traitement professionnel, pour éviter leur exploitation malveillante par un individu mal intentionné.

L'informatique paraît être une sérieuse aubaine à mettre à profit par les sociétés d'assurance dans le traitement rapide de leurs données. Toutefois, autant qu'il représente une sérieuse aubaine, il peut être aussi une source de fraude préjudiciable à la société d'assurance qui en est victime. Pour parer à ce risque, les sociétés d'assurance gagneraient à moderniser leur système informatique pour le rendre le plus imperméable possible à n'importe quel pirate informatique qui pourrait s'assurer auprès d'une société d'assurance.

A cet effet, nous pouvons citer le Groupe COLINA qui s'est doté d'un logiciel assez performant au vue des avantages qu'il offre : ce logiciel n'autorise pas le renouvellement d'un contrat ayant des arriérés de primes. Il permet cependant la surveillance à distance par une Direction du Service Informatique (DSI) du groupe, des opérations menées par les différentes composantes du groupe. Ce logiciel est assez détaillé, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble vraiment fidèle sur ce qui se passe en temps réel au sein du Groupe COLINA. Ce logiciel est dénommé « Milliard ».

Malgré tout l'arsenal mis en place par les sociétés d'assurance pour éviter la survenance de la fraude, certains fraudeurs arrivent à passer par les mailles du filet et à n'être découverts qu'après coup. C'est pourquoi nous envisageons dans les lignes qui suivent, l'étude de l'action curative (**Paragraphe 2**) contre la fraude à l'assurance.

Paragraphe 2 : La protection ou l'action sur la gravité

Nous sommes précisément dans l'hypothèse où la prévention n'a pas réussi, c'est-à-dire qu'il y a eu fraude que la vigilance de certains agents (cellule anti-fraude par exemple) a permis de découvrir. Que faire alors ? C'est précisément à cette question que nous tenterons de répondre à travers les divers points que nous évoquerons.

A/ Des soupçons à la détection

Les agents des services techniques des sociétés d'assurance notamment ceux de l'indemnisation, de la production, ne peuvent que soupçonner les cas de fraude à travers les incohérences relevées dans le traitement de certains dossiers. Ils doivent de ce fait faire appel à certains intervenants extérieurs pour confirmer ou infirmer leurs soupçons. Ces

intervenants extérieurs sont nombreux. Les experts et les enquêteurs privés sont les plus connus et les plus sollicités, d'où l'intérêt de s'appesantir sur eux.

1) Les experts

Ils ont pour missions d'identifier les sinistres, d'en rechercher les causes, d'analyser les dommages en privilégiant le lien de cause à effet avec le sinistre, et d'évaluer le préjudice. Ceci permet à l'assureur de retenir un montant à dire d'expert dans le processus d'indemnisation des victimes. Ces missions brièvement définies, mettent en exergue le rôle que les experts peuvent jouer dans la détection de la fraude.

Ils doivent par exemple, empêcher l'exagération des dommages, établir les écarts entre les origines et les conséquences d'un sinistre, déceler les faux documents justificatifs, démontrer qu'il y a eu incendie volontaire ou suicide, prouver le caractère imaginaire d'une maladie, démontrer l'absence de causalité entre un décès et un accident corporel etc. L'importance de ces missions exige qu'elles soient menées par des experts qualifiés, expérimentés, probes, en vue de préserver les intérêts de la mutualité que l'assureur doit gérer en bon père de famille.

2) Les enquêteurs privés

Ils ont pour missions de procéder à des vérifications, des recoupements d'informations par les témoignages, les expériences et les documents. Ils ont aussi pour mission de mener des recherches en vue de confirmer ou infirmer la matérialité des faits. Les enquêteurs privés sont au fond des acteurs incontournables qui confirment ou infirment les soupçons de l'assureur à travers leurs investigations. Ils détectent soit les anomalies qui émaillent certains contrats d'assurance, soit rassurent l'assureur sur la crédibilité de certains assurés ou bénéficiaires de contrats d'assurance, apparemment douteux. En d'autres termes, il s'agit d'acteurs incontournables dans la détection de la fraude, agissant en privé en fonction de leurs honoraires, avec beaucoup d'entrain et d'engagement, sous le rôle d'officiers de police judiciaire.

Ils doivent par exemple, mettre à nu les vols simulés de véhicules, établir le nombre exact des véritables ayants droit, trouver leur domicile et leur identité en vue d'une indemnisation, prouver une filiation et détecter les faux documents d'état civil de même que les morts vivants, recenser des informations pour élucider davantage une plainte, détecter les souscriptions hors aléa (polices anti-datées) selon le type de police en assurances IARD.

Les mesures prudentielles à prendre par les sociétés d'assurances en vue d'un recours fructueux auprès des enquêteurs privés sont entre autres :

- Les sociétés devront les commettre dans des délais bien précis, de préférence de courte durée. Elles devront rédiger des lettres de mission d'une clarté indiscutable, avec à l'appui des objectifs bien précis. De plus, elles devront exiger de ceux-ci, des rapports qui relatent objectivement les faits.
- Les sociétés devront en outre, les rémunérer à la hauteur de leur tâche, pour les mettre à l'abri de toute forme de corruption, et exiger en annexe des témoignages offrant des gages d'authenticité.

Comme les experts, les enquêteurs privés doivent être polyvalents, expérimentés, stratèges et probes, pour pouvoir donner entière satisfaction au commettant, étant entendu que la préservation des intérêts des assurés et des victimes dépend de la réussite de leurs missions.

B/ Le traitement des cas de fraude détectés dans les sociétés au BURKINA FASO

Selon l'importance des intérêts en jeu, la société peut sanctionner la fraude en recourant à la transaction ou à une procédure judiciaire.

1) La solution transactionnelle

Il est étonnant de parler de transaction lorsqu'il y a fraude, quand on sait que la fraude est une infraction, c'est-à-dire un acte pénalement répréhensible dans les différentes législations des pays par le ministère public qui est le garant du respect de l'ordre public et des bonnes mœurs par les citoyens. Toutefois, le secteur des assurances étant compris dans le monde des affaires, il privilégie ainsi la *lex mercatoria*¹¹ en vertu de laquelle, les assureurs préfèrent plus la transaction, compte tenu des enjeux de certaines affaires, de leurs coûts, du facteur temps, et des impératifs de productivité qu'ils doivent maîtriser. Pour cela, avant d'entreprendre toute action, les assureurs doivent se poser deux questions essentielles :

- Combien cette action coûtera à la société d'assurances ?
- Quel profit la société d'assurances peut tirer de cette action ?

Au vue de ce qui précède, les sociétés d'assurances ont le devoir, après la détection d'une fraude et après avoir pris toutes les mesures conservatoires et de sauvegarde y compris la réunion de tous les renseignements nécessaires à l'action judiciaire, de s'interroger sur les conséquences financières et commerciales de la démarche à adopter. En clair, chaque fois que le profil du fraudeur, le type de fraude, la portée des renseignements

¹¹Lex mercatoria

Cette expression latine signifie loi marchande ; elle prévaut dans les milieux d'affaires. Elle préconise souvent l'arbitrage ou la transaction comme mode de règlement des différends d'affaires généralement internationaux qui peuvent être issus de la fraude comme c'est souvent le cas en assurance.

obtenus suscitent des inquiétudes sur le bon aboutissement d'une procédure judiciaire, ou laisse présager des frais de procès plus importants que la perte subie, il est préférable pour la société d'assurance d'opter pour une solution définitive à l'amiable, c'est-à-dire transiger. Nous précisons que la solution transactionnelle est à prévoir au cas par cas, ce qui veut dire que l'action en justice est de mise et il faudra donc en connaître les rouages pour un dénouement heureux des litiges en cause.

2) La solution judiciaire

La fraude détectée est sujette à plusieurs qualifications juridiques en fonction des circonstances de la cause. Les agents habilités à procéder aux différentes indemnisations ou les membres de la cellule anti-fraude de la société, doivent avoir des atouts professionnels pour la qualifier exactement, étant donné que, de la qualification dépendent le choix de la procédure et le régime juridique applicable.

a) La procédure applicable devant les juridictions civiles

Les actes frauduleux sont par nature des infractions. Ils sont donc rarement sujets à une procédure civile. Néanmoins, vu la tendance des entreprises à mettre en avant la rentabilité et l'efficacité en lieu et place de tout autre objectif, la fraude assurancière peut faire l'objet des sanctions suivantes :

- La procédure de résolution du contrat d'assurance pourrait être envisagée par la société d'assurance victime de fraude, sur la base du non respect des conditions particulières dudit contrat par l'assuré fautif.
- La procédure de tierce expertise est aussi possible lorsqu'il y a contradiction sur les conclusions des expertises demandées par l'assureur. Le tiers expert étant commis pour trancher entre les experts dont les conclusions se contredisent.
- La procédure de saisie conservatoire est également prévisible, dans le but d'éviter la dilapidation des gains illicites.
- La procédure de pose de scellés en vue de conserver soigneusement les preuves dans l'hypothèse par exemple d'un incendie volontaire d'une usine ou d'un grand magasin assuré en incendie.
- La procédure de répétition de l'indu peut être appliquée lorsque la récupération des biens fraudés est possible par l'assureur. C'est le cas par exemple des sommes indûment versées par l'assureur pour couvrir les prestations médicales d'un faux malade.

Dans certaines situations, l'assureur préfère engager une procédure pénale, pour faire respecter la loi.

b) La procédure applicable devant les juridictions pénales

Les qualifications juridiques couramment utilisées concernant les actes frauduleux sont multiples. Il s'agit notamment de :

- L'escroquerie ; l'abus de confiance ;
- Le recel ; le faux et l'usage de faux en écritures ;
- La contrefaçon des sceaux publics ou privés etc.

Les sanctions de ces infractions sont prévues par le code pénal dont le contenu et les références des articles diffèrent selon la législation des différents pays.

En droit burkinabè, les peines d'emprisonnement et d'amende oscillent respectivement entre un (1) an et vingt (20) ans, et entre trois cent mille (300.000) francs CFA et cinq millions (5. 000.000) de Francs CFA. En sus de ces peines pénales, il y a la possibilité de constitution de partie civile afin d'obtenir la réparation du préjudice subi ainsi que le paiement de dommages et intérêts.

Ces sanctions jouent lorsqu'on met en mouvement les procédures organisées par le code de procédure pénale dont le contenu diffère également d'un pays à un autre. Les décisions définitives des sociétés d'assurance, pour sanctionner les cas de fraude, doivent écarter en principe toute concession à l'égard des fraudeurs récidivistes, ou les actes frauduleux des délinquants professionnels ou des professionnels d'assurance.

La stratégie idoine à notre avis, face aux menaces d'assignation des fraudeurs qui dérangent chaque fois les sociétés d'assurance pour être dédommagés, est d'engager une procédure pénale en vue d'obtenir un sursis à statuer, en vertu du principe de droit processuel selon lequel, le criminel tient le civil en état.¹² A cet effet, il est impérieux pour les agents chargés des correspondances, de s'adresser toujours au doyen des juges d'instruction par une plainte bien précise contre un individu donné, tout en permettant au juge d'instruction de statuer à charge. Cette procédure protège contre les éventuelles poursuites pour atteinte à l'honneur ou pour diffamation. Par ailleurs, nous pensons qu'il est préférable pour les sociétés d'assurances de n'avoir recours au Procureur du Faso que pour les délits flagrants commis à leur encontre.

C/ Le traitement des cas spécifiques de sinistres par les sociétés d'assurances burkinabè

Le sinistre se définit en général comme la réalisation du risque ; le risque étant l'événement contre lequel l'on s'assure, parce que l'on redoute sa survenance qui pourrait

¹² Le criminel tient le civil en état

Selon ce principe de droit processuel, le juge civil, lorsqu'il est saisi de l'action en réparation d'une infraction, doit surseoir à statuer jusqu'à ce que le juge pénal se soit lui-même définitivement prononcé sur l'action publique. (Cf Lexique des termes juridiques, Dalloz 13^{ème} édition, 2001)

dépasser largement nos prévisions et surtout notre capacité financière. Tout sinistre a une cause que l'assureur cherche à connaître dans le but de savoir si sa garantie est due ou pas. C'est pour cela que la société d'assurances commet des experts pour être située sur la cause de certains sinistres, afin de bien gérer l'argent de la mutualité.

Toutefois, il arrive qu'il y ait des sinistres dont les causes réelles restent inconnues, malgré toutes les investigations qui pourraient être menées à la demande de la société d'assurances. Ce type de sinistre, suivant les explications de certains professionnels du métier lors de nos entretiens, est assez rare sur le marché IARD burkinabè.

Cette situation fait appel au règlement commercial auquel se prêtent certaines sociétés d'assurances dans le but de garder l'assuré dans le portefeuille de la société, étant donné que les causes réelles du sinistre n'ont pu être connues. La société d'assurances accorde ici en quelque sorte à son client sinistré, le bénéfice du doute¹³ pour fidéliser ce dernier, et aussi pour soigner l'image de la société auprès du public, ce qui équivaut à une bonne publicité pour ladite société.

Suite aux divers entretiens que nous avons eus avec certains professionnels du secteur, il ressort que le règlement commercial n'est cependant accordé qu'à une catégorie de clients. Il s'agit des clients importants, c'est-à-dire ceux qui ont un poids financier non négligeable dans le portefeuille de la société d'assurances. C'est notamment les sociétés industrielles, les banques, les ambassades, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les grosses chaînes alimentaires, les sociétés minières, les sociétés d'Etat, etc. Les critères d'octroi de ce règlement commercial sont entre autres, l'ancienneté du client dans le portefeuille de la société, sa sinistralité, les garanties qu'il a souscrites...

¹³ Bénéfice du doute

Principe général de procédure pénale qui oblige le juge à prononcer une relaxe ou un acquittement dès lors qu'un doute subsiste sur l'existence même de l'infraction, la réalisation de ses conditions, ou encore la participation de ses auteurs. (Lexique des termes juridiques, Dalloz 13^{ème} édition, 2001)

Chapitre 4 : Les solutions extérieures aux sociétés IARD burkinabè dans cette lutte

La lutte contre la fraude à l'assurance n'est pas seulement l'apanage des sociétés d'assurances. Des structures spécialisées en assurance en ont fait également leur préoccupation au sein de leurs multiples objectifs. Pour ce faire, dans l'espace des quatorze (14) Etats qui forment la CIMA, le Conseil des Ministres de la Conférence s'est appesanti sur la question, en prenant une position très claire. En effet, ledit Conseil a procédé à l'amendement de l'article 13 du Code CIMA (**Paragraphe 1**) à travers le communiqué final de sa session du 11 avril 2011, tenue à N'Djaména en république tchadienne. Deux structures qui opèrent dans le domaine des assurances au BURKINA FASO, en synergie avec la CIMA, s'activent aussi à leur niveau dans la lutte contre le phénomène de la fraude à l'assurance (**Paragraphe 2**).

Ce bref aperçu nous permet juste d'entrevoir ce sur quoi nous aurons à argumenter dans les prochaines lignes.

Paragraphe 1: L'article 13 (Nouveau) du code CIMA

A/ La fin du règne de l'assurance à crédit

L'assurance à crédit, c'est le fait pour l'assureur d'accepter de garantir un risque dont la prime n'a pas été payée ou l'a été partiellement. C'est une pratique qui est totalement contraire aux principes de l'assurance¹⁴, mais qui avait cours sur les différents marchés de la zone CIMA, à cause de la concurrence qui existe entre les sociétés d'assurances pour avoir le maximum de clients dans leurs portefeuilles.

Dorénavant, cette pratique est interdite dans le code CIMA, suite à la modification de son article 13 dont les nouvelles dispositions énoncent que : « (...) **La prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement de la prime par le souscripteur.**

Il est interdit aux entreprises d'assurance, sous peine des sanctions prévues à l'article 312, de souscrire un contrat d'assurance dont la prime n'est pas payée ou de renouveler un contrat d'assurance dont la prime n'a pas été payée. Ces nouvelles dispositions sont tellement claires qu'il serait superflu de vouloir les commenter davantage.

De plus, l'article 13-1 (Nouveau) sur les chèques et effets impayés dispose que : « **Lorsqu'un chèque ou un effet remis en paiement de la prime revient impayé, l'assuré est mis en demeure de régulariser le paiement dans un délai de huit jours ouvrés à compter de la réception de l'acte ou de la lettre de mise en demeure. A**

¹⁴ Les Principes de l'assurance auxquels nous faisons allusion sont les suivants :
Pas d'assurance sans risque. Pas d'assurance sans paiement préalable de la prime.
(Cf cours d'introduction à l'assurance cycle DESS-A de Mr Assi Lucas ANNEY dispensé en janvier 2011 à l'IIA)

l'expiration de ce délai, si la régularisation n'est pas effectuée, le contrat est résilié de plein droit.

La portion de prime courue reste acquise à l'assureur, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement. »

Cette disposition nous montre que désormais, la pratique des chèques sans provision n'est plus tolérée dans l'espace CIMA, lorsque la prime d'assurance doit être réglée par ces instruments de paiement. Nous pouvons donc dire que l'assurance à crédit constitue une infraction et une faute professionnelle grave pour les agents des sociétés d'assurances qui s'y livreront à compter du 1^{er} / 10/ 2011, date d'entrée en vigueur du nouvel article 13 du code CIMA dans tout l'espace de la CIMA.

Néanmoins, des dérogations ont été apportées à cet article 13 (Nouveau).

B/ Les dispositions dérogatoires à l'article 13 (Nouveau) du code CIMA

« Par dérogation au principe énoncé aux alinéas précédents, un délai maximum de paiement de soixante jours à compter de la date de prise d'effet ou de renouvellement du contrat peut être accordé au souscripteur, pour les risques dont la prime du contrat excède quatre-vingt fois le SMIG annuel du pays de localisation à l'exception des contrats des branches automobile, maladie et marchandises transportées.

Toutefois, le souscripteur devra signer un engagement express à payer la prime du contrat avant l'expiration du délai prévu. Lorsque l'engagement express de payer la prime est matérialisé par un effet de commerce, le terme maximum stipulé ne peut excéder le délai de 60 jours ci-dessus.

A défaut de paiement de la prime dans le délai convenu, le contrat est résilié de plein droit.¹⁵ La portion de prime courue reste acquise à l'assureur, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement (...) »

Ces assouplissements ou atténuations, qui sont d'une fermeté très claire, ont pour but de permettre au souscripteur de bonne foi d'exécuter pleinement ses obligations contractuelles envers sa société d'assurances. Concernant la portion de prime courue, il s'agit de la période durant laquelle l'assureur a accordé sa garantie sans avoir auparavant encaissé la prime d'assurance.

¹⁵ Résiliation de plein droit

C'est la suppression automatique pour l'avenir d'un contrat successif, en raison de l'inexécution par l'une des parties de ses obligations. (Cf Lexique des termes juridiques, Dalloz 13^{ème} édition, 2001).

Cette situation est vraiment exceptionnelle, eu égard aux dispositions énoncées ci-dessus. Ainsi, la portion de prime courue est acquise à la société d'assurances parce que celle-ci a accepté accorder sa garantie à l'assuré qui a pris l'engagement de payer sa prime avant l'expiration du délai prévu à l'article 13 (Nouveau) du code CIMA, mais finalement n'a pas pu honorer son engagement envers sa société d'assurances. Néanmoins, la lecture que nous avons faite de l'article 13-2 (Nouveau) sur la coassurance, nous a permis de relever un élément qui semble être à notre humble avis, un inconvénient dans la mise en œuvre de cet article.

Nous exposerons davantage sur ce sujet, dans les développements qui suivront.

C/ L'inconvénient du délai de reversement des primes et suggestion à ce sujet

L'article 13-2 (Nouveau) sur la coassurance dispose que : **«Dans le cas de coassurance à quittance unique, l'apéríteur doit reverser les parts de prime dues aux autres coassureurs dans un délai de quinze jours à compter de la réception du paiement de la prime ou portion de primes.**

Les primes dues par l'apéríteur et non reversées aux autres coassureurs produisent intérêt de plein droit au double du taux d'escompte dans la limite du taux de l'usure à compter de l'expiration du délai de reversement stipulé à l'alinéa précédent.»

A la lecture de ces dispositions, nous estimons que le délai de reversement de quinze (15) jours des primes ou portion de primes accordé à l'apéríteur, est inopportun. Le fait d'accorder quinze (15) jours à l'apéríteur favorise à notre sens, un certain laxisme de ce dernier dans le reversement de la part de primes des autres coassureurs. Ce qui est certain, c'est que ce délai ne favorise pas du tout la célérité dont doit faire preuve l'apéríteur dans le reversement des parts de prime des autres coassureurs. En effet, selon l'esprit de l'article 13 (Nouveau) du code CIMA, il ne devrait plus y avoir de décalage entre la garantie qu'accorde l'assureur et l'encaissement de la prime d'assurance, hormis les situations exceptionnelles limitativement décrites dans le même article.

Cette même logique devrait en principe prévaloir en cas de coassurance. Pour cela, nous suggérons que l'apéríteur soit soumis à une obligation de reversement automatique dès encaissement, des primes ou portion de primes des autres coassureurs, afin que ceux-ci puissent eux aussi, mieux s'organiser pour pouvoir faire face à leur part de sinistres concernant le risque coassuré.

La mise en œuvre de cette obligation suppose la suppression du délai de reversement accordé à l'apéríteur. Par conséquent, elle devrait entraîner la suppression du second alinéa de l'article 13-2 (Nouveau) qui porte sur la coassurance. La suppression de cet ali-

néa constitue aussi une suggestion de notre part, parce que nous pensons que l'octroi de ce délai est superflu, dans l'hypothèse où le reversement était automatique, chose que nous suggérons vivement, pour rester dans l'esprit de l'article 13 (Nouveau) du code CIMA évoqué plus haut. En plus du nouvel article 13 du code CIMA, il existe deux structures au BURKINA FASO qui interviennent elles aussi dans la lutte contre la fraude assurancière. Nos prochains développements porteront volontiers sur elles.

Paragraphe 2 : L'apport des structures spécialisées en assurance

A/ L'Association Professionnelle des Sociétés d'Assurance du Burkina (APSAB)

L'APSAB est une organisation à buts non lucratifs créée officiellement, le 21 mai 1992, par l'arrêté N° 926183/MAT/ MDLP/SG/DELPJ sous la dénomination Comité des Sociétés d'Assurances du Burkina, (CSAB). Le changement de dénomination a été décidé au cours de l'Assemblée Générale Extraordinaire du 19 mars 2002 et confirmé par le récépissé N°2002-132/MATD/SG/DGAT/DLPAP du 29 mars 2002.

Par rapport aux objectifs de l'APSAB, nous aborderons la question en procédant à une énumération par tiret, et en insérant si possible au cas par cas, un commentaire à l'appui. Ainsi, l'APSAB aurait pour objectifs¹⁶ :

- de représenter les sociétés adhérentes auprès des pouvoirs publics dans toutes les circonstances où une action commune est jugée nécessaire ;
- de collecter toute information utile à l'ensemble des sociétés adhérentes ;
- d'étudier les mesures à proposer aux sociétés adhérentes en vue d'entretenir une bonne entente au sein de la profession ;
- de faire toute proposition pour la mise au point ou la révision des contrats et des tarifications d'intérêt commun ;
- de faciliter la communication et de résoudre tous les problèmes qui pourraient surgir entre les sociétés membres par la voie d'arbitrage et de concertation ;
- De fournir aux sociétés désireuses d'opérer au BURKINA FASO toutes les informations sur la profession ;
- D'effectuer pour le compte des sociétés qui en manifestent le désir, des enquêtes sur les origines et causes des sinistres. Sur ce point, il y a lieu de préciser que, ces enquêtes que pourraient mener l'APSAB pour le compte des sociétés désireuses pourraient permettre de savoir que les causes et origines de beaucoup de sinistres auraient un lien avec la fraude, comme nous l'avions souligné plus haut.

¹⁶ Objectifs de l'APSAB : données recueillies auprès du Secrétaire Permanent de l'APSAB basé à Ouagadougou.

- d'assurer la gestion et l'administration de toute opération commune à la profession ;
- de promouvoir l'industrie des assurances au BURKINA FASO ainsi que la coopération entre les sociétés membres.

En outre, l'APSAB fait office de Bureau National Burkinabè de la Carte Brune CEDEAO. A ce titre, elle gère les sinistres qui impliquent des burkinabè et des ressortissants des autres pays membres de l'espace CEDEAO.

B/ La Direction des Assurances (DA)

Autorité de tutelle de l'APSAB, la DA est une structure de la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP). La DGTCP étant elle-même un démembrement du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF). Elle a été créée peu après les indépendances, sous la dénomination de Service de Contrôle des Assurances (SCA) à travers le décret N°497/PRES/MF/SCA du 25/09/1963. Le changement de dénomination est intervenu en 1988 à travers l'érection du SCA en Direction des Assurances. Nous aborderons la question des attributions de la DA, comme nous venons de la faire avec l'APSAB. Ainsi, les attributions de la DA sont décrites dans l'arrêté N°2003-199/MFB/SG/DGTCP portant organisation de la DGTCP, la DA étant chargée¹⁷ :

- de la surveillance générale et de la promotion du marché des assurances ainsi que de la sauvegarde des intérêts des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurances et de capitalisation ;
- de l'application des dispositions du code CIMA ainsi que de l'élaboration et de la mise en œuvre de toutes autres dispositions législative, réglementaire et administrative sur le secteur des assurances ;
- de servir de relais à l'action de la Commission Régionale et de Contrôle des Assurances (CRCA) dans les Etats membres. Ainsi, la DA communique à la CRCA toutes les informations sur l'état des sociétés et sur l'évolution du marché afin que celle-ci puisse prendre les bonnes décisions ;
- de jouer le rôle d'expert et de conseil immédiat en matière d'assurance auprès des autorités nationales ;
- de l'instruction des dossiers de demande d'agrément et d'autorisation de sociétés, d'intermédiaires et produits d'assurance ;

¹⁷ Attributions de la DA : informations recueillies auprès du Chef du service technique du contrôle et de la comptabilité de la DA.

- du contrôle des intermédiaires d'assurance et experts techniques qui concourent à l'évaluation des sinistres et à l'exécution des contrats.

C/ Les actions menées par ces structures dans la lutte contre la fraude à l'assurance

1) La DA face à la question de la fraude à l'assurance

Nous avons eu plusieurs entretiens avec les dirigeants de la DA sur ce sujet. Tous reconnaissent que la fraude à l'assurance existe, surtout dans la branche Maladie. Lorsque nous demandâmes le nombre de dossiers frauduleux de 2010 à 2012 du marché IARD, nous n'eûmes cependant pas de réponse satisfaisante. Ceci pose le problème de l'inexistence de statistiques sur la fraude assurancielle en Afrique de façon générale, et en particulier au BURKINA FASO. Les sociétés d'assurances semblent se contenter de traiter les dossiers frauduleux, sans pour autant songer à constituer une banque de données concernant lesdits dossiers. Or, la constitution de ces données aurait facilité énormément la tâche de la DA sur ledit sujet.

En termes d'actions menées par la DA sur la question de la fraude assurancielle, nous fûmes confrontés à l'absence de données chiffrées sur cette question, lors de nos entretiens. Ceci nous conduisit à faire des propositions qui pourraient à notre avis, aider dorénavant la DA dans son fonctionnement. Ainsi, la DA pourrait obliger toutes les sociétés du marché à constituer une banque de données des dossiers frauduleux auxquels elles ont eu à faire au cours de chaque exercice. Cette proposition est réalisable dans la mesure où la DA sert de relai à l'action de la CRCA dans chaque Etat membre. En plus, comme au sein des sociétés, la DA pourrait elle aussi former une cellule anti-fraude qui travaillera en synergie avec les autres cellules anti-fraude des différentes sociétés, dans l'hypothèse où celles-ci les mettraient en place.

2) L'APSAB et le phénomène de la fraude à l'assurance

Lorsque nous nous rendîmes à l'APSAB, nous fûmes confrontés aux mêmes écueils, à savoir l'absence de statistiques sur des actions concrètes menées contre la fraude à l'assurance. Cette question de l'absence de données semble démontrer une certaine façon de travailler des structures africaines. Celles-ci auraient tendance à exclure, de par leur façon d'opérer, la construction de banques de données, cependant nécessaires pour suivre l'évolution des phénomènes étudiés sur une période donnée.

Néanmoins, l'APSAB a initié une action dans la lutte contre la fraude à l'assurance. Cette action concernait la mise en œuvre par les sociétés d'assurances, des

nouvelles dispositions de l'article 13 (Nouveau) du code CIMA. Elle a même abouti à l'adoption par l'APSAB, d'un code de bonne conduite de 7 pages. Les directeurs généraux des 12 sociétés membres de l'APSAB y ont apposé leur signature, de même que les directeurs généraux des 5 sociétés de courtage opérant au BURKINA FASO.

L'objectif essentiel de ce code de bonne conduite est d'amener les différents acteurs à s'engager fermement au respect des lois, des règlements et de l'éthique de la profession. De manière spécifique, tous ces acteurs s'engagent à respecter scrupuleusement les dispositions du Règlement N°001/CIMA/PCMA/PCE /2011, et de ses circulaires ou notes d'application, qui leur imposent des exigences et des responsabilités.¹⁸ En termes d'action menée par l'APSAB dans la lutte contre la fraude à l'assurance, c'est ce que nous avons pu noter, hormis l'absence de statistiques sur les éventuels dossiers frauduleux rencontrés.

L'APSAB à notre avis, gagnerait à être redynamisée. Son projet de site internet qui est en cours, est une véritable opportunité à saisir. Nous pensons que ce sera l'outil par lequel elle commencera à intégrer dans son fonctionnement, la construction de données statistiques fiables et portant sur des sujets tels la fraude sur le marché des assurances au BURKINA FASO. De plus, toujours dans cet élan de redynamisation de cette structure, nous suggérons la définition d'un plan d'activités annuel par l'APSAB, ce qui lui permettra d'exécuter pleinement les attributions qui sont les siennes. Elle devra aussi arrêter un budget réaliste lui permettant d'exécuter pleinement ce plan d'activités annuel qu'elle aura défini. En d'autres termes, l'APSAB devra avoir les moyens de sa politique pour vraiment bien fonctionner.

¹⁸ Code de Bonne Conduite relatif à l'application effective des dispositions du Règlement N°001/CIMA/PCMA/PCE/2011
Exemplaire de ce code reçu du Secrétaire Permanent de l'APSAB.

Conclusion

La fraude à l'assurance sur un marché donné, est un phénomène assez difficile à cerner entièrement à travers une étude comme la nôtre. Il va de soi que nous n'avons donc pas la prétention d'avoir effectué une analyse exhaustive dudit phénomène. Nous avons seulement voulu, à travers notre démarche analytique, montrer comment une société d'assurance d'un marché IARD comme COLINA BURKINA FASO, pouvait arriver à détecter et à traiter les dossiers frauduleux auxquels elle pourrait être confrontée dans sa marche quotidienne.

Les enquêtes ou sondages d'opinion que nous avons pu réaliser sur la question, auprès de plusieurs responsables des sociétés IARD du marché, nous révèlent que la fraude à l'assurance est un phénomène transversal. Aucune branche d'assurance n'est épargnée. Cependant, la fréquence de cette fraude est particulièrement plus élevée dans la branche maladie.

Nous avons pris le problème à bras le corps dès le départ, et, après avoir effectué une analyse-diagnostic de la notion même de fraude à l'assurance, nous avons proposé des mesures palliatives qui, dans notre démarche analytique, pourraient être appelées des propositions de solutions au problème en cause. Ainsi dans la première partie de notre étude, nous nous sommes focalisés sur la notion de fraude assurancielle à la lumière de certaines dispositions du code CIMA traitant la question. Puis, nous nous sommes consacrés volontiers à mettre en évidence les causes de la fraude à l'assurance. Dans la seconde partie de notre étude, il était question pour nous de proposer une stratégie de lutte contre la fraude à l'assurance. Nous avons pu développer sur cette stratégie qui a deux composantes : une composante endogène qui est propre aux sociétés d'assurances elles-mêmes, et une composante exogène concernant plutôt les structures spécialisées en assurance du marché étudié. Il est cependant crucial pour nous de préciser, que la question de la fraude à l'assurance n'est pas propre à un marché spécifique. Il s'agit une fois de plus, d'un phénomène transversal, donc présent dans l'espace CIMA, et partant, dans le monde entier. Cette omniprésence de la fraude à l'assurance semble découler en partie, de la mauvaise compréhension que la plupart des assurés ont de l'assurance.

Suite à nos investigations, nous avons fait le triste constat que certains assurés, par rapport aux assurances obligatoires surtout, paient leur prime, juste pour ne pas avoir de

problèmes avec les forces de l'ordre lors des contrôles de routine. Ces assurés oublient la garantie que leurs sociétés d'assurances leur ont accordée durant toute la période qu'a duré leur contrat.

D'autres par contre, s'agissant des risques divers, veulent tirer le maximum de profit du paiement de leur prime, car ils se disent que les sociétés d'assurances ont beaucoup d'argent en permanence, oubliant que l'assureur n'est qu'un simple gestionnaire de cet argent et devra pouvoir honorer ses engagements vis-à-vis des assurés en cas de sinistres.

Or, l'importance de l'assurance n'est plus à démontrer de nos jours, avec la multiplication des risques due à l'avancée à grands pas du modernisme dans notre siècle. Certains visionnaires, parmi lesquels figure Sir Winston CHURCHILL, ancien Premier Ministre britannique lors de la seconde guerre mondiale, avait déjà perçu depuis ce temps, l'importance indéniable de l'assurance. Les mots qui suivront, et par lesquels nous concluons sur ce thème sans avoir la prétention de l'avoir épuisé, ont été prononcés par ce grand homme d'Etat : « Si cela m'était possible, j'écrirais le mot « assurance » dans chaque foyer et sur le front de chaque homme, tant je suis convaincu que l'assurance peut, à un prix modéré, libérer les familles de catastrophes irréparables »¹⁹.

¹⁹ Dixit Winston CHURCHILL.

DJIGUEMDE (A) Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme du Cycle A de l'Ecole Nationale des Régies Financières du Burkina Faso option: Comptabilité, sur le thème:« L'exercice du contrôle de L'Etat sur les courtiers d'assurance ».

BIBLIOGRAPHIE

I/ LEGISLATION

- Le code des Assurances des Etats membres de la CIMA, Nouvelle édition 2009.

II/ OUVRAGES GENERAUX

- A.L.F.A « Causes et origines des incendies, guide pratique d'investigation », ouvrage collectif.
- MACHIAVEL (N) « Le Prince », Classiques Garnier, édition Bordas, 1987, pour la traduction française.

III/ MEMOIRES

- DJIGUEMDE (A) « L'exercice du contrôle de l'Etat sur les courtiers d'assurance », Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme du cycle A de l'Ecole Nationale des Régies Financières du Burkina Faso, option : Comptabilité, 2004.
- TRAORE (D) « Mise en place et gestion technique d'un programme de Réassurance dans une jeune compagnie d'assurance IARDT : cas de la « Générale des Assurances » au Burkina Faso, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurance, 2002.

IV/ AUTRES DOCUMENTS

- Rapport de séminaire sur le thème « Les enjeux de la lutte contre la fraude », séminaire organisé par l'A.I.E.F.F.A, à Marseille en 2007.
- Rapport de séminaire sur le thème « Les primes élevées incitent à la fraude », séminaire organisé par l'A.I.E.F.F.A, à Marseille en 2007.
- Lexique des termes juridiques, Dalloz 13^{ème} édition, 2001.

TABLES DES MATIERES

Introduction Générale.....	1
PREMIERE PARTIE: "ANALYSE-DIAGNOSTIC" DE LA NOTION DE FRAUDE EN ASSURANCES IARD	5
Chapitre 1: Analyse Juridico-sociologique de la fraude en assurance IARD au Burkina Faso	8
Paragraphe 1: Analyse Juridico Sociologique.....	8
A/ Lafausse déclaration intentionnelle (art 18 du code CIMA)	8
B/ Le vice propre de la chose assurée (les arts 37 et 49 du code CIMA).....	9
C/ La disparition de la chose assurée (art 44 du code CIMA).....	9
D/Sur-assurance/ Assurances cumulatives (les arts 33 et 34 code CIMA).....	11
1) La sur-assurance (art 33 du code cima).....	11
2) Les Assurances cumulatives (atr 34 du code CIMA).....	12
Paragraphe 2: Les causes de la fraude en assurance IARD au Burkina Faso.....	13
A/La psychologie de l'assuré face à certaines entraves	13
B/ Les failles décelables dans la politique de gestion d'une société d'assurance.....	14
1) L'externalisation de certaines souscriptions	14
2) le déficit d'échange d'informations entre les sociétés d'assurances.....	14
C/ Les comportements frauduleux de certains professionnels des assurances	15
1) Les employés des sociétés d'assurance	15
2) Les courtiers.....	15
D/ La réticence dolosive de certains réassureurs.....	15
Chapitre 2: La cartographie de la fraude à l'assurance IARD au Burkina Faso	18
Paragraphe 1: Les diverses formes de fraude sur le marché IARD burkinabè.....	18
A/ Le non respect des obligations légales	18
B/ Les indemnisations indues.....	19
C/ Les fraudes en cours d'exécution du contrat.....	19
1) Le risque moral	19
2) Le changement de la nature de l'affection sur la feuille de soin.....	20
3) Les factures de prestations fictives	20

Paragraphe 2: Les acteurs de la fraude à l'assurance IARD sur le marché burkinabè.....	20
A/ Les professionnels du métier d'assurance.....	20
1) Le personnel salarié des sociétés d'assurance	21
2) Les intermédiaires d'assurance.....	21
B/ Les bénéficiaires des contrats d'assurance.....	21
1) Les professionnels et les amateurs de la fraude	21
2) Les complices, les protagonistes et les tiers intervenants	22

DEUXIEME PARTIE: STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE IARD

23

Chapitre 3: Les mécanismes propres aux sociétés IARD burkinabè dans cette lutte.....

26

Paragraphe 1: La prévention ou l'action sur la fréquence.....	26
A/ La mise en place d'une cellule anti-fraude au sein de la société.....	26
B/ La mise en place des manuels de procédure de la société	27
C/ Le perfectionnement du système d'information de la société.....	27
Paragraphe 2: La protection ou l'action sur la gravité	28
A/ Des soupçons à la détection.....	28
1) Les experts	29
2) Les enquêteurs privés.....	29
B/ Le traitement des cas de fraude détectés dans les sociétés au Burkina Faso	30
1) La solution transactionnelle	30
2) La solution judiciaire.....	31
a) La procédure applicable devant les juridictions civiles.....	31
b) La procédure applicable devant les juridictions pénale.....	32
C/ Le traitement des cas spécifiques de sinistres par les sociétés d'assurances burkinabè.....	32

Chapitre 4: Les solutions extérieures aux sociétés IARD burkinabè dans cette lutte.....

35

Paragraphe 1: L'article 13 (Nouveau) du code CIMA.....	35
--	----

A/ La fin du règne de l'assurance à crédit.....	35
B/ Les dispositions dérogatoires à l'article 13(Nouveau) du code CIMA	36
C/ L'inconvénient du délai de reversement des primes et suggestion à ce sujet.....	37
Paragraphe 2: L'apport des structures spécialisées en assurance.....	38
A/ L'Association Professionnelle des Sociétés d'Assurance du Burkina (APSAB)	38
B/ La Direction des Assurances (DA)	39
C/ Les actions menées par ces structures dans la lutte contre la fraude à l'assurance	40
1) La DA face à la question de la fraude à l'assurance	40
2) L'APSAB et le phénomène de la fraude à l'assurance.....	40
Conclusion Générale	42
Bibliographie.....	44
Table des matières.....	45