



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

(IIA)

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

E-mail: iia@cameroun.com

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

Yaoundé/Cameroun



MEMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ASSURANCES (DESS – A)
(Cycle III 22^{ème} promotion 2014 – 2016)

THEME :

**LA GESTION DES SINISTRES DANS UNE COMPAGNIE
IARD: QUELLE APPROCHE POUR UNE PREVENTION DE
LA FRAUDE A L'ASSURANCE ?**

PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :

ZAHE IBRAHIM Aboubacar

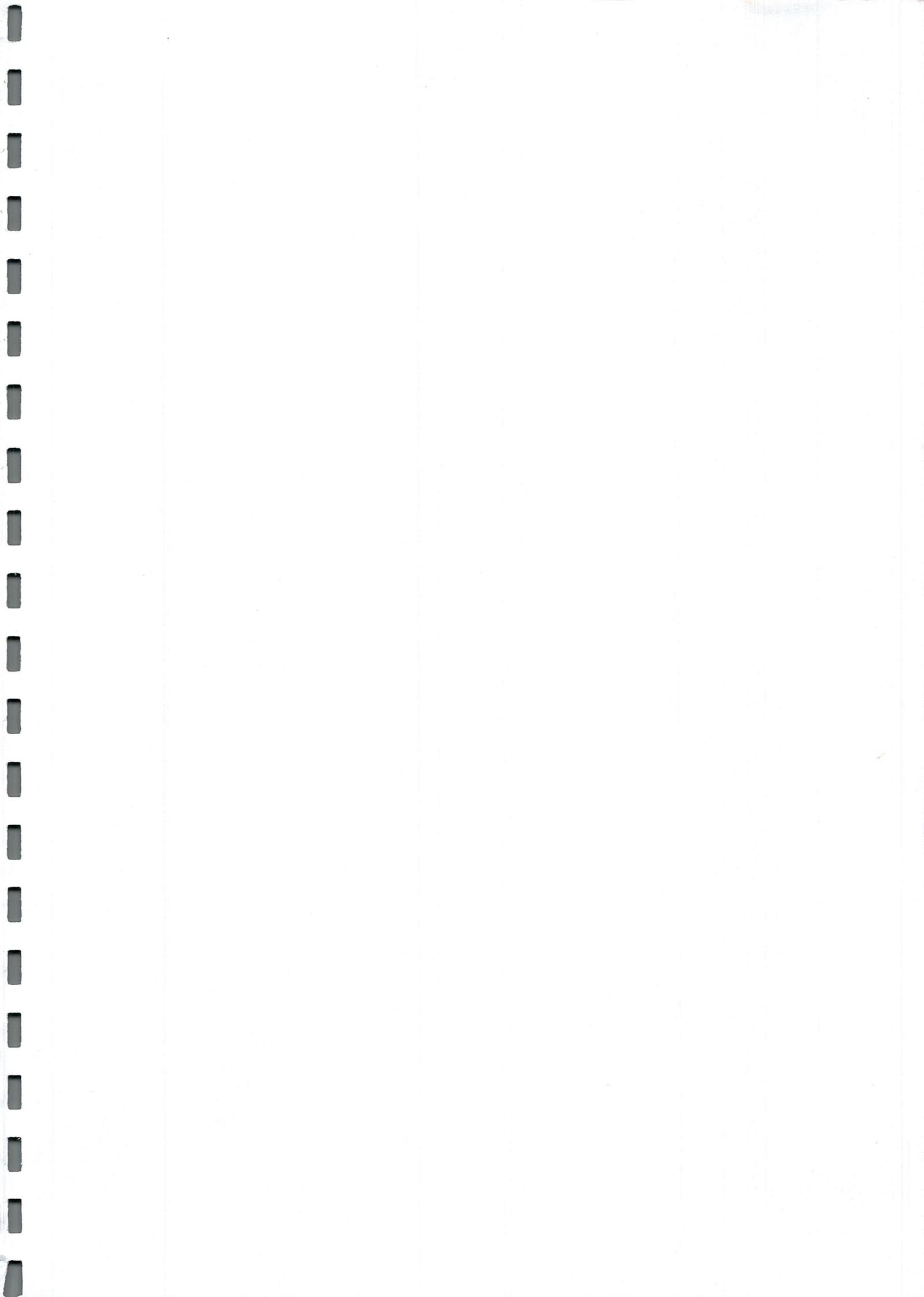
Étudiant, 22^{ème} promotion DESS-A
IIA/Yaoundé

SOUS LA DIRECTION DE :

M. Maman Tar MAI MOUSSA
Chef de Département Production SUNU
Assurances IARD Niger
13^{ème} promotion DESS-A, IIA/Yaoundé



Novembre 2016



DEDICACES

*Ce mémoire est dédié à mon père, le Feu **Zahé IBRAHIM** décédé le 4 Septembre 2016 pendant que j'étais en stage.*

Que ton âme repose en paix Papa !!!

Ainsi qu'à :

- *Ma mère Hadjia **Saratou Moussa** qui m'a comblé de ses bénédictions et de son soutien inlassable ;*
- *Mes frères et Sœurs qui ont été toujours présents à mes côtés.*

REMERCIEMENTS

Nous rendons d'abord grâce à Notre Seigneur ALLAH, le tout PUISSANT, l'OMNISCIENT pour nous avoir gratifié de ses bienfaits et nous avoir permis de voir ce grand moment si important de notre vie. Merci Seigneur pour ta bonté !!!

Nos remerciements vont ensuite à l'endroit de :

- ❖ L'Etat du Niger par le biais de la Direction Nationale des Assurances qui n'a ménagé aucun effort pour nous permettre de bénéficier de cette formation dans des bonnes conditions ;
- ❖ M. Abdou NOMA, Directeur National du Contrôle des Assurances du Niger et tout son personnel ;
- ❖ M. DOSSOU-YOVO Roger Jean-Raoul, Directeur Général de l'I.I.A, au personnel et au corps enseignant de cette prestigieuse école ;
- ❖ M. Seydou BOUKARI, Directeur Général SUNU Assurances IARD Niger pour nous avoir ouvert les portes de son entreprise et son soutien particulier à notre égard ;
- ❖ M. Yves YAGBA, Directeur Général Adjoint SUNU Assurances IARD Niger ;
- ❖ M. Maman Tar MAI MOUSSA, chef Département Production SUNU Assurances IARD Niger qui malgré son emploi de temps chargé a bien voulu encadré ce travail ;
- ❖ M. Ousmane DIALLO, Directeur Central Opérationnel SUNU Assurances IARD Niger pour ses multiples conseils et sa disponibilité ;
- ❖ M. IDRISSE AMADOU Dicko, Chef Département Sinistres Corporels pour la précieuse documentation et l'écoute ;
- ❖ M. IDRISSE AMADOU Hama, Chef Département Réassurance (21^e Promotion DESS-A) pour la relecture de ce document, les orientations et les conseils ;
- ❖ M. ZAHE Adamou, mon grand frère pour avoir joué le rôle de second père pour moi ;
- ❖ Tous les collaborateurs de SUNU Assurances IARD Niger pour leurs soutiens et leurs encouragements ;
- ❖ SOUMANA HAMIDOU Abdoul Kader, SEKOU BERY Abansour, mes promotionnaires et compatriotes pour les moments de fraternité et de solidarité ;
- ❖ Tous les camarades de la 11^e et 22^e Promotion 2014-2016 (MST-A et DESS-A) pour les moments de complicité, de fraternité et de solidarité partagés ;
- ❖ Enfin, nous remercions tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce modeste travail, à l'endroit de tous mes interlocuteurs pour le temps accordé lors de nos entretiens.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ALFA	Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance
ANA	Agence Nigérienne d'Assurance
ART	Article
AVP	Avis d'accident sur Voie Publique
CAN	Comité des Assureurs du Niger
CAREN	Compagnie d'Assurance et de Réassurance du Niger
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEG	Compte d'Exploitation Général
CIMA	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance
CRCA	Commission Régionale du Contrôle des Assurances
DCO	Directeur Central Opérationnel
DESS-A	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées - Assurances
DNA	Direction Nationale des Assurances
FANAF	Fédération Des Sociétés D'assurances De Droit National Africaines
IARD	Incendie Accident Risques Divers
MBA	Mutual Benefits Assurances
NIA	Nigérienne d'Assurances et de Réassurance
NTIC	Nouvelle Technologie d'Information et de Communication
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
PSAP	Provisions pour Sinistres à Payer
PV	Procès-Verbal
RC	Responsabilité Civile
SNAR LEYMA	Société Nigérienne d'Assurance et de Réassurance LEYMA
S/P	Ratio Sinistres à Primes
TRC	Tous Risques Chantier
UAP	Union des Assurances de Paris
UGAN	Union Générale des Assurances du Niger

LISTE DES TABLEAUX

	Pages n°
Tableau n°1 : Evolution du chiffre d'affaires du marché nigérien.....	29
Tableau n°2 : Evolution du chiffre d'affaires dommages par catégorie.....	30
Tableau n°3 : Répartition des prestations et frais accessoires payés.....	30
Tableau n°4 : Répartition des charges de sinistre.....	31
Tableau n°5 : Le ratio « sinistres sur primes acquises du marché.....	31
Tableau n°6 : Les chargements.....	32

LISTE DES FIGURES

	Pages n°
Figure n°1 : Vue synthétique de la construction du compte de résultat d'une compagnie d'assurance.....	33

RESUME

L'assurance est une opération par laquelle une partie (l'assuré) se fait promettre moyennant une rémunération pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre personne (l'assureur), lequel prenant en charge un ensemble de risque, les compense conformément aux lois de la statistique.

De cette définition on peut ressortir deux choses essentielles : le paiement de la prime (art 13 du code CIMA) par l'assuré contre la prise en charge du risque par l'assureur : le service après-vente. La gestion des sinistres est pour ainsi dire une fonction fondamentale pour ne pas dire vitale dans une compagnie d'assurance. A travers cette activité, l'assureur saisie l'occasion de démontrer son professionnalisme et la bonne foi qui caractérise le contrat d'assurance.

En face, c'est-à-dire du côté de l'assuré, le contrat d'assurance lui fait obligation de déclarer le sinistre dans des conditions bien précises tout en respectant le délai requis (art 12 alinéa 4 du code CIMA). Lors de la déclaration du sinistre, les assurés sachant que l'assureur a l'obligation de les indemniser en cas de réalisation du risque assuré (art 16 du code CIMA) ont tendance à frauder.

Ce phénomène qui mérite d'être pris au sérieux a vraiment attiré notre attention au point où nous avons choisi d'en faire un thème de mémoire, ce qui justifie d'ailleurs le choix du thème intitulé : « la gestion des sinistres dans une compagnie IARD : quelle approche pour une prévention de la fraude à l'assurance ? »

Le choix des sinistres en IARD est sans nul doute dû au fait que notre structure d'accueil est une compagnie IARD avec une longue expérience sur le marché nigérien, mais aussi parce que la fraude à l'assurance est un phénomène qui s'observe de plus en plus dans les branches IARD.

Il s'agira pour nous d'apporter :

- d'une part, un éclairage sur la fonction « gestion des sinistres » dont le rôle combien essentiel au sein d'une compagnie d'assurance n'a pas toujours été reconnu à sa juste valeur, d'analyser aussi l'impact de la fraude pour ce qui est de la performance des compagnies d'assurances, étudier les différentes causes ainsi que les formes de fraude à l'assurance ;
- d'autre part, de réfléchir et suggérer des orientations pouvant aider à la prévention et à la lutte contre la fraude à l'assurance qui constitue un handicap majeur pour les activités des compagnies d'assurance en général et les compagnies IARD en particulier.

ABSTRACT

Insurance is a transaction where one party (the insured) is promising a fee for him or a third person, in case of occurrence of a risk, a benefit by another person (the insurer), which supporting a set of risk offset by the laws of statistics.

From this definition we can highlight two things: the payment of the premium (Article 13 of the CIMA Code) by the insured against the assumption of risk by the insurer after-sales service. Claims management is almost a fundamental function if not vital in an insurance company. Through this activity, the insurer seized the opportunity to demonstrate its professionalism and good faith that characterizes the insurance contract.

In front, that is to say the side of the insured, the insurance contract requires it to report the claim in specific conditions while respecting the closing date (Article 12 paragraph 4 of the Code CIMA). When reporting the accident, the insured knowing that the insurer is obliged to indemnify if the insurance risk (Article 16 of the code CIMA) tend to defraud.

This phenomenon deserves to be taken seriously really caught our attention at the point where we chose to make it a topic of memoir, which also justifies the choice of the theme entitled "Claims management in Property and Casualty Insurance Company: what approach for prevention of insurance fraud "?

The choice of damage claims is undoubtedly because our host structure is a Property and Casualty Insurance Company with extensive experience in the Nigerien market, but also because the insurance fraud is a phenomenon observed growing damage industry.

It will be for us to bring:

- one hand, light on the "claims management" whose essential role in how an insurance company has not always been recognized for its value, to also analyze the impact of fraud in terms of the performance of insurance companies, study the various causes and forms of insurance fraud;
- secondly, think and suggest guidelines to assist in the prevention and fight against insurance fraud is a major handicap for the activities of insurance companies in general and casualty companies in particular.

SOMMAIRE

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
RESUME	vi
ABSTRACT.....	vii
SOMMAIRE	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
Chapitre préliminaire: Analyse des concepts de gestion des sinistres et de fraude à l'assurance..	4
Section I : Analyse conceptuelle de la fonction gestion des sinistres	4
Section II : La notion de la fraude à l'assurance	11
PREMIERE PARTIE : LA PROCEDURE DE GESTION DES SINISTRES DANS UNE COMPAGNIE IARD ET L'IMPACT DE LA FRAUDE SUR LA PERFORMANCE	18
Chapitre I : Procédure de gestion des sinistres dans une compagnie IARD : Exemple de SUNU Assurances IARD Niger.....	19
Section I : Brève présentation de SUNU Assurances IARD Niger.....	19
Section II : Procédure de gestion des sinistres matériels, corporels et risques divers.....	22
Chapitre II : Impact de la fraude sur la performance d'une compagnie d'assurance IARD	28
Section I : L'impact de la fraude sur la performance économique et financière d'une entreprise	32
Section II : Quelques enjeux techniques	36
DEUXIEME PARTIE : REFLEXION ET OUTILS D'ANALYSE POUR UNE PREVENTION DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE	41
Chapitre I : Une analyse synthétique des différents scénarios de la fraude à l'assurance.....	43
Section I : Focus sur les branches plus exposées à la fraude.	43
Section II : Les moyens d'action des assureurs.....	50
Chapitre II : Pistes d'analyse et d'orientation pour prévenir et lutter efficacement contre la fraude à l'assurance.....	55
Section I : Les maillons faibles du secteur de l'assurance favorisant la fraude à l'assurance..	55
Section II : Quelques propositions et suggestions d'approches	58
CONCLUSION GENERALE.....	63

INTRODUCTION GENERALE

« Fraus omnia corrumpit »¹ : la fraude corrompt tout.

Les assureurs dommages sont exposés à des contraintes multiples dans leur quête d'une croissance rentable et de meilleures performances financières. Les clients sont de plus en plus exigeants, la fraude à l'assurance est en hausse. Le secteur de l'assurance se distingue des autres secteurs d'activité économique par un « cycle de production inversé² ». L'assureur ne connaissant pas son prix de revient au moment de la vente de ses produits d'assurance.

Les entreprises d'assurance encaissent des primes ou cotisations qui permettent de payer des dépenses de commercialisation et des frais de gestion, de couvrir les exigences de solvabilité, de rémunérer les actionnaires et créanciers, enfin et surtout de servir en cas de sinistres les indemnités auxquelles les garanties souscrites ouvrent droit après le paiement de la prime.

En même temps qu'ils doivent faire face à leurs engagements et à une période de tension sur leur rentabilité ainsi que les tarifs, les assureurs sont confrontés à un véritable phénomène de société qu'est la fraude à l'assurance.

Véritable enjeu pour les assureurs, la fraude affecte tous les secteurs de l'économie et celui de l'assurance n'y échappe pas ; elle en est même de plus en plus victime. Le marché africain en général est un marché enclin à la fraude. Aujourd'hui aucune compagnie d'assurance de la zone CIMA (Conférence Interafricaine du Marché d'Assurance) ne pourrait se prévaloir d'être à l'abri de la fraude et doit par conséquent y faire face.

Cependant, il n'existe pas de définition légale pour la fraude à l'assurance, mais certains doctrinaires considèrent toutefois qu'elle est réalisée lorsqu'un assuré commet, de mauvaise foi, un acte volontaire dans le but de tirer de son contrat d'assurance un profit illégitime³. La fraude a des origines multiples et échappe par nature à la statistique. C'est d'ailleurs la principale difficulté que nous avons rencontrée lors de la réalisation de ce document.

¹ Adage latin qui est perçu comme un principe de droit commun.

² Principe fondamental en assurance. L'assureur ne connaît pas exactement le prix de revient au moment où il vend ses produits d'assurance.

³ ACCENTURE : Comment lutter efficacement contre la fraude à l'assurance

Cet acte peut intervenir à deux moments de la vie du contrat : à la souscription c'est à dire lors de la déclaration du risque, puis à la déclaration du sinistre. Il est à souligner que la fraude lors du sinistre est le cas le plus répandu et avec une forte recrudescence dans les branches IARD, l'assuré sachant que l'une des obligations principales de l'assureur étant de l'indemniser en cas de réalisation du risque assuré. Cette perpétuelle augmentation peut s'expliquer par la multiplicité des moyens propices à toute forme de fraude dans les dites branches et au développement de la technologie. C'est en ce sens que la gestion des sinistres dans une compagnie IARD devient une fonction très importante et en même temps délicate. Mais les assureurs ont souvent tendance à se focaliser uniquement sur la croissance du chiffre d'affaire.

Dans un marché de l'assurance très concurrentiel, les compagnies d'assurance n'ont pas de meilleur moyen pour maintenir leur part de marché et leur rentabilité que de se démarquer par la mise en avant de pratiques de gestion efficace, la maîtrise des coûts des produits vendus et une bonne politique de lutte contre la fraude.

C'est d'ailleurs l'une des raisons qui nous a poussé au choix du thème intitulé « la gestion des sinistres dans une compagnie IARD : quelle approche pour une prévention de la fraude à l'assurance ? »

Face au défi auquel les assureurs sont confrontés, le choix de ce thème est pour nous d'une importance capitale puisqu'il nous permettra de mieux nous préparer à l'avenir en tant que futur cadre du secteur pour offrir une bonne prestation aux assurés et en même temps pouvoir maîtriser toutes les péripéties de la fonction « gestion des sinistres » qui est une activité vitale pour les compagnies d'assurance.

L'étude de ce cas nous a amené à poser quelques questions auxquelles nous tenterons d'apporter des réponses et des éclairages nécessaires tout au long de notre développement.

Quels peuvent être les scénarios de fraude dans la gestion des sinistres ? Quel impact sur la performance et les résultats d'une compagnie d'assurance ? Quelle stratégie ou réflexion optimale doivent entreprendre les assureurs pour contenir ce phénomène afin d'améliorer leurs performances ?

Pour apporter des réponses à ces questions et mener à bien notre étude, nous avons effectué une recherche documentaire, des entretiens avec les responsables des départements production et sinistre de quelques compagnies d'assurance au Niger, ainsi que des observations tout au long de la période de stage.

Le présent document a principalement pour objectif :

- d'une part de conscientiser les assureurs dommages sur l'importance de la fonction « Gestion des Sinistres » dont le rôle pourtant essentiel au sein d'une entreprise d'assurances n'a pas toujours été reconnu à sa juste valeur et les enjeux que présentent la fraude à l'assurance ;
- d'autre part de proposer des orientations dans le cadre de la gestion des sinistres pouvant aider à la prévention et à la lutte contre la fraude à l'assurance qui constitue un handicap majeur pour les activités des compagnies d'assurance en général et des compagnies IARD en particulier.

L'étude orientée principalement sur le segment de l'assurance dommages IARD, est composée de deux parties précédées d'un chapitre préliminaire.

Dans le chapitre préliminaire, nous allons essayer de cerner les concepts de la gestion des sinistres et de la fraude à l'assurance.

En suite dans une première partie, nous nous attèlerons à faire un bref parcours de la procédure de gestion des sinistres en nous appuyant sur le cas de notre structure d'accueil qu'est SUNU Assurances IARD Niger et analyser l'impact de la fraude sur les résultats et la performance d'une compagnie d'assurance.

Enfin, dans une deuxième partie, nous proposerons une démarche que les assureurs peuvent entreprendre dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la fraude à l'assurance.

CHAPITRE PRELIMINAIRE: ANALYSE DES CONCEPTS DE GESTION DES SINISTRES ET DE FRAUDE A L'ASSURANCE

Avant d'entrer dans le fond de notre sujet, il serait nécessaire pour nous d'étudier et de cerner les concepts de « gestion des sinistres » et de « la fraude à l'assurance » par une brève analyse. Ce serait l'occasion dans ce chapitre de faire un éclairage sur la fonction « gestion des sinistres » combien importante dans une compagnie d'assurance IARD. Il s'agit dans cette partie de faire un bref aperçu sur la fraude à l'assurance en essayant de la définir et ensuite voir quelques aspects qui la caractérisent.

Ce chapitre qui se veut être explicatif sera divisé en deux sections. Nous allons à cet effet faire une analyse conceptuelle de la fonction « Gestion des Sinistres » dans une première section en apportant quelques précisions.

Dans une deuxième section, nous traiterons de la notion de fraude à l'assurance. Il sera question ici de la définir, voir les différentes formes et exposer certains aspects qui permettront de mieux la cerner.

Section I : Analyse conceptuelle de la fonction gestion des sinistres

La gestion des sinistres est l'une des principales activités de la fonction technique d'une compagnie d'assurance. A ce titre elle est l'une des fonctions à partir de laquelle l'assureur montre son professionnalisme, démontre son expérience et sa probité dans le métier de l'assurance. Mais qu'est-ce que la gestion des sinistres ? Quel est son utilité dans une compagnie d'assurance ? Des questions auxquelles nous allons essayer d'apporter quelques réponses. Il est cependant primordial de définir quelques concepts.

Paragraphe 1 : Définition des concepts

- **La gestion :** Du latin *gestio*, le concept de gestion se réfère à l'action et à l'effet de gérer ou d'administrer. D'une part, gérer, c'est prendre des mesures conduisant à la réalisation d'une affaire ou d'un souhait quelconque. D'autre part, administrer, c'est gouverner, diriger, ordonner ou organiser⁴.

⁴La gestion : Christian BIALES, professeur honoraire de l'Ecole Supérieure en Economie et Gestion ; www.christian-biales.net

Le terme gestion concerne donc l'ensemble des procédures effectuées pour résoudre un problème ou réaliser un projet. La gestion est également la direction ou l'administration d'une entreprise ou d'une affaire.

- **Sinistre** : Etymologiquement ce terme désigne quelque chose qui annonce, présage des malheurs (un désastre, une catastrophe etc.)

L'assureur donne une définition plus scientifique de la notion de sinistre qu'on peut résumer en ces termes : Il y a sinistre lorsqu'un risque garanti par un contrat se réalise dans des conditions qui entraînent pour l'assureur l'obligation de faire jouer sa garantie, ce qui suppose que :

- le contrat ne soit ni suspendu (pour défaut de paiement de la prime par exemple), ni annulé pour une cause quelconque (pour déclaration inexacte de mauvaise foi par exemple) ;
- le risque qui s'est réalisé ne soit ni une exclusion légale ni une exclusion conventionnelle de garantie.⁵

De cette définition on peut ainsi dire que le sinistre est constitué par la réalisation de l'évènement prévu par la police d'assurance et entraînant la mise en jeu de la garantie. Il se décompose en : un fait générateur, à l'origine du dommage (à l'assuré ou au tiers) et un préjudice résultant du dommage.

Paragraphe 2 : Les intervenants dans la gestion des sinistres

La gestion des sinistres est une fonction délicate dans une compagnie d'assurance. Elle requiert l'intervention d'une certaine catégorie de personnes expertes en la matière. Certains pour leur qualité de gestionnaire de sinistre, d'autre pour leur savoir-faire dans l'analyse et l'expertise des circonstances de la réalisation de l'évènement. Ces personnes doivent être des professionnels qualifiés ayant un certain niveau et dotées de capacité intellectuelle leur permettant de bien cerner les éléments du sinistre.

A. Le gestionnaire sinistre

Dans le cadre de l'organisation et d'administration d'une compagnie d'assurance les assureurs décident d'externaliser certaines fonctions et les assureurs recherchent souvent des gestionnaires pour s'occuper des sinistres IARD (incendies, accidents et risques divers). Mais dans notre zone CIMA la plus part des compagnies préfèrent confier cette tâche aux cadres des assurances recrutés au sein de l'entreprise.

⁵ YIGBEDEK Z., L'Assurance Automobile : Théorie et pratique, Presses Universitaires de Yaoundé, 3ème édit., 2015, p. 128

Il faut dire que le gestionnaire des sinistres IARD est un poste clé dans une compagnie d'assurance car c'est lui qui est capable de réduire les coûts des sinistres de l'entreprise. Un bon gestionnaire proposera des solutions pour réduire les dépenses des compagnies d'assurances et c'est pourquoi il est indispensable pour la rentabilité d'une compagnie d'assurance. Le gestionnaire sinistre doit avoir les compétences requises.

1. Les compétences nécessaires du gestionnaire de sinistres IARD

De par la nature de son travail, le gestionnaire ne peut se permettre d'exceller dans un seul domaine et il doit avant tout être polyvalent. Il doit être performant dans le droit en général mais aussi dans le droit des affaires. Une formation juridique est indispensable pour le gestionnaire des sinistres IARD.

En effet, lorsqu'il devra gérer des dossiers de sinistres, seul le droit (code civil et code des assurances), lui apporteront une légitimité à accepter ou refuser une indemnisation.

Le gestionnaire, sans être un juriste, il doit avoir des connaissances solides sur le sujet pour garantir une bonne performance dans son activité.

Ce qui est vraiment indispensable pour un gestionnaire, c'est d'avoir une solide base du monde de l'assurance. La théorie ne remplacera jamais la pratique et l'expérience dans cette profession est primordiale.

Enfin, le gestionnaire de sinistres IARD doit avant tout être un bon négociateur. Non pas, pour négocier le montant de son salaire mais pour faire accepter ses décisions auprès des assurés.

Le relationnel, la spontanéité et la réactivité sont aussi des qualités importantes pour permettre au gestionnaire de pouvoir négocier au mieux.

2. Importance du gestionnaire sinistre dans une compagnie IARD

Si le gestionnaire de sinistres IARD est indispensable pour une compagnie d'assurance ce n'est pas sans raisons. Les incendies, accidents et risques divers incluent en fait l'assurance dommage et responsabilité. Ces assurances sont les plus onéreuses pour les assureurs qui doivent rembourser les sinistrés aussi bien pour des dommages matériels que corporels. De plus, quand l'assuré est responsable d'un accident, l'assureur doit rembourser les victimes. C'est le cas dans le cadre de la responsabilité civile.

Dans tous les cas, les sinistres IARD représentent les plus grosses dépenses d'une compagnie d'assurance. Les sommes à verser peuvent être parfois importantes et c'est pourquoi il faut une personne efficace aux commandes pour limiter les montants d'indemnité. En plus de s'occuper de la gestion des sinistres, le gestionnaire doit aussi mettre en place une politique de lutte contre la fraude à l'assurance.

B. L'expert sinistre

La mission première de l'expert en gestion de sinistre est d'indemniser correctement et rapidement les sinistres dus et de rejeter ceux qui ne le sont pas. L'enjeu consiste à confirmer l'exactitude des réponses figurant sur le formulaire de déclaration et à s'assurer de la réalité de la survenance de l'évènement garanti. L'expert est une personne de bonne moralité choisi en fonction de ses connaissances dans un domaine bien précis. Son domaine d'intervention peut être lié à la nature du dommage subi par l'assuré. On peut avoir par exemple un expert en automobile qui peut être un spécialiste auto, un garagiste ou toute autre personne ayant une bonne expérience en automobile. L'expert qui doit figurer sur la liste des experts agréés par les autorités compétentes peut être désigné par l'assureur ou l'assuré, tout dépendra des conditions particulières du contrat d'assurance. Il est un personnage clé dans la détermination et l'évaluation des dommages et du montant d'indemnité. Il procède à :

- la vérification de la validité du contrat d'assurance et des évènements garantis ;
- la vérification de la réalité de survenance du sinistre déclaré ;
- l'évaluation des dommages ;
- il veille aussi à la lutte contre la fraude à l'assurance ;
- enfin, il soumet ses recommandations à l'assureur dans le délai indiqué.

L'expert sinistre joue un rôle très important dans la détection et la prévention de la fraude à l'assurance. Dans le dépistage des fraudes, l'expert doit faire preuve d'initiative, agir rapidement, étudier toutes les possibilités et ne pas présumer exacte l'information fournie lors de la sélection ou de la déclaration du sinistre. Il doit se fier aux faits et non aux personnes. Si la demande est frauduleuse, l'enquête révélera généralement la tromperie.

Il est essentiel d'ouvrir l'enquête rapidement, de faire appel à un expert avisé et d'envisager toutes les possibilités. L'expert devra identifier et interroger les témoins appropriés, vérifier la validité des documents fournis et rechercher le mobile possible.

En conclusion l'expertise des sinistres représente un gage de sécurité pour une compagnie d'assurance.

Paragraphe 3 : La gestion des sinistres, une activité clé dans une société d'assurance

L'assurance de par sa définition est une opération par laquelle une partie (l'assuré) se fait promettre moyennant une rémunération pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre personne (l'assureur), lequel prenant en charge un ensemble de risque, les compensent conformément aux lois de la statistique⁶. De ce fait le rôle principal de l'assureur est d'indemniser l'assuré en cas de réalisation de l'évènement garanti par la police d'assurance. Il doit le faire avec finesse et efficacité. Dans un environnement très concurrentiel les sociétés d'assurance se doivent de préserver leur image et de fidéliser leur clientèle. En ce sens une bonne gestion de sinistre peut être un argument de taille dans le cadre de la politique commerciale d'une société et de fidélisation de la clientèle.

Dans les états statistiques⁷ que les compagnies d'assurance doivent produire chaque année et envoyé à la Commission de Contrôle des Assurance de la CIMA figure les provisions techniques qui représentent un levier de performance des sociétés d'assurance. Cet aspect fera l'objet d'étude dans notre dernier point de ce paragraphe.

A. La gestion des sinistres : outil de protection de l'image et de la réputation

La culture de l'assurance n'est pas encore très ancrée dans les sociétés africaines⁸. La population africaine a encore une image négative de l'assurance surtout dans les pays sous-développés ou en voie de développement. Au Niger par exemple près de 80% de la population vivent dans des zones rurales et n'ont pas par conséquent un niveau de vie qui

⁶Joseph Hémar, Théorie et pratique des assurances terrestres, Paris, 1924

⁷Art 422 du code CIMA

Les états comprenant les provisions techniques sont notamment : le Bilan compte 89,

Le compte d'exploitation général : compte 80

L'Etat C1, compte d'exploitation général par catégories ; C10b paiement et provisions pour sinistre (terrestres) ; C10c paiement et provisions pour sinistre (transport)

⁸ YEATMAN J., « L'assurance en Afrique : une émergence difficile », Risques n° 71, Septembre 2007

leur permettrait de penser aux produits d'assurance. Les assureurs doivent ainsi relever le défi et redorer le blason de leur profession. Dans cette perspective, une bonne gestion des sinistres est un élément déterminant pour améliorer l'image du secteur des assurances.

Pour souscrire un contrat d'assurance, les assurés ont souvent tendance à s'intéresser à la qualité de la prestation qui leur sera fournie et cela est à juste titre le meilleur choix pour eux. A-t-on coutume de dire un bon assureur, c'est celui qui paie ses sinistres. Une bonne politique de gestion des sinistres permet non seulement à la société de bénéficier de la confiance des clients et aussi de préserver son image sur l'échiquier national et international. C'est ainsi que par exemple l'acceptation de certains risques par les réassureurs est conditionné par la bonne réputation de la cédante. La fonction gestion des sinistres est aussi un bon outil de la fidélisation client.

B. La fidélisation client à travers la gestion des sinistres

Convaincre un nouveau client c'est bien, mais le fidéliser est encore mieux. Il est dix (10) fois plus chère de conquérir un nouveau client que de le fidéliser⁹. La prospection de nouveaux clients coûte plus chère aux assureurs que leur fidélisation sans compter les risques d'anti sélection que cela comporte. Un assuré mécontent de la prestation d'une société d'assurance va sans nul doute essayer de la quitter et divulguer l'information autour de lui, tandis que lorsqu'il est satisfait il ne fera aucune campagne de dénigrement et cherchera tout simplement à garder ses relations avec ladite société.

Fidéliser son portefeuille d'assurés c'est leur offrir le meilleur service à travers la prise en charge de leur sinistre avec célérité et efficacité. Ainsi la rapidité dans le traitement des dossiers sinistres est non seulement une injonction de l'autorité de contrôle des assurances mais se trouve aussi à l'avantage des assureurs. Par exemple l'extension de certaines garanties dans les contrats d'assurance pour permettre un redémarrage des activités ou de la production à la suite d'un sinistre garanti est un excellent argument pour convaincre l'assuré à poursuivre sa collaboration avec son assureur. Il est vrai que l'assuré paie la prime correspondant à l'extension de la garantie accordée mais il ne ressentira pas l'addition de cette surprime parce qu'il est conscient de l'avantage qu'elle lui offre.

En plus de la protection du patrimoine que l'assurance apporte, l'assureur se doit d'être le conseiller ultime de son assuré. Il doit lui faire des propositions d'assurance

⁹ZOURDANI Mourad., Cours de Marketing des assurances, Institut International des Assurances de Yaoundé, p. 24

alléchantes tout en pensant à son éventuelle fidélisation. L'assureur a tout à gagner lorsqu'il dépense moins dans la conservation des contrats qu'il possède dans son portefeuille. Cela atténuera ses charges et lui permettrait de réduire éventuellement ses tarifs pour faire face à la concurrence.

C. L'amélioration des résultats à travers la gestion des sinistres

Dans un contexte de morosité économique à l'échelle national et international, la gestion et la réduction du coût des sinistres ressortent comme une priorité absolue pour la plupart des compagnies d'assurance. La gestion des sinistres ne doit pas être l'occasion pour l'assureur d'augmenter ses charges, mais plutôt une opportunité pour lui d'agir en bon gestionnaire et réduire ses coûts pour améliorer ses résultats.

D'aucuns pensent que la gestion des sinistres est la fonction la plus délicate dans une compagnie d'assurance IARD. Il est aussi généralement admis que les frais généraux sont les pires ennemis des assureurs. Un sinistre peut coûter à l'assureur un montant énorme à cause de la non maîtrise des frais de gestion. A l'ouverture d'un dossier sinistre l'assureur a l'obligation de déterminer le coût moyen du sinistre, ce montant forfaitaire inclus les frais de gestion qui peuvent être de l'ordre de 5%. Ce qui lui permettrait de faire une provision pour sinistre à payer (PSAP). Lorsque les provisions sont mal évaluées, cette situation aura un impact direct sur le compte d'exploitation général et le compte de résultat, en définitif sur les résultats techniques de la société. Il est donc capital pour les assureurs de maîtriser les coûts des services vendus.

Une mauvaise gestion des sinistres peut avoir des conséquences graves sur les résultats d'une compagnie d'assurance et à son fonctionnement. Cela peut entraîner l'accumulation des sinistres bons à payer et par conséquent le non-paiement des sinistres pour la société qui pousserait l'autorité de régulation à infliger des lourdes sanctions aux dirigeants et à la société elle-même. Cette situation peut même conduire à la décision fatale du retrait d'agrément à la société récalcitrante.

Nous venons ainsi de faire un tour d'horizon sur la notion de gestion des sinistres, il sera à présent question pour nous d'étudier quelques contours de la notion de fraude à l'assurance en posant la question suivante : qu'est-ce que la fraude à l'assurance ?

Section II : La notion de la fraude à l'assurance

L'une des caractéristiques principales du contrat d'assurance est qu'il soit un contrat de bonne foi. Ce principe sacro-saint qui le caractérise est souvent foulé du pied par certaines personnes qui considèrent l'assurance comme le moyen idoine pour s'enrichir.

A l'origine l'assurance est faite de la mutualité des assurés. Il faut dire à ce propos que des personnes s'unissent dans la mutualité en collectant des primes dont ils confient la gestion à une personne morale qu'est l'assureur, ceci pour se prémunir d'un quelconque risque qui toucherait l'une quelconque d'entre elles. Certains se croyant plus malins que le reste de la mutualité se permettent ainsi d'utiliser des manœuvres frauduleuses en vue de bénéficier d'une indemnité d'assurance illégalement due. Cette situation déstabilise les relations contractuelles et a des conséquences directes sur la mutualité des assurés.

Selon une étude réalisée par ACCENTURE¹⁰ en 2010, elle indique que le coût de la fraude est estimé à 5% des primes encaissées par an, soit près de 2,5 milliards d'euros par an en assurance IARD en France. Ceci constitue une perte énorme pour les assureurs français. Qu'est-ce que réellement la fraude à l'assurance ?

La fraude est un phénomène à la fois complexe et insaisissable. Elle a des origines multiples et présente la particularité d'être difficilement quantifiable. Par nature, elle échappe à la statistique. De même, il n'est pas possible d'en chiffrer la fréquence ou l'ampleur. Cette situation est l'une des principales difficultés que nous avons rencontrées lors de notre recherche et des différents entretiens à nous accorder par les professionnels de l'assurance dans le cadre de la réalisation de ce travail. Mais il sera question pour nous dans cette section de définir le concept de fraude à l'assurance, voir ses différentes formes, et dans une approche sociologique étudier les personnes susceptibles d'être qualifiés de fraudeurs ainsi que le mobile de la fraude.

Paragraphe 1 : Définition et types de fraude à l'assurance

Nous allons dans un premier temps tenter de définir ce phénomène malgré une absence de définition légale et ensuite étudier ses différentes formes.

¹⁰ ACCENTURE est une entreprise internationale de conseil en management, technologies et externalisation.
ZAHÉ IBRAHIM Aboubacar /DESS-A 22^{ème} Promotion 2014-2016

A. Définition de la fraude

Malgré un nombre de fraudes détectées en forte croissance chaque année et des enjeux financiers considérables, il n'existe pas de définition légale de la fraude à l'assurance. Les praticiens la caractérisent toutefois comme un « acte volontaire permettant de tirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance¹¹ ». La doctrine considère aussi que la fraude est réalisée lorsqu'un assuré commet, de mauvaise foi, un acte volontaire dans le but de retirer de son contrat d'assurance un profit illégitime.

De ces définitions on peut dire que la fraude se caractérise par certains comportements anti sociaux. Cependant il y a fraude, lorsqu' :

- il y'a volonté de tromper la vigilance de l'assureur ;
- il y'a une manifestation délibérée de mauvaise foi de l'auteur ;
- il y'a utilisation des manœuvres frauduleuses ;
- on agit en ayant conscience des conséquences de son acte.

Il n'existe cependant pas de définition de fraude à l'assurance dans le code des assurances bien que celui-ci en fait cas dans les **articles 18 et 19¹², 33, 34, du code CIMA**. Il faut préciser que les dispositions de l'article 19 du code CIMA relatif à la fausse déclaration non intentionnelle ne font pas réellement cas de fraude à l'assurance puisqu'ayant un caractère non intentionnel.

Le code pénal nigérien quant à lui donne une autre définition de la fraude en la rapprochant de l'escroquerie et du faux en écriture. L'escroquerie se caractérise par la volonté d'obtenir la remise d'une indemnité indue au moyen de manœuvres frauduleuses préparées et exécutées de mauvaise foi afin de tromper l'assureur.

La fraude à l'assurance, quelle que soit sa forme, est assimilée à un délit d'escroquerie (**article 333 du code pénal du Niger**) et est passible d'une peine d'emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs CFA.

L'**article 335** du code pénal nigérien va même plus loin en énonçant que : « lorsque l'escroquerie aura été commise par une personne ayant fait appel au public, en vue de l'émission d'actions, obligations, bons, parts ou titres quelconques, soit d'une société, soit d'une entreprise commerciale ou industrielle, l'emprisonnement sera de deux à moins de

¹¹Brochure ACCENTURE 2010 : Comment lutter efficacement contre la fraude à l'assurance.

¹² ART 18 : Fausse déclaration intentionnelle

ART 19 : Fausse déclaration non intentionnelle

dix ans et l'amende de 100.000 à 5.000.000 de francs ». Ce qui renforce encore la sanction en ce qui concerne les entreprises d'assurance.

Le faux en écriture est quant à lui l'altération frauduleuse de la vérité de nature à causer un préjudice et commise dans un écrit destiné ou apte à la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des effets de droit (**article 152 du code pénal du Niger**).

B. Les types de fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance est classée d'abord selon deux grandes catégories : la fraude à la souscription et la fraude lors du sinistre. C'est ainsi qu'on peut trouver des fraudes à l'assurance dans de nombreux domaines comme la santé, l'assurance automobile, l'assurance vie, etc.

Les fraudes à l'assurance sont diverses et variées. On peut ainsi citer :

- **La fraude à la souscription** : l'assuré va dissimuler, en connaissance de cause, un certain nombre d'éléments aggravants qui auraient augmenté l'appréciation du risque par son assurance et par conséquent le montant de ses cotisations¹³.
- **La fausse déclaration de sinistres** : c'est le type de fraude le plus fréquent. Il s'agit d'une intention délibérée de tromper, la fraude va consister à décrire le sinistre de manière inexacte, d'exagérer l'étendue du dommage. L'objectif poursuivi par l'assuré est d'obtenir de son assureur le montant d'une indemnité indue.
- **La fraude classique** : cette fraude porte sur de petits montants mais qui cumulés représentent de fortes sommes d'argent. Ce type de fraude est complexe puisque les éléments ne permettent pas de détecter facilement la fraude lors du règlement des sinistres. Les montants sont souvent insignifiants que le régleur sinistre n'y accorde pas une attention particulière.
- **La fraude dite « organisée ou criminelle »** : la fraude organisée tient vraiment d'une organisation « criminelle » spécifique en vue de bénéficier de grosses indemnités. Ce type de fraude est beaucoup moins développé car ce ne sont plus de simples assurés les fautifs mais des professionnels.
- **La fraude aux assurances santé** : elle va consister le plus souvent, à envoyer de fausses factures à l'assureur, en échange de vrais remboursements. La fraude aux assurances santé peut se trouver dans les quatre autres précédentes.

¹³ ART 18 du code des assurances.

Cette liste n'est pas exhaustive, mais il s'agit-là de quelques types de fraudes qui ont le plus retenu notre attention. Les différents scénarios de fraude à l'assurance qui feraient suite à la deuxième partie sera d'ailleurs traité ultérieurement.

Paragraphe 2 : Les acteurs de la fraude

L'industrie des assurances est l'un des secteurs économiques les plus complexes avec une forte réglementation. Les assureurs amassent une quantité d'argent très importante et doivent par conséquent faire face à une gestion très rigoureuse. Que ce soit au sein des compagnies elles-mêmes, de leur réseau commercial ou de toute autre personne, il se trouvera des individus à vouloir s'enrichir ou sortir de leurs problèmes financiers aux dépens de l'entreprise qui les emploie: ce sont les fraudeurs. Qui sont-ils réellement ? Ces fraudeurs peuvent être diverses, allant des personnes physiques aux personnes morales.

A. Acteurs ayant un lien avec l'entreprise

Ce sont généralement :

- ✓ **Les assurés** : les assurés sont les personnes en première ligne qui peuvent être tenté par la fraude en profitant du contrat souscrit auprès de la compagnie d'assurance. Ce sont généralement les mauvais assurés qui ont fait l'objet d'anti sélection. Les assureurs savent bien que la fraude ne concerne qu'une petite minorité d'assurés, et ne veulent pas douter de la bonne foi de la majorité des assurés. Mais toute foi la tentation ou l'égarment qui mène à la fraude paraît presque irrésistible.
- ✓ **Les intermédiaires d'assurance** : ils sont les apporteurs d'affaire qui sont en collaboration direct avec les compagnies d'assurance. Ce sont les courtiers et les agents généraux. Les premiers peuvent être librement engagés par la compagnie par le biais d'une convention de collaboration signée des deux parties tandis que les seconds sont agréés par la société par un traité de nomination. Les compagnies d'assurance doivent bien sélectionner les intermédiaires avec qui elles entretiennent les relations d'affaire au risque d'être victime d'apport d'affaires fictives. Ces formes d'abus de confiance relèvent d'audits et de contrôle au sein des entreprises.
- ✓ **Les dirigeants et professionnels du métier** : cette catégorie de personne en raison de leur relation direct avec l'entreprise ne doivent pas être exclus du champ de la fraude. Certains dirigeants se permettent de se procurer des

avantages faramineux du seul fait de leur positionnement stratégique au sein de l'entreprise. Ils sont généralement les acteurs de la mauvaise gestion et cela joue sur la mutualité des assurés et ne donne pas du crédit à l'image du métier de l'assurance. Les professionnels quant à eux peuvent aussi être des acteurs majeurs de la fraude parce que profitant de leur parfaite connaissance du métier et du fonctionnement de l'entreprise. Ils sont souvent de connivence avec les assurés et leur ouvre toute possibilité de fraude à l'assurance moyennant le partage du gâteau.

B. Les autres acteurs avec ou sans lien avec l'entreprise

Ici on peut citer entre autre :

- ✓ **Les particuliers** : certaines personnes sans aucun lien avec une entreprise d'assurance pensent aussi que l'assurance est le moyen le plus propice pour s'enrichir très facilement. Ces particuliers assimilent l'honnêteté à une forme de naïveté ou éprouvent l'impression d'accomplir un exploit en parvenant à se procurer un avantage aux dépens des autres. Après tout, se disent-ils, il ne s'agit que de l'argent des autres. Les assureurs doivent ainsi exhorter leurs clients à refuser de « faire jouer leur assurance » pour rendre service à un ami.
- ✓ **La création des fausses entreprises d'assurance** : la fraude à l'assurance concerne presque exclusivement et nécessairement des situations où l'assuré ou d'autres intéressés veulent abuser d'une compagnie d'assurance. Mais l'inverse peut être vrai. C'est-à-dire on peut assister à la création de soi-disant compagnies d'assurances qui ne sont rien d'autres que de vastes escroqueries qui cherchent à encaisser un maximum de primes avant de disparaître dans la nature.
- ✓ **Les entreprises au bout du rouleau** : il arrive également à des chefs d'entreprises menacés de faillite de se laisser tenter par une fraude à l'assurance. Après tout, pensent-ils, leur société ne pourrait-elle pas être sauvée in extremis par le chèque d'une compagnie d'assurances, en indemnisation d'un incendie ? La fraude est souvent le dernier recours d'une entreprise menacée de faillite. Ce genre de situation invite les assureurs à redoubler d'attention pour contrer ces entrepreneurs véreux qui par leur mauvaise gestion mènent leurs entreprises en faillite et profitent pour se relever avec l'argent de la mutualité.

Paragraphe 3 : Le mobile de la fraude à l'assurance

Qu'est ce qui peut être la raison qui poussent les assurés et certaines personnes à se lancer dans la fraude à l'assurance. Il s'agira principalement ici de traiter des motivations de ces acteurs à commettre ce forfait. Ces raisons sont multiples et variés, mais nous traiterons quelques-unes.

- **Le coût de l'assurance** : certains assurés estiment payer leur assurance très chère sans pour autant enregistrer de sinistre pendant une longue période et pensent par conséquent à la fraude comme moyen de compenser leur mise. Le coût de l'assurance est un facteur déterminant jouant sur la psychologie des assurés et les pousse par conséquent à tenter la fraude.
- **Le montant élevé de la franchise** : la franchise qui est incluse dans un contrat d'assurance a pour objectif principal de moraliser le risque. C'est-à-dire que l'assureur met à la charge de son client un montant forfaitaire qu'il déduira lors de l'indemnisation à la suite d'un sinistre déclaré. Il faut souligner que la franchise n'a pas une origine légale, elle est issue des pratiques des assureurs. Lorsque le montant de la franchise est élevé, cette situation est de nature à amener l'assuré à exagérer le montant du dommage lors de la déclaration du sinistre pour compenser celle-ci. Il sera donc plus malin de tarifier le risque en incluant une partie du taux de la franchise dans le taux de base pour déterminer la prime.
- **Une qualité de service dégradé** : lors d'une enquête réalisée par ACCENTURE en France, il a été révélé que 55% des personnes interrogés indiquent que la fraude augmente dès lors que le service apporté au client se dégrade. Cela démontre combien la qualité des prestations fournies aux clients pèse dans la réduction des comportements frauduleux.
- **Les enjeux économiques et financiers** : le ralentissement économique, la crise financière, sont autant de facteurs agissant sur le comportement frauduleux de la population. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'on sait que plus de la moitié de la population africaine vit en dessous du seuil de la pauvreté. Lorsqu'on sait que son revenu est plus ou moins dérisoire la seule porte de sortie pour échapper à la pauvreté serait de tenter de duper les assureurs même si l'on n'est pas d'ailleurs assuré.

- **Le laxisme des assureurs africains face à la lutte contre la fraude**

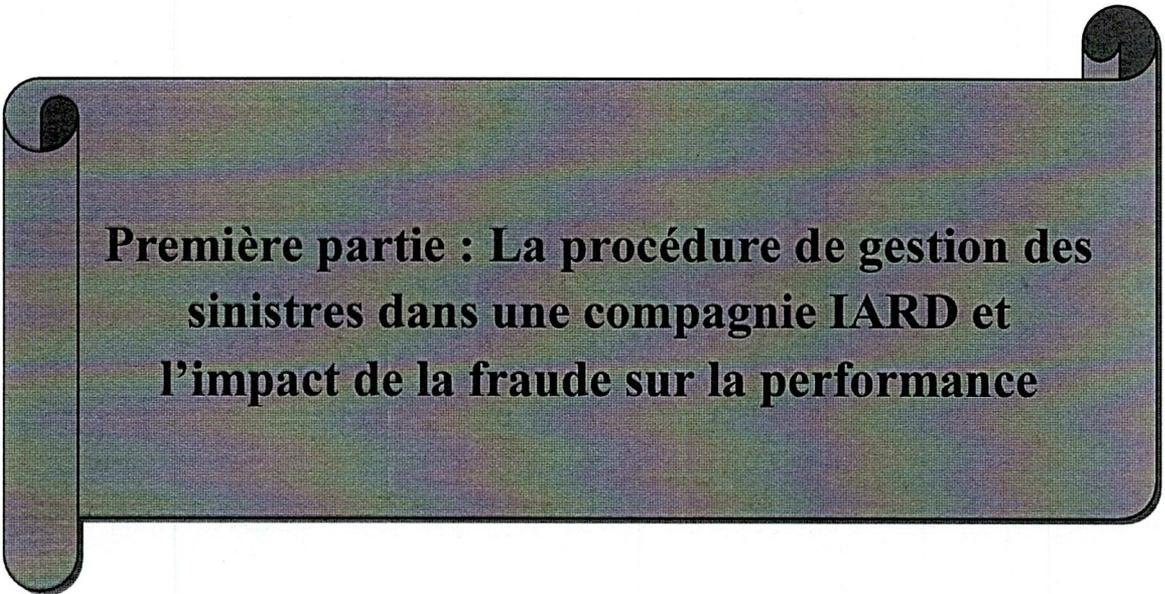
Dans le cadre de la réalisation de ce travail nous avons entrepris une série d'entretien avec les responsables de certaines compagnies de la place et les cadres de la Direction Nationale des Assurances ainsi que les intermédiaires, et cela nous a permis de découvrir certaines réalités. En effet, la plus part de nos interlocuteurs sont conscients des enjeux de la fraude à l'assurance, mais il manque d'action concrète pour la contrer. Ils pensent en majorité que le phénomène de la fraude n'est pas aussi alarmant qu'on le pense. Ce constat nous amène à conclure que les assureurs laissent un peu d'espace qui pourrait favoriser la pénétration des comportements frauduleux. Fatalement, ce laxisme est un peu à l'image des assureurs africains en général.

- **L'asymétrie d'information**

L'une des principales causes de fraude à l'assurance est bien entendu l'asymétrie d'information qui peut entraîner l'apparition des phénomènes de risque moral et de sélection adverse entre l'assureur et l'assuré. L'assureur ne peut pas souvent découvrir le type d'assuré avec qui il contracte : est-il du genre honnête ou du genre opportuniste ? Cela entraîne donc une anti-sélection et l'assuré malhonnête cache les informations nécessaires lors de la souscription du contrat d'assurance ou de la déclaration du sinistre.

Tels sont là quelques raisons qui augmentent le taux de tentative ou de réalisation effective de fraude à l'assurance. Cette liste n'est pas exhaustive mais il s'agit ici des aspects les plus courants dans le monde des assurances.

Ce chapitre préliminaire étant à présent terminé, nous nous attèlerons à présent au développement des deux parties qui constituent l'ossature de ce document.



**Première partie : La procédure de gestion des
sinistres dans une compagnie IARD et
l'impact de la fraude sur la performance**

CHAPITRE I : PROCEDURE DE GESTION DES SINISTRES DANS UNE COMPAGNIE IARD : EXEMPLE DE SUNU ASSURANCES IARD NIGER

La gestion des sinistres dans une compagnie quelle qu'elle soit, exige un minimum d'organisation. C'est pour cette raison que toutes les sociétés d'assurance essayent de se doter d'une procédure aussi simple qu'efficace propre à elles tout en respectant la réglementation. C'est dans ce même cadre qu'il sera nécessaire pour nous de nous appuyer sur la procédure de gestion des sinistres propre à SUNU Assurances IARD Niger afin de mieux connaître le fonctionnement de la gestion des sinistres dans ladite compagnie. Mais avant tout nous ferions une brève présentation de cette compagnie.

Section I : Brève présentation de SUNU Assurances IARD Niger

Les compagnies d'assurances tout comme les autres sociétés industrielles et commerciales sont créés sous l'égide du droit OHADA¹⁴. Donc les sociétés d'assurances naissent sous ce droit pour une durée de 99 ans, mais grandissent selon l'organisation prévu par le code CIMA. SUNU Assurances IARD est une Société Anonyme régie par le code CIMA et n'échappe pas à ce principe. Dans cette brève présentation que nous allons faire, il sera question de faire un aperçu historique de cette compagnie, ensuite présenter son organisation et enfin nous chercherons la place qu'elle occupe sur le marché nigérien en terme de chiffre d'affaire ainsi que les différents produits qu'elle commercialise.

Paragraphe 1 : Historique

SUNU Assurances IARD Niger est une compagnie d'assurance exerçant sur le marché nigérien il y'a aujourd'hui trente un (31) ans. Elle a été créée le 1^{er} janvier 1985 sous le nom de l'Union Générale des Assurances du Niger (UGAN). Elle émane de l'ancienne Agence Nigérienne d'Assurance (ANA) qui représentait alors l'Union des Assurances de Paris (UAP) et les Assurances Générales de France au Niger. Elle devient filiale du groupe AXA de 1994 à 2000 ; et depuis 2000 filiale du groupe SUNU. Auparavant, il faut le préciser UGAN pratiquait les opérations d'assurances dommages et vie.

Mais depuis le principe de spécialisation intervenu dans les années l'an 2000, UGAN fut scindé en deux sociétés : UGAN-IARD et UGAN-VIE.

¹⁴ OHADA est l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires.

Cette société exerçait sous l'égide du droit nigérien avec un capital de **500 millions** de FCFA. Avec l'exigence de la réglementation CIMA par le règlement **n°0001/CIMA/PCMA/CE/SG/2007** du 25 avril 2007 portant modification de l'Article **329-3** et **330-2**, l'Assemblée Générale des actionnaires du 15 avril 2010 a consacré l'augmentation du capital à **1 000 000 000** de FCFA reparti entre :

- SUNU ASSURANCE HOLDING SA 70%
- BIA NIGER 10%
- Union des Assurance du Sénégal vie (UAS-VIE) 5%
- PERSONNES PHYSIQUES 15%.

Depuis le 16 janvier 2015 à la suite de la décision du groupe SUNU ASSURANCE HOLDING dirigé par Monsieur Pathé DIONE de réorganiser ses filiales, UGAN-IARD change de nom et devient SUNU Assurances IARD Niger.

Paragraphe 2 : Structure et Organisation

L'organisation d'une société c'est tout d'abord parler des organes statutaires ainsi que ceux d'exécution.

A. Les organes statutaires

▪ L'assemblée générale :

Organe délibérant, l'Assemblée Générale est constituée essentiellement des actionnaires comme prévoit l'article 330-10 du code CIMA et elle réunit chaque année ses membres en session ordinaire. L'Assemblée Générale nomme pour la première année les commissaires aux comptes et les membres du premier Conseil d'Administration.

▪ Le conseil d'administration

Organe dirigeant, le Conseil d'Administration est nommé par l'Assemblée Générale comme le prévoit l'article 330-11 du code CIMA. Il définit la politique de l'entreprise. A SUNU Assurances IARD Niger ce conseil est constitué de six (6) membres. Il réunit ses membres en session d'arrêt de compte au premier trimestre de l'année et en session budgétaire au troisième trimestre soit deux (2) sessions par an.

B. Les organes exécutifs

Ces organes sont notamment ceux chargés de l'exécution des différentes tâches quotidiennes de la compagnie, allant de la Direction Générale aux différents départements. On peut citer entre autre :

- Direction Générale
- Direction du contentieux et des règlements
- Direction informatique, des NTICS et de l'Administration Générale
- Département production
- Département Réassurance
- Département Commerciale, du courtage et des agences
- Département comptabilité et finances

Paragraphe 3 : Place de SUNU Assurances IARD sur le marché nigérien ainsi que les produits commercialisés

A. Place de SUNU Assurance IARD sur le marché en 2015

En 2015 les six (6) compagnies d'assurance IARD du Niger ont réalisé un chiffre d'affaires de **23 837 millions de FCFA**. La première place revient à la CAREN avec un chiffre d'affaires de **6 545 millions de FCFA** soit **27,46%** de la part du marché. La deuxième et la Troisième place reviennent respectivement à la SNAR LEYMA (**5 697 Millions de FCFA** soit **23,90%**) et la NIA (**4 408 millions de FCFA** soit **18,49%**). SUNU Assurances IARD occupe donc la quatrième place avec un chiffre d'affaires de **4 300 millions de FCFA** soit **18,04%** de la part du marché. SAHAM Niger et MBA Niger occupent respectivement la cinquième et la sixième place.

B. Produits commercialisés

SUNU Assurances IARD Niger est l'assureur de référence au Niger. Elle est partenaire avec des réassureurs d'envergure internationale et des grandes sociétés d'assistance à l'instar de MONDIALE ASSISTANCE, EUROP ASSISTANCE, INTER PARTNER ASSISTANCE etc.

SUNU Assurances IARD Niger pour la couverture des risques de ses clients, elle assure une protection sur mesure pour leur permettre de se consacrer pleinement au développement de leur entreprise. Les produits commercialisés par cette compagnie sont :

- Assurance santé
- Assurance Individuelle Accidents
- Assurance automobile
- Assurance Transport
- Assurance Tous Risques Chantier/ Tous Risques Montage, Bris de machine et RC Décennale
- Assurance Multirisque Professionnelle

Section II : Procédure de gestion des sinistres matériels, corporels et risques divers

Toute gestion de sinistre commence par l'ouverture du dossier et se termine par sa clôture. Cette procédure doit en toute circonstance respecter strictement la réglementation. Les sinistres matériels et corporels concernent uniquement la branche automobile. En ce qui concerne les risques divers, il s'agit précisément de l'incendie et les autres risques divers comme la RC, la multirisque etc.

Paragraphe 1 : L'ouverture des dossiers

L'ouverture d'un dossier sinistre implique au préalable sa déclaration par l'assuré dans les locaux de l'assureur dans un délai de 5 jours ouvrés et exceptionnellement 48 heures en ce qui concerne le vol comme le stipule l'article 12 alinéas 4 du code CIMA¹⁵. Toutefois, pour se prévaloir du non-respect de cette disposition par l'assuré, l'assureur doit justifier que cette déclaration tardive lui a causé un préjudice.

A. La réception des déclarations d'accident

Après la survenance d'un sinistre automobile, l'assuré doit faire une déclaration au siège de la compagnie d'assurance. Elle est reçue par le Responsable Réception des Déclarations (RRD) ou par courrier. Les déclarations provenant de l'intérieur du pays c'est-à-dire des agences implantées dans les autres régions du Niger, sont transmises directement à la Direction Générale. Le déclarant doit remplir la fiche de déclaration de sinistre. Dans le cas où celui-ci n'est pas en mesure de remplir correctement la fiche, le responsable chargé de la recevoir peut la lui remplir en y inscrivant les informations fournies par l'assuré (propriétaire du véhicule ou conducteur). Le formulaire doit être signé par le déclarant.

Après avoir rempli le formulaire, le responsable doit constituer un dossier physique sinistre et ensuite procéder à la saisie informatique des éléments qu'il contient. Lorsqu'il existe des préjudices corporels, l'assuré doit les déclarer dans le même principe que la déclaration des préjudices matériels. Le déclarant doit fournir toutes les pièces indispensables à l'instruction du dossier sinistre. Ces pièces sont notamment :

- l'AVP (avis d'accident sur la voie publique) de la police ;

¹⁵ ART 12 alinéas 4 en substance ; L'assuré est obligé : de donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés. En cas de vol ou en cas de mortalité de bétail, ce délai est fixé à 48 heures.

- le permis de conduire du conducteur ;
- l'attestation d'assurance ;
- la carte grise du véhicule en cause ;
- la visite technique pour les véhicules qui en sont soumis.

Le responsable chargé de la réception des déclarations doit se déplacer ensuite pour voir les véhicules en cause et les dégâts occasionnés pour s'assurer de la matérialité de l'accident et de l'ampleur des dommages. Il prend quelques photos des véhicules accidentés pour les enjoindre dans le dossier.

B. Ouverture du dossier proprement dite

La déclaration d'accident constitue la phase préliminaire à l'ouverture d'un dossier sinistre. L'effectivité de cette ouverture se manifeste par le remplissage de la cote sinistre. Le responsable doit ouvrir systématiquement un dossier sinistre pour chaque déclaration reçue. Il saisit à l'écran tous les dossiers ouverts au vu des déclarations reçues et leur attribue des numéros sinistres. Il faut préciser qu'un dossier sinistre peut être ouvert à la suite :

- d'une déclaration d'accident ;
- présentation d'un PV d'accident,
- assignation ou citation ;
- réclamation de la victime d'accident ;
- ou simple avis de sinistre

La cote sinistre dont la couleur change chaque année doit avoir certaines mentions qui seront nécessaires à l'étude du dossier. Le responsable doit en effet mentionner :

- la date d'accident et de déclaration ;
- le lieu du sinistre ;
- le bureau de souscription ;
- le nom de l'assuré et des autres parties en cause ;
- le numéro de sinistre ;
- la durée du contrat effet / échéance ;
- la franchise et la coassurance si elles existent ;
- les numéros d'immatriculation des véhicules en cause ;
- les noms des conducteurs.

Le responsable déclaration insère dans le dossier physique quatre sous-chemises : une pour classer les correspondances, une pour le constat et ou procès-verbal d'accident, une pour

les documents (déclaration d'accident, copie de contrat, pièces du véhicule) et une pour les pièces de règlement. Une cinquième sous-chemise est éventuellement prévue pour les citations assignations et décisions de justice.

A l'ouverture du dossier, la provision se fait sur la base de l'importance du dommage. Les dossiers corporels obéissent aux mêmes principes ainsi que ceux des risques divers. Après la déclaration d'accident, le responsable évalue le dossier sur la base du barème de SUNU Assurance IARD Niger et remplit la fiche d'évaluation qu'il classe dans le dossier. Les dossiers corporels ouverts sont remis au Chef Service sinistres corporels qui est chargé de leur gestion.

Il est important de le préciser que les dossiers transports sont directement pris en charge par le Chef du Service transports de la compagnie. Il ouvre et instruit les différents dossiers jusqu'au règlement.

Paragraphe 2 : Instruction et études des dossiers sinistre

A. Instruction des dossiers

L'instruction des dossiers débute à la remise de ceux-ci au chef de service instruction et évaluation. Dès réception des dossiers celui-ci en prend connaissance et corrige si cela est nécessaire les premières appréciations et évaluations tant à l'écran que sur la cote du dossier. Il procède ensuite à une étude de la garantie par la vérification :

- de la qualité de l'assuré ;
- de la date et des circonstances de l'accident ;
- de la régularité des pièces du véhicule assuré (attestation d'assurance, carte grise, permis de conduire, etc.) ;
- des clauses du contrat.

L'instructeur détermine ensuite les responsabilités des parties en cause au vu de la déclaration de l'assuré, du procès-verbal, de l'infra code, du barème de la responsabilité du code CIMA, le cas échéant de la jurisprudence, et remet à la secrétaire du Directeur Central Opérationnel (DCO) pour communication des « accusés de réception » aux interlocuteurs et envoie des mises en causes aux compagnies adverses. Une mise à jour du dossier est nécessaire au vu des nouveaux éléments qui surgiraient ultérieurement. Pour tout sinistre atteignant la moitié de la priorité qui est de 20 millions, un avis de sinistre important est immédiatement établi et adressé au Service de la Réassurance.

En ce qui concerne le sinistre Corporel, dès que le Chef de Service reçoit les dossiers constitués à la réception, il prend rapidement connaissance de la nature du préjudice subi par la victime (blessures ou décès) et corrige si cela est nécessaire, tant à l'écran que sur la cote du dossier, les premières évaluations portées par le responsable déclaration en attendant les documents et renseignements nécessaires à une appréciation correcte du coût probable du sinistre.

B. Etude des dossiers sinistres et leur traitement

L'étude des dossiers consiste à leur traitement par les différents responsables de chaque service, c'est-à-dire matériel, corporel et risques divers.

Les dossiers sinistres corporels sont pris en charge par le Chef Service Corporel et est chargé de leur gestion, c'est-à-dire :

- des relations avec les avocats, huissiers et médecins ;
- des transactions avec les victimes d'accidents ;
- du règlement des sinistres corporels ;
- de la mise à jour des dossiers corporels après règlement.

Cette étude consiste aussi en :

- la vérification de la qualité de l'assuré et des victimes de l'accident ;
- la vérification de la régularité des pièces et des clauses du contrat pour accorder, porter des réserves ou refuser la garantie, diligenter une expertise ou une enquête ;
- l'étude de la déclaration et du PV d'accident pour situer les responsabilités ;
- l'étude des dossiers de réclamations des victimes.

Lorsque l'analyse du PV ne permet pas d'identifier les victimes, l'assureur doit prendre les mesures nécessaires pour les retrouver. La compagnie doit :

- adresser un courrier à la victime
- contacter la force publique pour des précisions d'information
- contacter les autorités coutumières avec transmission du courrier

A l'issue de l'étude du dossier, si le sinistre doit être pris en charge, le Chef Service Corporel procède à l'opération de règlement sur présentation des pièces justificatives conformes aux dispositions du code CIMA. En principe, la société dispose de toute information suite à la constitution du dossier pour formuler une offre d'indemnisation. Cette offre d'indemnisation doit être faite conformément aux articles 231 et suivants du code CIMA relatives à l'offre d'indemnisation des victimes d'accident corporel. Les dossiers risques divers sont ouverts et remis au Chef Service Risque Divers qui est chargé

de leur gestion. Il va, au besoin procéder à une visite des lieux pour s'assurer de la matérialité du sinistre et mieux apprécier les causes et circonstances, mais aussi pour avoir une première appréciation de l'étendue des dommages. Il avertit les coassureurs s'il y a lieu et leur transmet une copie des pièces du dossier.

L'étude des dossiers sinistre risques divers consiste en :

- une vérification minutieuse des garanties souscrites, des clauses et conditions du contrat, porter des réserves ou refuser la garantie,
- une vérification plus approfondie des différentes pièces du dossier (réclamation de l'assuré ou du tiers etc.)

C. La nomination de l'expert

La compagnie d'assurance possède une liste d'experts dressée annuellement par les autorités compétentes chacun en fonction de son domaine d'intervention. Leur rôle est d'intervenir dans le cadre de l'évaluation exacte des dommages subis par l'assuré. Le responsable du Service sinistre matériel procède à la révision de tous les sinistres dont les réclamations sont inférieures ou égales à deux cent mille francs FCFA. Tout dossier dont les réclamations sont supérieures à deux cent mille francs CFA sera soumis à une expertise. L'expert de la compagnie est chargé d'évaluer le montant des dégâts par une demande d'expertise à lui adressé par les responsables.

Pour les affaires urgentes (vol, incendie, bris de glace), l'expert est saisi par voie d'urgence et on lui indique le lieu où le sinistre s'est produit. L'expert a une semaine pour déposer un rapport d'expertise, sauf cas d'extrême urgence.

D. Le cas particulier des sinistres Carte Brune CEDEAO

Les sinistres survenus hors du territoire national sont instruits par le biais des Bureaux Nationaux de la Carte Brune CEDEAO qui sont installés dans chaque pays membre de la CEDEAO. La procédure obéit aux mêmes règles que celle d'un dossier dont le sinistre est survenu sur le territoire national. La particularité c'est que les bureaux de la carte brune servent de relais aux différentes compagnies mis en causes ainsi que les victimes et les assurés. Tout doit se faire par correspondance avec ces bureaux. Aucune procédure à l'insu des bureaux nationaux ne doit être entreprise sous peine de s'exposer aux risques de fraude comme l'illustre un cas qui s'est produit dans une compagnie de la place en payant un sinistre d'un montant d'indemnité très important sur la base d'une fausse identité des victimes.

Paragraphe 3 : La clôture du dossier sinistre

Après toute cette procédure et les observations nécessaires, le dossier sinistre doit faire l'objet de règlement. Cette phase marque la fin du suivi des dossiers avant leur clôture définitive.

Le règlement des dossiers sinistres matériel s'effectue au vu des factures et ou des rapports d'expertise. Si le véhicule est assuré en dommages, le régleur établit :

- Soit un bon de prise en charge en deux (2) exemplaires (l'un pour le garagiste ou prestataire et l'autre pour le dossier). Le garagiste ou prestataire renvoie le bon à SUNU Assurances IARD Niger à la fin des travaux avec une facture correspondante pour paiement ;
- Soit, il effectue le règlement directement au nom de l'assuré ou toute autre personne dûment mandatée.

L'indemnisation du préjudice corporel se compose quant à elle des éléments suivants :

- Le remboursement des frais de soins et d'hospitalisation ;
- Les revenus perdus pendant l'interruption du travail, suite à l'accident ;
- L'incapacité permanente ;
- Le montant des autres postes de préjudice indemnifiables au titre du code CIMA.

Le régleur sinistre établit une fiche de demande de règlement sinistre, mais en ce qui concerne le sinistre corporel, il doit être sûr de l'accord préalable de la victime sur l'offre de transaction à lui adressée conformément à la réglementation. Après le passage du dossier au niveau des responsables selon leur hiérarchie, celui-ci est transmis à la Direction Générale de la compagnie afin d'effectuer une vérification et signe un accord de sortie de fonds. Le dossier est ainsi retourné aux différents services concernés et le régleur établit les quittances d'indemnités et le soumet à la signature du Directeur Central Opérationnel et est ensuite transmis à la comptabilité pour établissement du chèque. Le paiement effectif de l'indemnité marque la fin de l'instruction et du règlement du dossier et le responsable du département sinistre procède à sa clôture définitive sauf cas de ré ouvert.

CHAPITRE II : IMPACT DE LA FRAUDE SUR LA PERFORMANCE D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE IARD

La performance d'une entreprise s'articule autour de tout ce qui contribue à améliorer le couple valeur-coût et qui tend ainsi vers la maximisation de la création nette de valeur. On peut ainsi traduire une entreprise performante par¹⁶:

- Une entreprise pérenne, qui gagne de l'argent et qui est durablement profitable ;
- Une entreprise qui défie ses concurrents en termes de qualité et de rapidité de service ;
- Une entreprise innovante, efficiente, réactive et qui évolue sûrement, constamment et durablement ;
- Une entreprise qui crée de la valeur tout en répondant aux exigences du marché avec une longueur d'avance ;
- Une entreprise qui a su mettre en place de bons indicateurs de performance pour établir des stratégies de développement gagnantes ;
- Une entreprise intelligente financièrement, socialement, environnementalement, technologiquement et qualitativement ;
- Une entreprise où règnent valeurs, motivation, compétences, intelligence collective et autonomie ;
- Une entreprise ayant réussi à fidéliser ses clients, remplir son portefeuille de ; commandes grâce à une veille permanente et à une projection continue dans le futur.

Une entreprise d'assurance performante est celle qui répond effectivement à ces critères. Il s'agirait ici donc de voir certains indicateurs de performances d'une entreprise plus ou moins vulnérables à la fraude. Pour ce faire, nous allons nous consacrer à cette analyse par une étude de l'impact de la fraude à l'assurance sur la performance financière et économique dans une première section.

Dans une deuxième section nous parlerons des enjeux techniques où nous verrons d'abord le ratio combiné comme indicateur de performance d'une compagnie IARD et ensuite les conséquences de la fraude sur les éléments techniques et statistiques qui ont des répercussions sur la détermination du coût de l'assurance.

¹⁶ Consulté sur le net le 27/07/2016. Les indicateurs de performance ; www.journaldunet.com

Mais avant nous allons faire un aperçu sur la situation du marché nigérien de 2010 à 2014. Cela nous permettrait de voir l'évolution du marché en termes de chiffre d'affaire, de la sinistralité ainsi que des commissions et frais généraux engagés sur les quatre ans.

□ Aperçu sur la situation du marché nigérien (Evolution de 2010 à 2014)

A. Le chiffre d'affaires

Le marché nigérien est composé depuis 2013, avec la création de trois (3) nouvelles compagnies, de huit (8) sociétés d'assurances dont six (6) en IARD et deux (2) en vie et capitalisation qui se livrent une rude concurrence.

Le chiffre d'affaires réalisé par les huit (8) compagnies du marché s'élève à 26 512 millions de FCFA en 2014 contre 25 706 millions de FCFA en 2013, soit une progression de 3,14%.

Toutefois, le chiffre d'affaires moyen du marché a connu une baisse en passant de 5 141 millions de FCFA en 2013 à 3 314 millions de FCFA en 2014, soit une régression d'environ 36%. Cette baisse s'explique par la prise en compte des trois (3) sociétés nouvellement créés dont leurs apports dans la production globale ont joué sur le chiffre d'affaires moyen.

<i>Années</i>	<i>chiffres d'affaires (en millions de FCFA)</i>	<i>Evolution de 2010 à 2014</i>
2010	18 576	
2011	20 056	7,97%
2012	22 186	10,62%
2013	25 706	15,87%
2014	26 512	3,14%

Tableau n°1: Evolution du chiffre d'affaires du marché¹⁷

Il faut préciser que la production totale de la branche dommages se chiffre à 21 333 millions de FCFA en 2014 contre 21 509 millions de FCFA en 2013, soit une baisse de 0,82%. Cette situation pourrait s'expliquer par le non renouvellement de certains gros contrats. La branche automobile demeure prépondérante avec 58,06% des émissions globale.

¹⁷ Source : Rapport de la DNA sur la situation du marché nigérien des Assurances exercice 2014.

Tableau n°2: Evolution du chiffre d'affaires dommages par catégories (en millions de FCFA)

Catégories	2010	2011	2012	2013	2014	Parts en 2014
Accident Corp. et Maladie	2 227	2 671	3 185	3 671	4 397	20,61%
Automobile	7 071	9 734	10 409	11 362	12 385	58,06%
Incendie et Autres dom	1 462	1 898	1 798	2 455	2 524	11,83%
RC Générale	387	456	692	657	806	3,78%
Transports	1 758	2 068	1 919	1 650	1 326	6,22%
Autres risques divers	2 602	415	415	1 635	286	-1,34%
Acceptations	68	72	68	79	181	0,85%
TOTAL	15 579	17 314	18 486	21 509	21 338	100%
Evolution	9,46%	11,17%	6,77%	16,35%	-1%	

Source: Rapport DNA

B. Les sinistres**a. Les prestations et frais accessoires payés**

Les prestations et frais accessoires payés se chiffrent à 6 824 millions de FCFA en 2014 contre 7 828 millions de FCFA en 2013, soit une baisse de 12,83%.

Tableau n°3: Répartition des prestations et frais accessoires payés (en millions de FCFA)

Catégories	2010	2011	2012	2013	2014
Accident Corp. et Maladie	1 573	1 729	1 809	2 127	2 601
Automobile	1 922	2 626	2 952	3 494	3 038
Incendie et Autres dom	146	137	509	1 798	903
RC Générale	106	68	88	53	36
Transports	395	182	180	246	204
Autres risques divers	244	31	40	95	2
Acceptations	11	21	10	15	40
TOTAL	4 397	4 894	5 588	7 828	6 824
Evolution		11,30%	14,18%	40,09%	-12,83%

Source: Rapport DNA

b. Charge de sinistre et sinistralité

Les charges de sinistres de la branche dommages ont connu une baisse de 14,76% en 2014 par rapport à 2013. Les branches « automobiles » et « accidents corporels et « maladie » représentent respectivement 57,29% de la sinistralité globale.

Tableau n°4: Répartition des charges de sinistres (en millions de FCFA)

Catégories	2010	2011	2012	2013	2014
Accident Corp. et Maladie	1 602	1 847	1 885	2 265	3 138
Automobile	2 428	2 852	3 953	4 292	4 871
Incendie et Autres dom	633	255	489	3 045	326
RC Générale	177	16	286	5	111
Transports	361	215	664	246	97
Autres risques divers	858	38	13	107	552
Acceptations	40	20	-8	15	60
TOTAL	6 099	5 243	7 282	9 975	8 503
Evolution		-14,00%	38,90%	36,98%	-14,76%

Source: Rapport DNA

En ce qui concerne la sinistralité du marché, la branche dommages a enregistré un taux de sinistralité de 39,24% en 2014 contre 51,14% en 2013, soit une variation de -23,27%.

On peut dire aisément que la sinistralité du marché nigérien est très bonne. Le taux de sinistralité le plus élevé a été enregistré en 2013 soit 51,14%. Cette situation peut aussi être la résultante du non-paiement des sinistres par les assureurs nigérien.

Tableau n°5: Le ratio « sinistres sur primes acquises » du marché dommages (en millions de FCFA)

Catégories	2010	2011	2012	2013	2014	Variation 2013-2014
Charge de Sinistres	6 099	5 243	7 282	9 975	8 503	-15%
Primes acquises	14 575	17 289	17 773	19 507	21 671	11,09%
Ratio S/P	43,50%	30,33%	40,97%	51,14%	39,24%	-23,27%

Source: Rapport DNA

C. Les commissions et frais généraux

Les chargements globaux du marché dommages sont passés de 7 109 millions de FCFA en 2013 à 9 348 millions en 2014, soit une progression de 11,10%.

Le taux de chargement est de 43%. Le taux de commissionnement est relativement bon puisqu'il se trouve dans la fourchette réglementaire de 20%.

Tableau n°6: Les chargements (en millions de FCFA)

Libellés	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution des charges
Commissions	1 745	1 773	2 018	2 023	2 790	37,90%
Taux de com. en % (Com/PA)	11,20%	10,30%	11,40%	10,40%	12,90%	
Frais généraux	4 170	4 931	4 800	5 086	6 558	28,90%
Frais généraux/ Primes Acquisées	26,80%	28,50%	27,00%	26,10%	30,30%	
Total Charges	5 915	6 704	6 818	7 109	9 348	31,50%
Taux de chargement	38,00%	38,80%	38,40%	36,40%	43,10%	
Primes Acquisées	15 575	17 289	17 773	19 507	21 671	11,10%

Source: Rapport DNA

Section I : L'impact de la fraude sur la performance économique et financière d'une entreprise

La fraude à l'assurance est un véritable phénomène de société qui entrave le bon fonctionnement d'une entreprise d'assurance. Les conséquences sont énormes. Elle peut influencer directement sur la performance d'une entreprise de plusieurs façons. Cela partant de la performance financière ou économique, à la performance sur le point de vue de la bonne marche de ses entités ainsi que de l'entreprise en général.

Dans cette section nous allons étudier le cadre de réflexion théorique et ensuite voir comment la fraude peut impacter négativement l'activité et le bon fonctionnement d'une compagnie d'assurance.

Paragraphe 1 : Le cadre d'analyse de cet impact

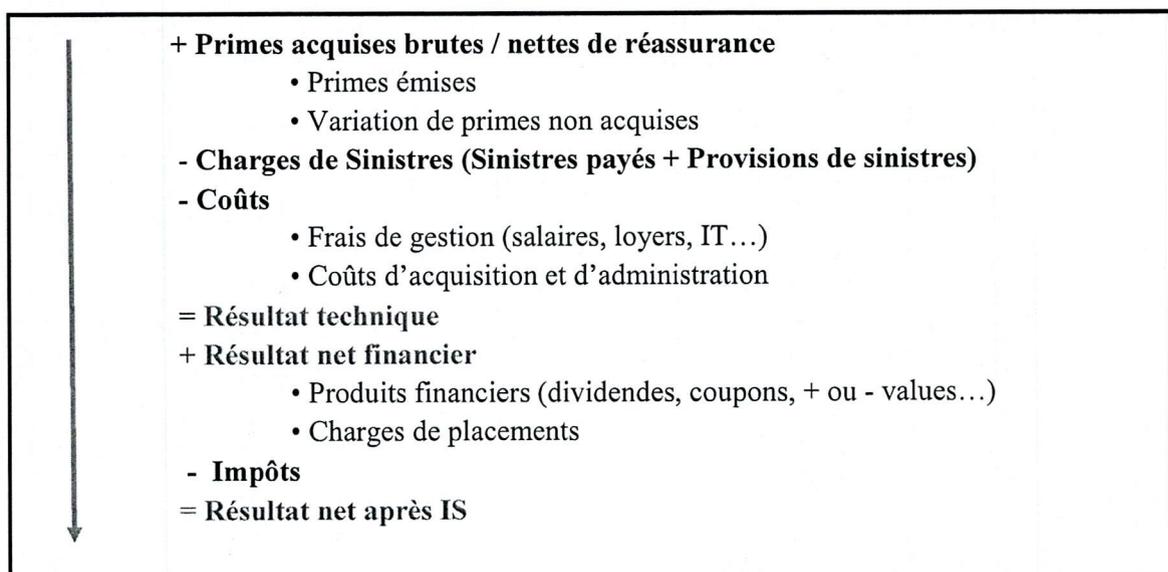
Comme indiqué précédemment, la fraude a des graves conséquences sur la performance financière d'une entreprise. Nous allons voir quels sont les impacts qu'elle peut avoir sur le résultat d'une compagnie d'assurance avant de voir celui sur son environnement économique et financier.

A. Le résultat technique

Parmi les états comptables que la réglementation oblige les assureurs à établir figure le compte de résultat. Comme son nom l'indique c'est un compte qui comptabilise les opérations réalisées au cours d'une période donnée et permet de vérifier le montant du bénéfice (ou de la perte réalisé(e) au cours de cette période. Il permet à l'assureur de dégager ses produits et de soustraire ses charges afin de dégager une marge bénéficiaire qui permettrait d'alimenter le compte des actionnaires par la distribution des dividendes.

On distingue le compte technique qui traite des opérations liées aux contrats d'assurance, du compte non technique qui traite des autres produits et charges (revenu des fonds propres, impôts, etc.). Le compte technique est établi globalement, mais aussi par branches ou par produits en utilisant des clés de répartition des frais généraux et des produits financiers.

Figure 1 : Vue synthétique de la construction du compte de résultat d'un assureur



La fraude consiste à utiliser son contrat d'assurance en vue de se procurer indument une indemnisation soit en exagérant le montant du sinistre ou en déclarant à l'assureur un faux sinistre, ce qui constitue une charge pour l'assureur. Cependant, après la déclaration d'un sinistre à l'assureur, celui-ci fait une première évaluation du montant du sinistre qu'il inscrit dans la colonne des provisions pour sinistre à payer. Lesdites provisions sont inscrites au passif du bilan de la société et lors de la détermination du résultat final, elles sont déduites puisqu'elles sont admises en représentation des engagements réglementés.

Pour qu'une entreprise vive, il lui faut de l'argent. Celui-ci est soit généré par l'activité de l'entreprise (l'autofinancement) soit en provenance de l'extérieur, actionnaires

ou banques. Sans un bon résultat, l'entreprise est appelée à déposer le bilan, puisque les investisseurs ne seront certainement pas disposés à recapitaliser. Il est par conséquent capital pour les assureurs d'entreprendre des actions pour dissuader le phénomène de fraude et donner au secteur sa lettre de noblesse.

B. L'environnement économique et financier de la compagnie d'assurance

Les compagnies d'assurance exercent leurs activités dans un environnement économique et financier. Les assureurs d'aujourd'hui sont des investisseurs institutionnels. La réglementation leur impose pour le respect de leurs engagements vis-à-vis des assurés, d'effectuer des placements des primes collectées auprès des institutions bancaires ou d'acheter des immeubles admis en représentation des engagements réglementés. C'est ainsi qu'ils entretiennent des relations de collaboration ou de partenariat avec certaines institutions financières. Ces dernières ont besoin de s'assurer de la solidité financière des compagnies avec lesquelles elles sont en collaboration pour sécuriser leurs avoirs et préserver les intérêts de toutes les parties.

L'assurance joue un rôle très important dans le développement économique d'un pays. Elle est même devenue une branche majeure de l'économie et contribue de manière significative à l'amélioration du Produit Intérieur Brut (PIB). La part de l'assurance dans le PIB varie considérablement d'un pays à l'autre et est généralement d'autant plus élevée que le pays considéré a atteint un niveau de développement économique important. On peut affirmer que plus l'économie d'un pays est moderne et puissante, plus la part de l'assurance dans le PIB est forte. En ce sens, on peut dire que la part de l'assurance au sein d'une économie est en mesure du développement de cette économie.

Si la fraude est estimée à 5% des primes encaissées selon l'étude d'ACCENTURE France et les coûts sont évalués à une fourchette de 3 à 6% du total des sinistres¹⁸, on peut aisément affirmer que la fraude à l'assurance réduit l'apport de l'assurance au PIB national et peut paralyser par conséquent l'économie.

La fonction principale de l'assureur est de prendre des risques et de les gérer conformément aux lois de la statistique. Il assure par conséquent des grands risques dont l'ampleur peut dépasser sa capacité et doit par conséquent faire appel aux réassureurs pour se protéger contre les écarts de probabilité. Ces derniers exigent une notation pour les compagnies d'assurances qui désirent céder des gros risques. La fraude à l'assurance n'est

¹⁸Dixit Jérôme YEATMAN dans le manuel international de l'assurance 2^{ème} édition

pas de nature à assurer la bonne réputation d'une compagnie d'assurance et lui permettre de bénéficier d'une bonne notation. Du coup, l'assureur aura du mal à trouver un réassureur qui prendra ses risques de façon très aisée. Lorsqu'une compagnie d'assurance n'est pas bien réassurée, elle encourt un grand danger et n'aura pas de chance d'accroître sa capacité financière pour assurer la sécurité de ses opérations et lui permettre de mieux répondre aux besoins de garantie de ses clients. Même possédant un bon plan de réassurance, les réassureurs ne sont tout de même pas prêts à payer pour le compte de la cédante des faux sinistres ou des sinistres dont les montants sont exagérés.

Paragraphe 2 : Conséquences sur le fonctionnement de l'entreprise

La gestion des sinistres est une activité d'une grande importance dans une compagnie d'assurance. Les clients sont de plus en plus exigeants sur la qualité du service qui leur est fourni. C'est dans le même sens que la commission de contrôle des assurances de la CIMA exige un certain délai pour régler un sinistre. En plus du ralentissement du traitement des dossiers sinistres auquel la fraude contribue, elle participe à la détérioration de l'image de marque de la compagnie.

A. Problème de célérité dans le traitement des dossiers sinistres

Le service sinistre est l'un des services les plus sollicités dans une compagnie d'assurance IARD. L'observation que nous avons faite lors de notre séjour dans ce département nous a permis de constater une forte affluence dans ces bureaux. Depuis la déclaration jusqu'au bureau du chef de département les responsables sont très occupés à cause du nombre important des dossiers à traiter. Tout sinistre le plus petit soit il doit faire l'objet de beaucoup d'attention et d'étude minutieuse.

La déclaration des sinistres frauduleux accroît sans nul doute le nombre de dossiers sinistres à traiter et diminue de surcroît la rapidité de leur règlement. Il est utile de le rappeler que le délai moyen de liquidation des sinistres ne doit pas dépasser une certaine durée en fonction de la branche concernée. L'assureur peut perdre son temps dans l'instruction et le règlement d'un sinistre frauduleux au détriment de celui des assurés honnêtes qui doit rester en attente, ce qui constitue un grave manquement à ses obligations.

Un sinistre même découvert par la suite comme étant frauduleux a déjà causé des désagréments dans le facteur temps et occasionne dans la même lancée des frais supplémentaires.

Lorsque la durée moyenne de liquidation des sinistres est très élevée, cette situation va forcément déteindre sur la qualité de la gestion des sinistres de manière particulière et de la gestion de la compagnie d'une manière générale.

B. Atteinte à la réputation de la compagnie d'assurance

La bonne réputation d'une compagnie d'assurance dépend de son degré de satisfaction de l'attente de ses clients ainsi que de ses partenaires. Elle n'atteindra ce sommet que lorsqu'elle est en mesure de respecter ses engagements et s'engager dans la protection de l'intérêt des assurés.

Dans un marché hautement concurrentiel, les entreprises d'assurances se doivent de préserver leur image et donner confiance aux différents partenaires. Le règlement de sinistre quand il est maîtrisé fournit à l'assureur les moyens de valoriser son capital marque et de réaliser des profits supplémentaires. C'est bien au travers de ses prestataires agréés que l'entreprise d'assurance renforce sa marque et l'image de qualité qui lui est attachée, les prestataires étant engagés à son égard sur le terrain par des chartes de qualité et dispositifs contractuels adaptés. C'est évident, lorsqu'une entreprise d'assurance n'est pas entreprenante en matière de lutte contre la fraude à l'assurance, elle laisserait sans nul doute son image se détériorer et perdrait ses bons clients au profit de la concurrence.

Lors de notre passage dans quelques compagnies d'assurances, le constat général c'est que les responsables sont un peu réticents sur la question de la fraude à l'assurance. Personne ne veut parler de l'ampleur de la fraude dans l'entreprise où il se trouve parce que pour eux, cela porterait atteinte à l'image de marque de la société. Etant conscient des enjeux, les assureurs peinent à reconnaître que la fraude doit faire l'objet de transparence absolue.

Section II : Quelques enjeux techniques

A travers cette section nous allons voir le ratio combiné comme indicateur de performance d'une compagnie d'assurance IARD. Cet élément technique constitue un véritable levier de performance et il serait important de voir dans quelle condition la fraude peut l'impacter et par conséquent paralyser la solidité financière d'une compagnie d'assurance IARD. Ensuite nous verrons les conséquences de la fraude sur les autres éléments techniques et statistiques de l'assurance.

Paragraphe 1 : Le ratio combiné, indicateur de performance d'une compagnie d'assurance IARD

Dans le contexte actuel de faibles rendements financiers, la solidité des résultats techniques est la condition sine qua non de la rentabilité globale. Le ratio combiné a retrouvé un regain d'intérêt comme indicateur essentiel des performances des assureurs non vie.

Nous allons d'abord définir le ratio combiné, voir son utilité dans une compagnie d'assurance IARD, et enfin étudier comment la fraude peut-elle avoir une incidence sur cet élément technique important.

A. Définition et utilité du ratio combiné

Le ratio combiné est l'indicateur le plus courant de la rentabilité technique des activités d'assurance IARD. Il sert à comparer le marché de l'assurance et les analystes financiers l'utilisent pour comparer la rentabilité des opérations d'assurance de différentes entreprises et pour comparer les diverses branches d'activité. La gestion des sinistres est par conséquent l'indicateur clé de performance d'une compagnie d'assurance IARD.

Formule du ratio combiné¹⁹

$\text{RATIO COMBINÉ} = \frac{\text{Charges de sinistres de l'exercice}}{\text{Primes acquises}} + \frac{\text{Commissions + frais généraux}}{\text{Primes émises}}$
--

Le ratio combiné, qui est un indicateur privilégié, est la somme de la charge des sinistres rapportée aux primes acquises et la somme des frais généraux plus les commissions rapportée aux primes émises de l'exercice. C'est un indicateur des résultats techniques de souscription durant une période donnée, généralement sur un an.

Cet indicateur permet à l'organe de contrôle en l'occurrence la C.R.C.A, ainsi que les investisseurs, les agences de notation et les assurés de mesurer le degré de rentabilité d'une compagnie d'assurance IARD.

B. Incidence de la fraude sur l'indicateur ratio combiné

Comme nous l'avons décrit précédemment, le ratio combiné est la composition du total de la charge de sinistres d'une période donnée qu'on rapporte aux primes acquises du

¹⁹ Cours de contrôle de gestion DESS-A 2015 par Mr MAIGA ISSA MAHAMADOU, Page 38

même exercice. Ce taux obtenu est additionné au ratio des frais généraux plus les commissions qui sont rapportés aux primes émises pendant la période.

Le ratio combiné qui mesure la profitabilité est devenu inévitable. En théorie, le ratio cible est inférieur à 100 % et correspond à un résultat technique positif, tandis qu'un ratio combiné supérieur à 100% correspond à un résultat technique négatif.

On constate donc aisément que la fraude qui par nature augmente la charge des sinistres a une incidence négative sur ce ratio. Si nous étudions de près la composition de la formule, le numérateur est constitué de la charge de sinistres, des commissions et des autres charges. Mathématiquement lorsque le numérateur augmente le ratio aura tendance à accroître. Les sinistres frauduleux augmentent la charge de l'assureur sans compter les frais de gestion y afférents.

Les indicateurs concernant les sinistres (ratios S/P et leur évolution par années de survenance) sont les plus importants pour les résultats d'une compagnie d'assurance.

Un dérapage du taux de sinistre/primes peut être dû :

- a) à la survenance d'un (ou de quelque) sinistre (s) exceptionnel (s) qui seront largement pris en charge par les réassureurs ;
- b) ou à une fréquence anormale de petits sinistres qui doit amener à prendre des mesures de redressement²⁰.

Pour agir sur cet élément technique l'assureur dispose de plusieurs options notamment la prévention et la lutte contre la fraude à l'assurance.

Quelques actions pour réduire le pourcentage du ratio combiné consiste :

- soit à améliorer le chiffre d'affaire annuel ;
- soit à diminuer les charges de sinistres et/ ou les frais généraux.

Paragraphe 2 : Conséquences de la fraude sur les autres éléments techniques et statistiques de l'assurance

L'objet de l'assurance est de réparer les conséquences du hasard. L'assureur ne connaît pas la charge qu'il aura à supporter au moment où il fixe le prix de la prestation qu'il vend. Il doit donc pouvoir prévoir à l'avance la fréquence de survenance des sinistres et le coût moyen de ceux-ci afin de pouvoir réclamer à chaque assuré sa part contributive. Ces informations statistiques sont autant de facteurs qui peuvent subir des modifications par suite des conséquences de la fraude.

²⁰Cours de contrôle de gestion DESS-A 2015 par Mr MAIGA ISSA MAHAMADOU, Page 41

Nous verrons dans ce paragraphe quelques facteurs statistiques ainsi que techniques qui sont à l'origine du mécanisme de l'assurance.

A. Les facteurs statistiques

En assurance, la tarification des produits d'assurance est établie à partir des statistiques de fréquence et de coûts des dommages.

1. Le coût statistique du risque

L'assureur organise et gère une mutualité de risques qu'il prend en charge, en contrepartie de la cotisation payée par l'assuré. La détermination du prix à faire payer à chaque assuré pour que son risque particulier soit transféré à la mutualité gérée par l'assureur est une des tâches essentielles. La fixation du prix de l'assurance est appelé tarification et repose sur l'étude des statistiques de fréquence et de coûts des dommages survenus à la population des assurés.

En effet, l'augmentation de la fréquence des fraudes joue un rôle fondamental dans celle de réalisation des risques et fait accroître du coup le prix de l'assurance à faire payer par les assurés. Le juste prix en assurance est fonction du comportement de chaque assuré dans la mutualité. En principe les mauvais assurés doivent subir une pénalité résultant de leur mauvais comportement, mais il n'est pas toujours évident pour l'assureur de les détecter sans une politique plus fine de détection de la fraude à l'assurance.

2. Le coût moyen des sinistres

Dans le processus de tarification des produits d'assurance, l'assureur tient compte non seulement de la fréquence de réalisation des risques mais aussi du coût moyen des sinistres. Cependant la prime d'assurance est égale toujours à la fréquence multipliée par le coût moyen ($Prime\ pure = f * cm\ du\ risque$). Celui-ci est obtenu en divisant le montant total des sinistres par le nombre de contrats dont dispose l'assureur à son portefeuille.

Il est évident que la charge de sinistres frauduleux vient en augmentation de la charge totale des sinistres et fausse le coût normal de ceux-ci.

Le coût moyen des sinistres sert non seulement à fixer le prix de l'assurance mais c'est également un élément essentiel dans la détermination des provisions pour sinistres à payer.

B. Les facteurs techniques

La fraude à l'assurance brise non seulement les éléments statistiques de l'assurance, mais également ses éléments techniques qui constituent aussi un socle important de son fondement.

1. Le provisionnement

Le paiement par l'assureur des sinistres non dus fausse la détermination du coût statistique du risque et partant du même principe, le coût moyen est faux. Du coup, les provisionnements qui se font au coût moyen seront erronés.

Les provisions pour sinistres à payer sont, normalement, les provisions les plus importantes pour les compagnies d'assurances dommages, surtout pour celles qui pratiquent les branches dites à liquidation longue des sinistres. Une erreur de provisionnement d'une compagnie d'assurance IARD peut être fatale puisqu'elle a des conséquences directes sur le respect de l'engagement de l'assureur et sur son résultat.

Lorsque les provisions sont déterminées au coût moyen, il est nécessaire que l'assureur puisse maîtriser correctement ses coûts.

La fraude n'a pas que des conséquences sur ces éléments exposés plus haut, elle a également des répercussions sur le jeu normal de la mutualité.

2. La mutualité des assurés

L'assurance a été établie de sorte que la perte pèse légèrement sur beaucoup plutôt que lourdement sur peu²¹. Le rôle de l'assureur revient à répartir sur tous les assurés les conséquences des sinistres qui surviennent à quelques-uns. On parle de mutualisation des risques. Fondamentalement, le mécanisme de l'assurance implique une solidarité entre les victimes de sinistres et ceux qui ont la chance de ne pas être sinistrés.

Idéalement, l'assureur ne devrait exclure aucun risque de ses garanties. Mais l'observation montre que dans la plupart des catégories d'assurances un nombre anormalement élevé de sinistres est causé par un nombre très réduit d'individus soit malchanceux, soit franchement malhonnêtes. Il est donc du devoir de l'assureur de bien pratiquer la sélection des risques pour protéger l'ensemble de la mutualité qu'il gère d'une fréquence anormale de sinistres dus à une petite minorité d'assurés fraudeurs.

La fraude fausse le jeu normal de la mutualité des assurés puisqu'elle permet aux assurés de mauvaise foi de bénéficier indument des montants d'indemnité souvent énormes au détriment de ceux qui sont honnêtes. Lorsqu'on sait surtout que le ratio S/P permet à l'assureur d'ajuster la prochaine prime à payer par les assurés, on peut donc affirmer sans risque de se tromper que la fraude ne joue pas en faveur de la mutualité.

²¹ Cours de Généralités et bases techniques de l'assurance GBT, Par Mr Konan Eugène KOUADIO, Page 50
ZAHE IBRAHIM Aboubacar /DESS-A 22^{ème} Promotion 2014-2016

**Deuxième partie : Réflexion et outils d'analyse
pour une prévention de la fraude à l'assurance**

Dans cette deuxième partie, nous présentons, à travers une synthèse analytique les différents Scénarios de la fraude à l'assurance, et les actions entreprises par les assureurs pour combattre ce phénomène. Cette analyse nous permet de dégager et de définir les difficultés que rencontrent les assureurs quant aux moyens utilisés pour cerner le problème de la fraude. Nous avons, remarqué qu'il existe un manque de chiffres et de données fiables sur le sujet. Le phénomène de fraude a certes suscité beaucoup de recherches et d'études, mais il reste tout de même difficile à quantifier. Les assureurs ont besoin de recherches et de statistiques qui servent d'appui quant à l'adoption de techniques de lutte efficaces. C'est sur cette base qu'est établie cette partie, pour montrer que l'étude théorique et empirique du phénomène de fraude permet d'éveiller la conscience des assureurs sur la gravité de ce problème menaçant leurs profits et le fonctionnement de leurs compagnies.

Le premier chapitre de cette partie comme évoqué plus haut consistera à faire une analyse synthétique des différents Scénarios de la fraude à l'assurance. Il comprend deux sections.

La première section fera l'objet d'une étude du phénomène de la fraude à l'assurance en passant en revue les branches qu'on peut considérer comme plus exposées au phénomène.

S'agissant de la deuxième section, nous exposerons quelques moyens d'actions entrepris par les assureurs pour contrer ce problème. Cette étude a été possible grâce aux séries d'entretien que nous avons eu à faire avec quelques responsables.

Le deuxième chapitre sera l'occasion pour nous de faire des suggestions d'approche dans le cadre de la gestion des sinistres qui peuvent servir à améliorer le champs d'action des assureurs et les conscientiser sur la nécessité de mener une lutte sans merci contre la fraude. Ce chapitre sera aussi constitué de deux sections.

La première section traitera des maillons faibles du secteur de l'assurance favorisant la fraude.

Et enfin, dans la dernière section de ce chapitre nous ferions quelques propositions et recommandations.

CHAPITRE I : UNE ANALYSE SYNTHETIQUE DES DIFFERENTS SCENARIOS DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Les cas de fraude sont tellement nombreux et variés que nous optons pour une étude des différents scénarios de celles-ci. Le présent chapitre sera l'occasion pour nous d'exposer quelques mises en scène des bénéficiaires de contrats d'assurance pour tromper la vigilance de l'assureur.

Nous allons en effet, dans une première section aborder cet aspect en passant en revue les branches que nous considérons comme plus vulnérables au phénomène de la fraude et quelques cas que nous avons eu à rencontrer durant la période de stage. Ensuite dans une deuxième section exposer quelques approches des assureurs pour parvenir à juguler cette situation.

Section I : Focus sur les branches plus exposées à la fraude.

Cette section fera l'objet d'une étude branche par branche. Nous verrons le cas des branches automobile et risques divers. Ensuite la branche maladie fera l'objet d'une étude plus minutieuse en raison des grands risques de fraude auxquels sont exposés les assureurs sur cette activité.

Paragraphe 1 : Les branches automobile et risques divers

En assurance automobile, nous verrons que les risques de fraude sont énormes et concernent généralement les sinistres matériels. Les possibilités de fraude en sinistres corporels sont aussi considérables parce qu'ils engagent souvent des montants faramineux.

A. En automobile

La déclaration d'un faux sinistre constitue la fraude à l'assurance auto par excellence. La falsification des informations fournies à l'assureur au moment de la signature du contrat engendre également de lourdes sanctions telles qu'elles sont prévues par les **articles 18 et 19** du code CIMA.

Au Niger, la plus part des contrats d'assurance automobile sont souscrit en RC qui est une assurance obligatoire instituée par les différents Etats membres de la CIMA. Cette garantie est souvent mal comprise des utilisateurs et la confondent à une assurance dommage. Les sinistres automobiles peuvent être matériels ou corporels.

1. Les sinistres matériels automobiles

De l'organisation du sinistre par l'assuré à la fraude après la survenance du sinistre, nous pouvons illustrer quelques cas.

L'exagération des dommages apparaît comme le cas le plus courant en sinistres matériels automobile. Après un sinistre impliquant un véhicule assuré, parmi les pièces exigées par l'assureur à la victime pour prétendre à un dédommagement figure le devis des réparations. Lors de la présentation de celui-ci, nous avons observé dans notre structure d'accueil qu'à peu près, à 80% des cas, les victimes proposent des montants nettement supérieurs à la valeur même du véhicule. L'assurance automobile est soumise au principe indemnitaire et ces devis font le plus souvent l'objet d'une demande en expertise pour que l'assuré soit remis le plus exactement possible dans ses droits.

Les sinistres réels déclarés à une fausse date (les anti-datés). Dans ce cas, l'assuré victime ou auteur d'un sinistre non couvert, souscrit un contrat ou une garantie complémentaire, et déclare le sinistre à une date postérieure.

Les faux accidents de circulation. Ils permettent à l'assuré d'éviter un 'malus' dans un sinistre dont il est responsable (impact contre un corps fixe), en déclarant un accident de parking, sans tiers identifié. L'assuré peut aussi se déclarer responsable d'un accident, afin de faire prendre en charge des réparations d'un véhicule accidenté antérieurement, ou pour faire indemniser les dommages d'un tiers qui est son complice ; ce dernier cas est fréquent lorsqu'un véhicule de location est en cause.

Pour les véhicules assurés en dommage avec une garantie vol, on assiste le plus souvent aux faux vols automobiles dans le but d'obtenir un remboursement de dommages non couverts, de faire rembourser des réparations importantes, pour faire face à un crédit aux remboursements trop élevés, ou de se défaire d'un véhicule difficile à vendre. Toujours en dommage, la fraude consiste en l'acquisition d'un véhicule assuré en tous risques, puis déclarer accidenter afin de recevoir sa valeur vénale. Cette machination est utilisée le plus souvent par quelques garagistes peu scrupuleux.

Les fraudes après la survenance du sinistre sont tellement fréquentes, qu'elles tendent à se banaliser. Acceptées par un grand nombre de citoyens, pratiquées le plus souvent par des particuliers délinquants, l'ensemble de ces petites fraudes coûtent cher à l'assurance. Après la survenance d'un sinistre, l'assuré est souvent tenté de modifier les circonstances de la survenance de celui-ci ou bien modifier la garantie.

Dans ce cas, le sinistre se produit dans des conditions qui n'ouvrent pas droit à la garantie. En effet, l'assuré falsifie la réalité afin d'obtenir l'indemnité évitant que l'assureur

n'invoque une exclusion de risques ou une fausse déclaration soit sur la date ou l'heure de l'accident afin de faire jouer la garantie, soit encore sur les conditions de réalisation du sinistre. Nous citons à titre d'exemple, les substitutions de conducteurs, où l'auteur de l'accident, non titulaire d'un permis, se fait passer pour le passager. Aussi, en cas d'accident survenu sans tiers identifié, l'assuré peut trouver un complice qui accepte de participer à cet accident. La fraude s'observe aussi en sinistre corporel.

2. Les sinistres corporels automobiles

Il arrive souvent à la suite d'un accident de circulation, l'assuré peut causer non seulement des dommages matériels mais aussi des dommages de nature corporels. C'est l'exemple de deux véhicules qui entrent en collision et qui causent d'énormes dégâts matériels et corporel allant jusqu'au décès des personnes à bord ou un piéton par exemple. L'assureur est dans l'obligation de prendre en charge ce sinistre lorsque son assuré est mis en cause conformément aux dispositions de l'**article 225 et suivant** du code CIMA.

A l'occasion d'un sinistre corporel lorsque la victime est décédée, on assiste le plus souvent à la confection des fausses cartes d'identité, des faux actes de naissance ainsi que l'augmentation des ayants droit de la victime. Il peut y arriver aussi que le contrat d'assurance ait été souscrit après la réalisation du sinistre pour bénéficier du montant d'indemnité.

Un cas de fraude à l'assurance sur un sinistre corporel nous a été relaté lors d'un entretien que nous a accordé un responsable d'une compagnie de la place. Il s'agissait en l'espèce de l'introduction d'un faux dossier sinistre corporel par un huissier qui était de connivence avec des individus malhonnêtes. Dans les faits, il y'a eu bien accident, mais la personne n'était pas décédé. Les malfrats l'ont présenté comme étant morte. Après échec de la tentative, quelques années plus tard, le même dossier a été réintroduit au titre des réparations des préjudices corporels en l'occurrence une invalidité permanente. La vigilance du régleur sinistre avait permis de détecter ce scénario et les fraudeurs furent traduits en justice.

On peut aussi assister au versement d'indemnités à des faux ayants droit en lieu et place des véritables bénéficiaires. Toujours lors de nos entretiens il nous a été relaté ce type de fraude. Un sinistre CEDEAO qui a occasionné le versement d'une indemnité de presque 25 000 000 de FCA. Ce qui est une perte énorme pour l'assureur.

B. En risque divers et Transport

Dans les branches risques divers les cas de fraude à l'assurance ont une fréquence un peu plus faible, mais on rencontre tout de même des cas bien précis. Par contre, en transport les possibilités de réalisation de fraude sont fréquentes. C'est ainsi que les assurés et quelques personnes peu scrupuleuses font de cette pratique monnaie courante.

Dans la couverture incendie, les incendies volontaires rencontrés dans les entreprises en difficultés financières, ou concernant des biens difficiles à vendre devient de plus en plus un problème sérieux. Les récurrents incendies qui se déclarent dans les marchés et quelques centres commerciaux de la capitale du Niger en sont une parfaite illustration.

En garantie vol, on assiste aussi à des faux cambriolages dans lesquels l'assuré met en scène un vol dans sa maison ou entreprise dans le but d'obtenir l'indemnisation d'objets qu'il n'a jamais possédés ou qu'il a dissimulés. Il peut aussi déclarer le vol ou la perte d'un bijou, qu'il a préalablement vendu ou oublié volontairement dans un lieu sûr. L'assuré peut aussi obtenir une indemnité pour le vol d'un objet de valeur ayant fait l'objet d'une expertise préalable, mais dont l'assuré n'a en réalité jamais été propriétaire²².

L'individuel accident connaît aussi quelques scénarios de fraude notamment les fausses déclarations. Elles se traduisent par des arrêts de travail de complaisance fréquents permettant d'obtenir des indemnités journalières indues, des faux certificats ou de complaisance concernant des taux d'incapacité établis à un niveau plus élevé que la réalité, avec une simulation d'invalidité par l'assuré lors des contrôles ou expertises.

En multirisques habitation, il existe de nombreuses possibilités de fraude quant aux circonstances du dommage. L'assuré peut ainsi, modifier la date et l'heure du sinistre pour faire jouer la garantie vol, incendie ou autres. Il peut également être l'auteur du dommage et devenir la victime du sinistre provoqué par une autre personne complice, afin de faire jouer son assurance responsabilité civile.

Dans la branche transport, les risques de fraude sont énormes vu que le Niger est un pays enclavé et que la plus part des marchandises transportées transitent vers les ports des pays voisins comme le Bénin, le Togo, la Côte d'Ivoire, le Ghana, etc. Il arrive donc souvent qu'une marchandise transportée arrive dans le port de transit avec des avaries. Etant donné que l'assureur réside au Niger, il se pose un petit problème de vérification effective par celui-ci de la réalité des dommages. Les assureurs se contentent de faire confiance aux experts qui se trouvent dans le pays d'accueil des marchandises assurées.

²² N'DOBO Basile, Cours d'assurance des risques divers IIA Yaoundé 2015

En dehors de ce petit dilemme, il existe des cas de fraude à l'assurance en transport terrestre comme l'illustre quelques cas que nous avons eus lors de nos entretiens. C'est l'exemple d'un camion-citerne d'une quantité de 45 000 litres qui transportait du carburant et quittant le Niger vers le Togo, dont l'assuré déclara la survenance du sinistre en cours de route. Après investigation, il se trouve que non seulement le sinistre n'avait pas eu lieu, mais aussi ledit camion n'avait même pas quitté le pays.

Un autre cas semblable avait eu lieu cette fois ci en territoire burkinabè. Un faux sinistre qui avait occasionné le paiement d'une indemnité de près de 50 millions de FCFA sur la base des faux documents notamment un faux PV établi par les autorités de la gendarmerie. Ces quelques cas démontrent combien la branche Transport est exposée à des sérieux risques de fraude à l'assurance.

Paragraphe 2 : La fraude en assurance maladie

Les fraudes en assurance maladie sont possibles aussi bien lors de la conclusion du contrat que lors de son exécution. Aussi varient-elles selon le système de gestion. Par ailleurs les fraudes sont dues à diverses raisons telles que : la famille ou même plus encore la solidarité africaine qui fait que l'on veut aider ses connaissances à se faire soigner, la faiblesse des revenus d'un assuré qui peut pousser ce dernier à faire de la fraude pour se procurer de l'argent.

A. La fraude en début du contrat

Selon l'article 12 alinéa 2 du code CIMA « l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ». Il est question ici des circonstances connues de l'assuré ; ce qui exclut donc les circonstances que l'assuré ne pouvait connaître. En outre s'entend par circonstances de nature à faire apprécier le risque, celles qui influent sur le taux de prime. A ce niveau, en maladie, ce pourrait être l'âge, les antécédents médicaux de l'assuré ; les maladies présentes ou passées, celles qui intéressent l'assureur parce qu'elles ont un rapport avec la diligence ou la moralité de l'assuré notamment les informations données par le précédent assureur. Malgré toutes les tentatives juridiques ayant pour but d'encadrer les relations contractuelles, force est de constater aujourd'hui, que le problème des fausses déclarations

n'est malheureusement pas résolu en Assurance. En effet, les assurés continuent d'occulter leur réel état de santé dans la déclaration du risque.

Il devient alors difficile voire impossible pour l'assureur et le médecin conseil de faire une appréciation objective du risque à garantir. Les antécédents médicaux qui peuvent avoir une influence sur l'état de santé prochain sont également occultés par les assurés.

L'autre aspect qui caractérise la fraude en assurance maladie c'est le problème d'anti-sélection à la souscription. En effet, l'anti-sélection est le fait, pour un échantillon de la population ou pour un groupe donné, de ne proposer à l'adhésion du contrat maladie, que les personnes dont la morbidité est généralement élevée, ou qui doivent faire face à un traitement lourd²³. Lorsqu'elle n'est pas bien contrôlée, l'anti-sélection a pour conséquence des niveaux de sinistre plus élevés que prévu. En assurance maladie, les cas de fraude les plus fréquents s'observent lors de l'exécution du contrat.

B. La fraude en cours d'exécution du contrat

La fraude à l'assurance lors de l'exécution du contrat peut provenir soit des bénéficiaires eux même soit des médecins chargés de leur administrer les soins.

1. Les fraudes provenant des bénéficiaires du contrat

Les fraudes du bénéficiaire se caractérisent par l'aléa moral, la substitution de personne, les factures fictives et la modification de la nature de la maladie sur la feuille de soins.

- **L'aléa moral**

Le fait d'être assuré influence le comportement en matière de risque. La prise en charge des risques par l'assureur peut en effet diluer les responsabilités individuelles et décourager la prévention²⁴. Quelqu'un qui est couvert par un contrat d'assurance maladie par exemple sera enclin à se faire hospitaliser pour subir un traitement qui n'est pas strictement nécessaire ou plus onéreux. Ainsi, à côté du risque normal assuré, naît un risque supplémentaire, le risque ou aléa moral. Heureusement que les assureurs restent vigilants en mettant des garde-fous pour tenter de se protéger comme par exemple le plafonnement.

- **La substitution de personne**

C'est le fait qu'un assuré fasse bénéficier à un tiers de son assurance maladie, ce dernier n'y ayant pas droit en réalité, et cela dit-on par « solidarité ». En effet, il s'agit de la situation où l'assuré fait soigner sous le couvert de son nom, un parent ou une connaissance.

²³N'DOBO Basile, Cours d'assurance des risques divers IIA Yaoundé 2015

²⁴ Konan Eugène KOUADIO, cours de Généralités et bases techniques de l'assurance mars 2015, Page 78

Alors les dépenses sont à la charge de l'assureur, ce qui ne devrait être le cas. Cette pratique est généralement rencontrée en cas d'hospitalisation.

- **Les factures de prestation fictives**

Dans ce cas, il n'y a ni acte médical, ni frais pharmaceutiques réels exposés ; mais l'assuré se présente avec des factures fictives qu'il a pu se faire concocter par l'aide de certains médecins et pharmaciens véreux.

- **La modification des informations sur la feuille de soin**

C'est le cas où l'assuré étant conscient de ce que, le contrat présente des exclusions soit en raison du délai de carence (si ce délai de carence court encore) ou d'office, une infection précise, demande alors au médecin traitant de modifier la nature de la maladie traitée sur la feuille de soins. A cette manœuvre, peut s'ajouter le changement de la date de la prestation surtout lorsque la prestation a lieu pendant le délai de carence et que l'assuré tient à se faire rembourser. Il arrive aussi que certains pharmaciens acceptent de substituer un produit prescrit sur l'ordonnance par un produit exclu de la garantie.

2. La fraude provenant du corps médical

Les règles déontologiques du métier de la santé n'empêchent guère le corps médical à se livrer aux manœuvres frauduleuses en assurance. C'est ainsi qu'ils se livrent à des surfacturations et a des attitudes contraires à la déontologie. Les médecins des cliniques privées se rendant compte de la couverture maladie ont tendance à surfacturer les prestations fournies à l'assuré.

Les cliniques privées qui soignent les assurés ont tendance à rallonger la durée d'hospitalisation des patients parce qu'ils sont conscient de l'enjeu financier. Ils gagneraient plus d'argent alors que l'état de santé de l'assuré ne nécessite même pas son hospitalisation.

Ces différentes énumérations des scénarios de fraude que nous venons de faire ne sont pas limitatives. L'assurance apparaît comme une cible privilégiée pour les fraudeurs qui tirent, des profits considérables de cette activité, dont l'ensemble des assurés supportent le coût. C'est pour cette raison qu'il est du devoir des assureurs d'entreprendre des actions leur permettant de maîtriser la situation.

Les assureurs étant conscient des enjeux font tout de même de leur mieux pour la contrer. Mais avant tout, la réglementation avait déjà prévue quelques mesures à travers le code CIMA. Ces différents aspects feront alors l'objet de notre deuxième section.

Section II : Les moyens d'action des assureurs

Nous étudierons tout d'abord les mesures existantes telles que prévues par le code CIMA dans un premier paragraphe avant de voir celles que les assureurs et intermédiaires entreprennent dans un deuxième paragraphe.

Paragraphe 1 : Les mesures existantes

Les mesures de prévention existantes sont précisément celles qui sont prévues par le code CIMA. L'expertise est aussi un moyen efficace qui contribue à la prévention et à la réduction des cas de fraude à l'assurance.

A. Les dispositions du code CIMA en cas de fraude

L'on sait bien sûr que : cacher des informations à l'assureur et qui sont de nature à lui permettre une bonne appréciation du risque qu'il assure peuvent être considérées comme de la fraude à l'assurance. Le code CIMA a donc à travers les **articles 18 et 19** prévu des sanctions qui s'appliquent en cas de fausses déclarations intentionnelles ou non intentionnelles de la part de l'assuré. Il prévoit également les cas de sur-assurance, d'assurances cumulatives et de sous-assurance à travers respectivement les **articles 33, 34 et 35 du code CIMA**.

- **La fausse déclaration intentionnelle (article 18 du code CIMA)**

Selon l'**article 18 alinéa 1^{er}** du code CIMA, « 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 ». La nullité du contrat est conditionnée par certains éléments limitativement énumérés²⁵. La fausse déclaration peut alors être découverte lors de la souscription du contrat ou lors de la visite après un sinistre, elle entraîne de toute manière la nullité du contrat. Lorsque l'assureur a déjà indemnisé l'assuré, il a le droit d'agir en répétitions de l'indu.

- **La fausse déclaration non intentionnelle (article 19 du code CIMA)**

De toute évidence, elle n'entraîne pas la nullité du contrat (**article 19 alinéa 1^{er}**). Lorsque la fausse déclaration est constatée avant sinistre, l'assureur a le droit de maintenir le contrat

²⁵ Voir Cours du droit des contrats d'assurance, YIGBEDECK Zacharie, Février 2015.

moyennant une augmentation de la prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat **dix (10) jours** après notification adressée à l'assuré (**article 19 alinéa 2**).

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'assureur applique la règle proportionnelle.

- **La sur-assurance (article 33 du code CIMA)**

C'est le fait qu'une assurance soit consentie pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée. Et lorsqu'il y a eu dol ou fraude, l'une des parties peut demander la nullité du contrat et réclamer par la même occasion des dommages et intérêts.

- **Les assurances cumulatives (article 34 du code CIMA)**

Il y a assurances cumulatives lorsque l'assuré contracte deux ou plusieurs contrats d'assurance sur un même risque auprès de plusieurs assureurs. L'assuré a donc l'obligation de tenir informé chacun des assureurs auprès desquels il a contracté ces contrats sous peine de s'exposer à des sanctions. Selon le **3^{ème} alinéa de l'article 34**, quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'**article 33 alinéa 1^{er}** sont applicables.

B. Le rôle majeur de l'expertise dans la détection de la fraude

L'expertise joue un rôle de premier plan dans la détection et la prévention de la fraude à l'assurance. Ce processus est souvent un passage obligé pour les assureurs en raison des mauvais comportements des assurés en forte recrudescence à la suite d'un sinistre. Elle permet ainsi à l'assureur de vérifier non seulement l'exactitude de la survenance du sinistre à lui déclaré, mais aussi l'évaluation du montant exacte du dommage. A ce titre, l'expertise permet enfin le respect du principe indemnitaire qui caractérise la plus part des contrats de la branche IARD.

Face à un sinistre déclaré par l'assuré, le gestionnaire sinistre n'a souvent aucune idée du juste montant de l'indemnisation et doit décider par conséquent de soumettre le dossier à l'appréciation de l'expert. Les experts sont toujours missionnés en présence de sinistres complexes ou à fort enjeux financiers. La principale mission de l'expert en sinistres est de rechercher toute omission ou fausse déclaration avant de décider si le demandeur remplit les critères de validité du sinistre. L'expert fera diverses recherches en utilisant toutes les ressources à sa disposition. L'objectif de l'assureur est d'indemniser rapidement tous les sinistres valides et de rejeter les sinistres injustifiés ou frauduleux.

C. L'emploi des enquêteurs privés

Certaines compagnies disposent de leur propre service d'enquête qui est chargé des missions d'investigation les plus diverses et examine, dans ce cadre, les choses d'un peu plus près notamment dans les affaires douteuses. Ces enquêteurs sont des simples civils appelés « inspecteurs de fraude » qui agissent très secrètement pour rassembler le plus d'informations possible pour prouver le caractère frauduleux de la déclaration de sinistre.

Paragraphe 2 : Les actions qu'entreprennent les assureurs pour prévenir la fraude

La sélection des risques apparaît comme le moyen le plus efficace pour les assureurs de limiter la propagation du phénomène de fraude. Au-delà, les assureurs adoptent quelques méthodes de gestion et se dotent des outils leur permettant de mener à bien la gestion des risques que la mutualité des assurés leur a confié.

A. La sélection des risques

A la base, le mécanisme de l'assurance implique une solidarité entre les victimes de sinistres et ceux qui ont la chance de ne pas être sinistrés. L'observation montre que dans la plupart des branches d'assurances un nombre important de sinistres est causé par les assurés malhonnêtes. C'est pour cette raison qu'il est du devoir de l'assureur de n'accepter que les assurés ayant une bonne moralité. Cela fait d'ailleurs partie de la responsabilité des services production et plus spécialement du service de la surveillance du portefeuille, de repérer les assurés et les catégories d'assurés dont les déclarations de sinistre sont anormalement fréquentes.

Les assureurs font de plus en plus d'effort de sélection des risques parce que conscients des enjeux. C'est ainsi que au Niger certaines compagnies d'assurance refusent catégoriquement d'assurer une certaine catégorie de risque comme les taxis, les transporteurs inter-urbains ou même une catégorie d'ethnie. En branche transport par exemple, certains assurés qui s'adonnent à cette activité bien connu pour leur comportement frauduleux font l'objet d'une sélection rigoureuse. Ils présentent une sinistralité très élevée, c'est donc de bonne guerre que ces assureurs refusent d'accepter de les couvrir pour le bien de la mutualité.

Si personne ne nie que l'assureur doit sévir contre les fraudeurs dont les tricheries pénalisent l'ensemble des assurés, l'exclusion de certaines catégories d'assurés à sinistralité aggravée pose, elle, problème. La plupart des assureurs africains s'efforcent, pour améliorer leurs résultats de certaines branches comme l'automobile et donc pouvoir proposer des tarifs plus bas que leurs concurrents, de procéder par la sélection des risques.

En France par exemple, les refus d'assurances pratiqués par les assureurs soucieux de sélectionner leur clientèle trouvent parfois une réponse par la création d'assureurs spécialisés, dans la garantie des risques aggravés et qui réintroduisent ces risques dans une mutualité plus homogène de risques « lourds ».

La sélection des risques permet non seulement à l'assureur de se mettre à l'abri des fraudeurs, mais aussi, elle s'impose.

En dehors de la sélection des risques, les assureurs adoptent selon l'exigence de leur politique de gestion interne quelques modes de gestion permettant de valoriser leur portefeuille, ainsi que de détecter des cas de fraude à l'assurance.

B. Autres méthodes des assureurs œuvrant dans la prévention de la fraude à l'assurance.

Les assureurs dommages sont conscients des enjeux financiers de la fraude et œuvrent par conséquent dans la mise en place de certaines méthodes leur permettant de juguler le problème. C'est dans cette perspective qu'ils adoptent des comportements dans leur politique de gestion qui doivent répondre à certaines de leurs préoccupations. Si certaines mesures de prévention sont entreprises lors de l'établissement du contrat d'assurance, d'autres par contre le sont au moment du règlement du sinistre.

Les assureurs font aussi de l'externalisation de gestion de certains contrats de leur portefeuille à d'autres structures ou à des courtiers mieux organisés et plus expérimentés une priorité. Nous allons dresser une liste de quelques méthodes.

a) Prévention lors de l'établissement du contrat d'assurance

La sensibilité des contrats d'assurance à la fraude dépend de la façon dont ils ont été conçus. Il est toujours regrettable pour le consommateur qu'un produit d'assurance répondant à un besoin réel soit retiré du marché en raison du nombre d'abus. C'est ainsi que lors de l'établissement du contrat d'assurance, les assureurs agissent sur certains éléments comme :

- **Les franchises**

Chaque assureur sait que les contrats sans franchises ou assortis de franchises négligeables, donnent lieu à beaucoup plus de déclarations de sinistre que les autres. C'est pourquoi, les assureurs essaient de faire en sorte que chaque contrat d'assurance soit assorti d'une franchise. Il n'en reste pas moins que l'instauration d'une franchise exagérée peut avoir un effet contraire et développe plutôt un sentiment de fraude chez l'assuré. En outre, il serait plus judicieux que son montant soit raisonnable.

- **Bonus-malus et bonus pour non sinistre**

Outre la franchise, le fait d'encourir un malus ou la perte d'un bonus pour non-sinistre peut également avoir un effet salutaire. Ce système est plutôt connu en assurance automobile notamment en « RC auto ». Le bonus-malus dissuade bien entendu les assurés par crainte de perdre des avantages que procure le bonus pour non déclaration de sinistre.

b) Prévention lors du règlement du sinistre

Lors du règlement du sinistre, les assureurs sont extrêmement regardants et prêtent une attention particulière sur les éléments d'appréciation des dommages. Ils mènent souvent des enquêtes avec l'appui de certaines connaissances. L'expertise est en général leur moyen de prédilection dans ce cadre.

La sensibilisation du réseau commercial paraît encore une méthode non négligeable. La politique commerciale des compagnies d'assurance a évolué, la qualité l'emportant sur la quantité. Les assureurs incitent les intermédiaires à choisir de façon très fine les affaires qu'ils apportent.

c) Exemple de gestion du portefeuille santé par les courtiers dans le cadre de l'externalisation

Nos séries d'entretiens ce sont aussi intéressées aux intermédiaires d'assurance. C'est ainsi que nous avons été reçu par quelques courtiers comme GRAS SAVOYE²⁶ Niger et ASCOMA qui sont des grands courtiers de renommée internationale avec une expérience de gestion de certains produits d'assurance comme celui de la santé.

La gestion du portefeuille santé dans la compagnie SUNU Assurance IARD Niger a connu quelques évolutions et changements qui sont liés à des cas de fraudes massives détectées. Donc les méthodes de prévention ont variés dans le temps en fonction de l'expérience vécue par l'assureur allant de la distribution des cartes de soin, au système du ticket modérateur. Ces méthodes ont connu des lacunes et ont fait ainsi l'objet de changement. C'est dans ce cadre par contre, que certains assureurs confient la gestion de ces contrats aux courtiers.

ASCOMA²⁷ par exemple, qui gère les contrats de plusieurs compagnies d'assurance au Niger, s'est doté d'un logiciel de gestion santé qui leur avait permis de détecter plusieurs cas de fraude. Ce logiciel permet d'identifier de manière minutieuse tous les assurés bénéficiant du contrat souscrit. Il contient toutes les informations nécessaires. Le courtier l'a installé auprès de toutes les cliniques avec lesquelles il est en partenariat.

²⁶ GRAS SAVOYE : Courtier en assurance

²⁷ ASCOMA : Groupe de courtage d'assurances international et indépendant, leader à Monaco et premier réseau indépendant installé en Afrique sub-saharienne.

CHAPITRE II : PISTES D'ANALYSE ET D'ORIENTATION POUR PREVENIR ET LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la fraude à l'assurance a des conséquences inestimables sur l'activité d'une compagnie d'assurance. C'est pourquoi il est important que les assureurs ainsi que toute personne agissant dans le secteur de l'assurance en soit conscient.

Pour mieux maîtriser le phénomène de fraude, il faut en amont mettre en place des outils d'aide à la détection de celle-ci. Donc pour que la lutte contre la fraude soit efficace, il faudrait d'abord la détecter et ensuite penser à la prévention.

La prévention est le secret de toute lutte contre n'importe quel phénomène de société. N'est-ce pas l'adage français qui exprime en ces termes : « *mieux vaut prévenir que guérir* » ?

Ce chapitre sera l'occasion pour nous d'exposer quelques maillons faibles du secteur de l'assurance qui favorisent de manière considérable la propension de la fraude dans une première section. La deuxième section sera le lieu de faire quelques propositions et recommandations d'approche qui peuvent servir à une meilleure prévention et lutte contre la fraude à l'assurance.

Section I : Les maillons faibles du secteur de l'assurance favorisant la fraude à l'assurance

La réalisation de ce travail de mémoire nous a permis de nous confronter à certaines réalités dans le secteur de l'assurance. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué antérieurement, les assureurs ne disposent pas des données statistiques fiables leur permettant de mesurer l'ampleur de la situation afin de s'armer dans la lutte et la prévention du phénomène de fraude.

Il est aussi regrettable de constater un manque d'organisation et de coordination entre assureurs face à ce phénomène qui touche tout le secteur de l'assurance. Cette situation est un handicap majeur qui n'est pas de nature à faciliter la tâche. Le premier aspect est la première difficulté des assureurs qu'il faille tout de suite corriger.

Paragraphe 1 : Manque de statistiques fiables en matière de fraude à l'assurance

Le principe de l'assurance est fondé sur les statistiques. Cette science est au cœur de l'assurance puisqu'elle en est la base. L'assurance ne peut pas s'en défaire. C'est ainsi par exemple pour mettre sur le marché un produit d'assurance, l'assureur aura besoin des données statistiques qui lui permettront de faire une étude d'ensemble afin de trouver les éléments qui serviront de base de calcul de la prime d'assurance. Les données statistiques lui permettront aussi de se convaincre sur la rentabilité et la profitabilité du produit à mettre en place ainsi que de sa chance de succès sur un marché donné.

La première difficulté à laquelle les assureurs sont confrontés, c'est que la fraude échappe par nature à la statistique. Ce problème n'est pas donc imputable uniquement aux assureurs. Il est toutefois possible qu'en leur sein, les compagnies puissent se constituer une banque de données statistiques des différents cas de fraudes auxquels ils ont eu à traiter ainsi que de leurs coûts. Ils peuvent constituer des fichiers informatiques qui représentent une source de renseignement très utiles à toutes les sociétés d'assurance. Ces fichiers permettront de répertorier principalement les cas de fraudes ainsi que les fraudeurs et faciliteront leur identification.

En conclusion, nous dirions que le phénomène de fraude a certes intéressé et attiré beaucoup de recherches et d'études, mais reste tout de même difficile à quantifier. Ce handicap dû à la quasi-inexistence de statistiques fiables, pose un problème pour l'ensemble des sociétés d'assurances qui ne disposent pas de résultats pertinents, renseignant sur l'ampleur de la fraude.

Nous insistons donc sur l'importance des recherches et des statistiques pour faciliter aux assureurs la tâche et de cerner de façon précise le phénomène de fraude. En effet, les assureurs ont besoin d'éléments plus précis (chiffres, études statistiques...), afin d'éveiller leur conscience quant à la gravité de la fraude et ses effets sur leurs profits et sur le fonctionnement de leurs compagnies. Ceci peut les aider à adopter de plus en plus des techniques de lutte plus efficaces. Le manque d'organisation et de coordination entre assureurs constitue la seconde difficulté pour mener à bien leurs actions communes.

Paragraphe 2 : Le problème d'organisation et de coordination entre assureurs

L'organisation et la coordination est l'une des choses la plus pertinente qui manque au secteur de l'assurance sur la question de la fraude. Non seulement il manque d'informations entre assureurs, mais aussi entre assureurs et assurés.

Pour toute activité, il est nécessaire que les différents intervenants se parlent et s'aident mutuellement. Ceci pour la préservation de leurs intérêts communs.

Nous pouvons ainsi relever quelques vulnérabilités qui découlent du manque d'organisation des assureurs et incitant du coup à la fraude.

- **Le manque d'informations et de contact entre assureurs et assurés :**

Ce qui est constaté le plus souvent est que l'assuré n'entre en contact avec son assureur que pour payer la prime ou pour demander une indemnisation en cas de survenance d'un sinistre. Pourtant, il est important d'attirer l'attention de l'assuré sur le problème de fraude à l'assurance et les sanctions qui en découlent.

Ainsi, pour une meilleure prévention, l'assureur a intérêt à instaurer un dialogue élargi avec l'assuré. Pour cela, il peut faire appel à un intermédiaire qui a pour mission d'engager un tel dialogue et sur différents points. Cet intermédiaire doit s'assurer de la bonne compréhension par l'assuré en ce qui concerne les garanties, les indemnités, les remboursements, les exclusions... Cette meilleure connaissance, de la part des assurés, peut les conduire à chercher à mieux se couvrir et à ne pas penser que l'assureur est le seul responsable d'une indemnité insuffisante. En effet, pour certains gens honnêtes, il existe une mentalité de petit fraudeur ; telle qu'un assuré mal indemnisé représente un fraudeur potentiel : sinistré et volé par son assureur.

En conclusion, nous pensons que c'est aux compagnies d'assurance et aux divers organismes de la profession d'instaurer un climat relationnel franc et d'assurer une information plus large portant sur les mécanismes de l'assurance. Ils doivent viser à améliorer leur image de marque, établir un contrat de manière moins occasionnelle, plus diffuse et plus régulière. Cette politique nous semble efficace et rigoureuse pour faire face aux problèmes de fraude à l'assurance.

- **L'insuffisance d'informations et le manque d'homogénéité des actions entre assureurs**

Il est absolument obligatoire pour toutes les compagnies d'assurance de collaborer sur tout ce qui concerne le problème de fraude. En effet, c'est à travers une centralisation des renseignements détenus par chacune des sociétés, que toutes les autres pourront bénéficier d'une information la plus complète et la plus efficace possible et leurs études deviennent plus performantes en les alimentant systématiquement des données qu'ils sont à même de recevoir.

Les assureurs peuvent se doter d'une messagerie, une sorte de forum pour se consulter et avoir des informations sur tel ou tel assuré. Lorsqu'un assureur a un doute, il

peut poser une question à l'ensemble des adhérents. Par exemple: «Est ce que telle personne a déjà eu un sinistre douteux? » les autres assureurs répondent par rapport à leur base de données. Ce système d'information peut être utilisé aussi bien lors de la souscription d'un contrat d'assurance par un assuré que lors de la déclaration d'un sinistre à l'assureur.

Les compagnies doivent avoir un comportement homogène en ce qui concerne leurs actions anti-fraude. En effet, ces compagnies d'assurances peuvent suivre toutes et obligatoirement un même règlement qui va dans le sens de la prévention, de l'observation et de l'éclaircissement de la fraude. Hélas cette homogénéité n'est malheureusement pas le quotidien des assureurs africains en général. Le seul point commun entre les assureurs africains est le refus de payer ce qui n'est pas dû. Au-delà, chacun agit à son propre intérêt et à sa propre manière.

Ceci étant, nous allons passer à quelques propositions et suggestions d'approches qui peuvent aller dans le sens des mesures que les assureurs peuvent prendre pour recadrer et pousser plus loin leurs réflexions.

Section II : Quelques propositions et suggestions d'approches

Après nous être appesanti sur quelques difficultés ou faiblesses du secteur de l'assurance qui favorisent l'instauration d'un sentiment de fraude auprès des différents acteurs concernés dans la précédente section, nous allons à présent nous consacrer à donner quelques orientations utiles qui peuvent servir de guide.

Cependant, nous allons d'abord exposer sous forme de propositions, quelques outils d'aide à la détection et à la prévention de la fraude à l'assurance en gestion des sinistres dans un premier paragraphe ; ensuite envisager d'autres perspectives d'avenir dans le deuxième paragraphe.

Paragraphe 1 : Les outils d'aide à la détection et à la prévention de la fraude en gestion des sinistres IARD

Dans le cadre de leurs actions de lutte et de prévention de la fraude à l'assurance, les compagnies d'assurances doivent se doter d'outils d'aide pour plus d'efficacité et de dynamique. Nous avons pensé à quelques moyens et méthodes qui peuvent ainsi être envisagés. A cet effet, nous recommandons aux compagnies d'assurance IARD ces quelques approches qui selon nous, serviront de base et permettront de conscientiser le phénomène de fraude dans le secteur de l'assurance. Ainsi pour mieux détecter et prévenir la fraude, il faut :

- **Une étude et analyse comme base, pour une politique cohérente :**

Pour détecter les cas de fraude à l'assurance, il faut tout d'abord mener une étude qui servira de base à toute politique de prévention. Il s'agira d'analyser les formes de fraude dans les branches que la compagnie juge plus exposées, en vue de mettre en places les moyens de lutte appropriés. Outre cette approche « verticale », l'assureur peut mener une politique « horizontale », c'est-à-dire valable pour toutes les branches simultanément, afin de :

- ✓ renforcer l'efficacité des mesures existantes (formation à la prévention d'une manière générale, complétée par des instructions spécifiques pour chaque branche, à l'intention des services commerciaux et des gestionnaires de sinistres ; formation spéciale aux techniques comptables permettant de déceler les tentatives de fraude) ;
- ✓ renforcer la concertation avec les pouvoirs publics, aussi bien en matière de prévention de la fraude (contrôle des documents du véhicule etc.) qu'en matière de sanctions en cas de fraude.

- **Fournir un meilleur service au niveau des procédures et du traitement des sinistres :**

Le service sinistre n'est pas le plus aimé des assurés pour cause des procédures qu'ils jugent souvent trop longue et fastidieuses. Du coup, fournir aux assurés un meilleur service au niveau des procédures et du traitement des sinistres permet d'obtenir un retour positif des clients qui permettra ainsi de les fidéliser et de dissuader la fraude individuelle. Cette approche peut être salutaire puisque après tout, c'est l'assureur qui gagnerait en termes de valeur ajoutée.

- **Utiliser les outils avancés d'analyse afin de se concentrer davantage sur la détection et la lutte contre la fraude :**

Il y'a des stratégies clés que les compagnies d'assurance peuvent adopter afin de mieux détecter les cas de fraudes multiples (des cas simples aux plus complexes et plus organisés). On peut citer entre autre stratégies :

- ✓ stratégies pour la détection des anomalies :

Les compagnies d'assurance IARD peuvent adopter des règles qui permettent de mettre en évidence des irrégularités au niveau des traitements de sinistres ; comparer les sinistres en fonction des différents types de fraude ; déterminer s'il faut remonter les anomalies pour investigation par le personnel en charge.

Des méthodes plus sophistiquées peuvent exister afin de détecter ce type d'anomalies, tout en permettant aux assureurs d'économiser de l'argent, du temps et des efforts.

✓ les méthodes prédictives :

Les compagnies d'assurance IARD peuvent aussi utiliser des méthodes d'analyse prédictives afin d'étudier l'historique des traitements de sinistres frauduleux et identifier des facteurs de prévention de fraude. L'objectif est de détecter les fraudes potentielles le plus en amont possible dans le processus de traitement des sinistres afin de réduire le versement d'indemnités aux fraudeurs.

✓ utiliser les nouvelles technologies (NTIC) :

De nos jours, la technologie est devenue le moyen nécessaire et incontournable dans le monde des affaires ainsi que professionnel. Il serait très utile si les assureurs se dotent des logiciels informatiques pour la détection des anomalies dans la gestion des sinistres.

✓ enfin, intervenir avec le suivi de ces stratégies :

L'aspect le plus changeant dans les stratégies de détection de la fraude est la capacité d'exécuter divers outils d'analyse ensemble, ainsi que la capacité de les exécuter durant le processus de traitement des sinistres. Il est donc efficace d'intégrer un indicateur global de fraude dans le processus de traitement des sinistres. Un risque avéré doit mener vers un traitement spécifique par une équipe bien formée, capable d'investiguer et de gérer les interactions avec l'assuré.

Ces moyens ne représentent pas la seule alternative pour penser résoudre définitivement le problème de fraude à l'assurance, d'autres perspectives d'avenir peuvent être envisagées dans le but de renforcer et de mieux cadrer les moyens de lutte.

Paragraphe 2 : Les autres perspectives d'avenir à envisager

Ce dernier paragraphe nous permettra d'exposer d'autres perspectives d'avenir pour une bonne synergie dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la fraude à l'assurance. Cependant, les assureurs doivent impérativement professionnaliser la lutte contre la fraude à l'assurance, créer des organismes spécialisés et participer enfin à la formation et à la sensibilisation des différents acteurs.

Ces autres perspectives peuvent selon nous être des méthodes simples et efficaces qui peuvent aider à optimiser le « ratio combiné fraude²⁸ » de chaque compagnie d'assurance.

- **La création d'un organisme professionnel qui se chargerait de la question de la fraude à l'assurance**

Pendant la réalisation de ce travail de mémoire, nous avons pu nous rendre à l'évidence qu'il n'existe pas de cellule dédiée à la lutte contre la fraude à l'assurance au niveau des compagnies d'assurance. Il faudrait donc que les compagnies se ressaisissent et penser créer au niveau des services sinistres des cellules anti-fraude.

Au-delà, le Comité des Assureurs du Niger doit mener des réflexions en vue de la création d'un organisme professionnel sur la plan national qui se chargerait de la question de la fraude à l'image des assureurs français avec ALFA²⁹ dont nous trouvons l'action et la coordination très salutare.

« L'agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance s'est d'abord développée aux Etats-Unis et au Canada, premiers pays à avoir pris conscience du problème de la fraude. C'est ainsi qu'en France, la création d'un organisme officiel représentatif de la profession de l'assurance est devenue une nécessité. En effet, pour pallier la carence des pouvoirs publics afin de saisir un phénomène ne cessant de se développer et ne pouvant être abandonné, les assureurs ont mis en place, le 1^{er} janvier 1989, l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) sous la forme juridique d'une association sans but lucratif.

ALFA a pour vocation de protéger les assureurs et les assurés contre la fraude. A ce titre, elle s'inscrit dans une perspective d'intérêt général. Elle a pour mission de doter les entreprises d'assurance d'une structure opérationnelle anti-fraude destinée à leur fournir sur le plan national les moyens centralisés :

- ✓ *d'un service d'enquête ;*
- ✓ *d'une information inter-assurances ;*
- ✓ *d'une interface avec les pouvoirs,*
- ✓ *d'une action d'étude et de réflexion, de formation et de sensibilisation »³⁰*

²⁸ Le ratio combiné fraude défini de la façon suivante : Montant des pertes + Frais divers engagés / Total des primes

²⁹ ALFA : Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance

³⁰ Source : Thèse professionnelle ; Une analyse économique et expérimentale de la fraude à l'assurance et de l'audit, Sameh BORGHI ; Université Panthéon-Sorbonne – Paris I 2006, Page 31

Nous pensons que la mise en place d'un tel organisme identique par les compagnies d'assurance leur permettrait de mieux coordonner leurs actions de lutte en synergie, c'est vraiment un modèle à prendre par nos compagnies africaines.

Les autres perspectives à envisager seraient l'organisation des méthodes de formation et de sensibilisation des différents acteurs du secteur de l'assurance. Il est aussi capital que les assureurs envisagent les répressions pénales.

- **La formation et la sensibilisation des acteurs**

Il ne servirait à rien d'investir dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la fraude si les différents acteurs ne sont pas conscientiser de l'ampleur du phénomène. Les assureurs IARD doivent organiser des formations continues, des séminaires et des publications sur le thème de fraude. Les formations ainsi que les séances de sensibilisation doivent impliquer tout monde allant des assurés eux même, aux intermédiaires ainsi que le pouvoir public. Les assurés doivent être formés et sensibiliser parce que l'une des principales caractéristique de la fraude à l'assurance tient au fait qu'au-delà des compagnies, elle atteint aussi les assurés dans leur ensemble.

En outre, les professionnels d'assurance, ont eux-mêmes besoin d'être sensibilisés de l'ampleur et du danger du problème de fraude dont les tentatives de lutte s'avèrent marginalisées par rapport aux objectifs de profits et d'image de marque.

Les compagnies d'assurance IARD doivent surtout mettre l'accent sur la formation et la sensibilisation du réseau de distribution qui doivent eux aussi comprendre que lorsque les affaires qu'ils apportent sont constituées de mauvais assurés, c'est toute leur crédibilité qui sera remise en cause et perdant du coup la confiance de l'assureur.

La politique commerciale des compagnies d'assurance IARD doit changer, au lieu de calculer la commission uniquement sur le chiffre d'affaires, les compagnies peuvent inclure désormais la charge financière que représentent les sinistres en ligne de compte, ce qui inciterait les intermédiaires à se désintéresser des risques peu fiables.

- **La nécessité d'envisager la répression pénale**

Les assureurs doivent sérieusement envisager d'accroître leurs moyens de lutte en mettant l'accent sur la répression pénale. Il est vrai que des possibilités de sanctions sont déjà envisagées par le code CIMA qu'il s'agisse de la fraude dans la conclusion du contrat ou dans son exécution par l'application de la règle proportionnelle ou de la déchéance.

Le délit de fraude à l'assurance étant donné qu'il reçoit le qualificatif d' « escroquerie », les assureurs doivent saisir les tribunaux et faire jouer les dispositions du code pénal en la matière.

CONCLUSION GENERALE

Les compagnies d'assurance IARD font face à un énorme défi de performance et de rentabilité économique dans un environnement hautement concurrentiel. Elles doivent cependant relever ce défi pour redorer le blason de leur activité.

La gestion performante et efficace des sinistres en assurance IARD apparaît par conséquent comme le moyen de prédilection dans cette lutte acharnée pour l'atteinte des objectifs que les assureurs se sont fixés. Mais force est de reconnaître que cette tâche n'est pas l'une des plus faciles à assumer sans difficulté. Pourtant, les assureurs doivent y consacrer toute leur énergie pour accomplir leur devoir et respecter leurs engagements vis-à-vis des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurance. Nous y avons consacré de temps dans les quelques lignes de notre chapitre préliminaire.

Bien entendu, parmi les difficultés rencontrées par les assureurs IARD dans le cadre de la gestion des sinistres figure en première ligne la lutte contre la fraude à l'assurance. Véritable casse-tête des assureurs aujourd'hui, la fraude est un concept qui a vu le jour en même temps que l'assurance. Elle n'est généralement pas consacrée en tant que telle par un texte légal.

Ainsi il convient de noter que, la fraude à l'assurance peut intervenir au moment de la souscription d'un contrat d'assurance et prend alors le plus souvent la forme de fausses déclarations relativement aux circonstances permettant à l'assureur d'apprécier l'ampleur du risque. Pour désigner ce genre d'attitude, les assureurs parlent de réticence. Elle peut aussi intervenir postérieurement à la conclusion du contrat et elle est alors susceptible de prendre notamment la forme d'une déclaration de sinistre mensongère quant aux circonstances de celui-ci.

La fraude à l'assurance a des conséquences énormes sur le principe et le fondement même de l'assurance et l'une de ses principales caractéristiques tient au fait qu'au-delà des compagnies elle atteint aussi les assurés dans leurs ensembles, puisque le volume de la fraude influe directement sur le volume des prestations allouées et que du volume de ces prestations dépend la somme des primes devant être perçues. Sa prévention doit intéresser les compagnies aussi pour elles-mêmes que pour la clientèle dont elles dépendent.

Il est aussi d'autres motifs de croire que la fraude à l'assurance mérite qu'on s'y attarde quelque peu. Nous pensons en particulier au volume de fraude que les assureurs s'accordent à considérer comme fort important, bien que de leur propre aveu ils ne disposent pas de chiffres précis.

D'ailleurs très peu d'études statistiques et qualitatives se sont intéressées à l'analyse du problème et de l'efficacité des moyens et des techniques appropriés pour la combattre. Par contre, une littérature très riche et abondante est distinguée dans le domaine qui contribue ainsi donc à la conscientisation.

Face à la fraude, les compagnies d'assurance doivent être structurellement équipées, disposant des moyens techniques suffisants pour faire face à la prévention, ainsi que de disposer des services chargés de sélectionner la clientèle potentielle et des services de sinistres qui ont entre autres pour missions de mettre en place des politiques efficaces de lutte contre ce fléau.

Pour terminer, la lutte contre la fraude à l'assurance est à l'évidence d'actualité. Elle est aussi une nécessité et toutes les contributions à contrer ses effets néfastes sont d'une importance inestimable. De ce fait il sera d'autant mieux que la fraude à l'assurance soit largement et ouvertement débattue par tous les intéressés.

BIBLIOGRAPHIE

I- LEGISLATION

- Code des Assurances de la CIMA édition 2014 ;
- Code Pénal révisé du Niger (13 juin 2003) ;

II- OUVRAGES GENERAUX

- **YEATMAN Jérôme** : Manuel international de l'assurance, Economica 1998 ;
- **YIGBEDEK Zacharie** : L'assurance automobile : Théorie et Pratique, Presses Universitaires de Yaoundé, 3^{ème} édition, 2015 ;

III- ARTICLES ET REVUES

- **ACCENTURE** : *Comment lutter efficacement contre la fraude à l'assurance ?*
- **Business HIGHLIGHT** : *Détection de la fraude aux assurances un levier d'optimisation de la rentabilité et de la satisfaction client ? n°8 février 2012 ;*
- **ERNST & YOUNG** : *La pertinence des investissements technologiques comme levier d'amélioration de la gestion des sinistres ;*

IV- COURS ET MEMOIRES

- **Konan Eugène KOUADIO** : Cours de Généralités et bases techniques de l'assurance GBT, Yaoundé 2015 ;
- **Basile N'DOBO** : Cours d'assurance des Risques Divers IIA, Yaoundé 2015 ;
- **Zacharie YIGBEDEK** : Séminaire de formation approfondie en assurance automobile à l'intention du marché nigérien de l'assurance ;
- **Alia THIAM** : La gestion des sinistres ; outil de performance et de rentabilité d'une compagnie d'assurance IARDT : Cas d'Amsa Assurances Sénégal, IIA 21^{ème} Promotion DESS-A, 2012-2014 ;
- **Sameh BORGHI** : Une analyse économique et expérimentale de la fraude à l'assurance et de l'Audit, Thèse de Doctorat 2006, archives-ouvertes.fr ;

V- WEBOGRAPHIE

- 1- www.google.fr; 2- www.christian-biales.net; 3- www.argusdelassurance.com
- 4- www.cima-afrique.org; 5- www.fanaf.org; 6- <http://fr.wikipedia.org/wiki>

ANNEXES

Annexe 1 : Un extrait des dispositions du code Pénal au Niger (Loi N° 2003-025 du 13 juin 2003 modifiant la loi N° 61-27 du 15 juillet 1961, portant institution du Code Pénal, Journal Officiel spécial N° 4 du 7 avril 2004).

SECTION IV. – Faux en écriture

Art. 152 : Le faux en écriture est l'altération frauduleuse de la vérité de nature à causer un préjudice et commise dans un écrit destiné ou apte à la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des effets de droit.

Art. 153 : Sera puni d'un emprisonnement de cinq à moins de dix ans et d'une amende de 20.000 à 1.000.000 de francs tout fonctionnaire ou officier public, tout agent ou préposé d'une administration publique qui, dans l'exercice de ses fonctions, aura commis un faux :

- soit par falsification matérielle résultant de fausses signatures, contrefaçon ou altération d'écriture ou de signature, fabrication d'acte ou convention formant titre, addition, suppression ou modification apportées après la confection des actes ou écrits dans les déclarations ou faits contenus auxdits actes ou écrits, et qu'ils avaient pour objet de recevoir ou de constater ;

- par fabrication ou dénaturation de la substance ou des circonstances des actes ou écrits, effectuée au moment de leur rédaction, et réalisée en y portant des déclarations ou conventions autres que celles faites ou dictées par les parties, ou en y altérant par des mentions fausses ou des omissions volontaires les faits que l'acte ou l'écrit avait pour objet de constater ou en y constatant comme vrais des faits faux, ou comme avoués des faits qui ne l'étaient pas.

Chapitre II. - ESCROQUERIE

Art.333 : Quiconque, par des manœuvres frauduleuses quelconques, se sera fait remettre ou délivrer, ou aura tenté de se faire remettre ou délivrer, des fonds, des meubles ou des obligations, dispositions, billets, promesses, quittances ou décharges, et aura ainsi escroqué ou tenté d'escroquer tout ou partie de la fortune d'autrui, sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 200.000 francs.

Sont considérés comme manœuvres frauduleuses :

- 1) le simple usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité ;
- 2) les marchandises, artifices, mises en scène, l'intervention d'un tiers ;
- 3) les mensonges, même verbaux, lorsqu'ils constituent des tromperies difficiles à vérifier et de nature à abuser une personne normalement prudente ou même lorsqu'ils émanent de personnes qui, en raison de leurs fonctions ou de leur position sociale, inspirent le respect, la confiance ou la crainte.

Art.335 : Lorsque l'escroquerie aura été commise par une personne ayant fait appel au public, en vue de l'émission d'actions, obligations, bons, parts ou titres quelconques, soit d'une société, soit d'une entreprise commerciale ou industrielle, l'emprisonnement sera de deux à moins de dix ans et l'amende de 100.000 à 5.000.000 francs.

Annexe 2 : Processus de détection de la fraude proposé par Business HIGHLIGHT

Schéma du processus

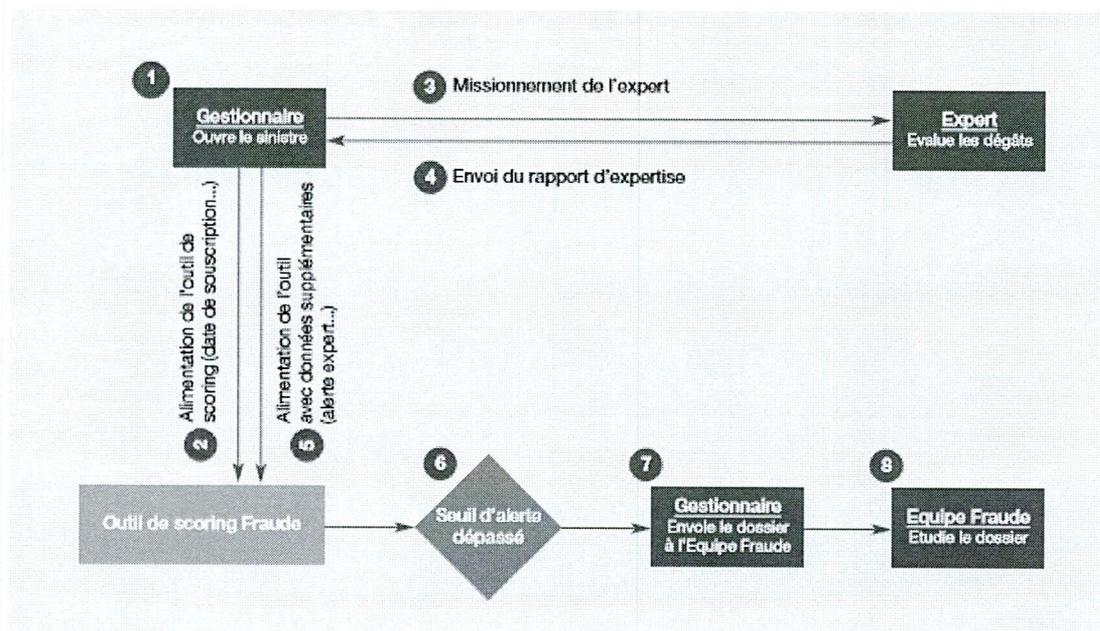


TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
RESUME	vi
ABSTRACT.....	vii
SOMMAIRE	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
Chapitre préliminaire: analyse des concepts de gestion des sinistres et de fraude à l'assurance ...	4
Section I : Analyse conceptuelle de la fonction gestion des sinistres	4
Paragraphe 1 : Définition des concepts	4
Paragraphe 2 : Les intervenants dans la gestion des sinistres	5
A. Le gestionnaire sinistre	5
1. Les compétences nécessaires du gestionnaire de sinistres IARD	6
2. Importance du gestionnaire sinistre dans une compagnie IARD	6
B. L'expert sinistre	7
Paragraphe 3 : La gestion des sinistres, une activité clé dans une société d'assurance	8
A. La gestion des sinistres : outil de protection de l'image et de la réputation.....	8
B. La fidélisation client à travers la gestion des sinistres	9
C. L'amélioration des résultats à travers la gestion des sinistres.....	10
Section II : La notion de la fraude à l'assurance	11
Paragraphe 1 : Définition et types de fraude à l'assurance	11
A. Définition de la fraude	12
B. Les types de fraude à l'assurance.....	13
Paragraphe 2 : Les acteurs de la fraude.....	14
A. Acteurs ayant un lien avec l'entreprise	14
B. Les autres acteurs avec ou sans lien avec l'entreprise.....	15
Paragraphe 3 : Le mobile de la fraude à l'assurance.....	16
PREMIERE PARTIE : LA PROCEDURE DE GESTION DES SINISTRES DANS UNE COMPAGNIE IARD ET L'IMPACT DE LA FRAUDE SUR LA PERFORMANCE	18
CHAPITRE I : Procédure de gestion des sinistres dans une compagnie IARD : Exemple de SUNU Assurances IARD Niger.....	19
Section I : Brève présentation de SUNU Assurances IARD Niger.....	19

Paragraphe 1 : Historique.....	19
Paragraphe 2 : Structure et Organisation.....	20
A. Les organes statutaires	20
B. Les organes exécutifs	20
Paragraphe 3 : Place de SUNU Assurances IARD sur le marché nigérien ainsi que les produits commercialisés.....	21
A. Place de SUNU Assurance IARD sur le marché en 2015.....	21
B. Produits commercialisés.....	21
Section II : Procédure de gestion des sinistres matériels, corporels et risques divers.....	22
Paragraphe 1 : L'ouverture des dossiers	22
A. La réception des déclarations d'accident	22
B. Ouverture du dossier proprement dite.....	23
Paragraphe 2 : Instruction et études des dossiers sinistre.....	24
A. Instruction des dossiers	24
B. Etude des dossiers sinistres et leur traitement	25
C. La nomination de l'expert	26
D. Le cas particulier des sinistres Carte Brune CEDEAO	26
Paragraphe 3 : La clôture du dossier sinistre.....	27
Chapitre II : Impact de la fraude sur la performance d'une compagnie d'assurance IARD	28
Section I : L'impact de la fraude sur la performance économique et financière d'une entreprise	32
Paragraphe 1 : Le cadre d'analyse de cet impact	32
A. Le résultat technique	33
B. L'environnement économique et financier de la compagnie d'assurance.....	34
Paragraphe 2 : Conséquences sur le fonctionnement de l'entreprise	35
A. Problème de célérité dans le traitement des dossiers sinistres	35
B. Atteinte à la réputation de la compagnie d'assurance	36
Section II : Quelques enjeux techniques	36
Paragraphe 1 : Le ratio combiné, indicateur de performance d'une compagnie d'assurance IARD.....	37
A. Définition et utilité du ratio combiné	37
B. Incidence de la fraude sur l'indicateur ratio combiné	37
Paragraphe 2 : Conséquences de la fraude sur les autres éléments techniques et statistiques de l'assurance	38
A. Les facteurs statistiques.....	39
1. Le coût statistique du risque.....	39
2. Le coût moyen des sinistres	39

B. Les facteurs techniques	39
1. Le provisionnement.....	40
2. La mutualité des assurés.....	40
DEUXIEME PARTIE : REFLEXION ET OUTILS D'ANALYSE POUR UNE PREVENTION DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE	41
Chapitre I : Une analyse synthétique des différents scénarios de la fraude à l'assurance.....	43
Section I : Focus sur les branches plus exposées à la fraude.	43
Paragraphe 1 : Les branches automobiles et risques divers	43
A. En automobile	43
1. Les sinistres matériels automobiles.....	44
2. Les sinistres corporels automobiles.....	45
B. En risque divers et Transport	46
Paragraphe 2 : La fraude en assurance maladie	47
A. La fraude en début du contrat.....	47
B. La fraude en cours d'exécution du contrat	48
1. Les fraudes provenant des bénéficiaires du contrat.....	48
2. La fraude provenant du corps médical	49
Section II : Les moyens d'action des assureurs.....	50
Paragraphe 1 : Les mesures existantes	50
A. Les dispositions du code CIMA en cas de fraude	50
B. Le rôle majeur de l'expertise dans la détection de la fraude	51
C. L'emploi des enquêteurs privés	51
Paragraphe 2 : Les actions qu'entreprennent les assureurs pour prévenir la fraude	52
A. La sélection des risques.....	52
B. Autres méthodes des assureurs œuvrant dans la prévention de la fraude à l'assurance.....	53
a) Prévention lors de l'établissement du contrat d'assurance.....	53
b) Prévention lors du règlement du sinistre	54
c) Exemple de gestion du portefeuille santé par les courtiers dans le cadre de l'externalisation.....	54
Chapitre II : Pistes d'analyse et d'orientation pour prévenir et lutter efficacement contre la fraude à l'assurance.....	55
Section I : Les maillons faibles du secteur de l'assurance favorisant la fraude à l'assurance..	55
Paragraphe 1 : Manque de statistiques fiables en matière de fraude à l'assurance	56
Paragraphe 2 : Le problème d'organisation et de coordination entre assureurs.....	56
Section II : Quelques propositions et suggestions d'approches	58
Paragraphe 1 : Les outils d'aide à la détection et à la prévention de la fraude en gestion des sinistres IARD.....	58

Paragraphe 2 : Les autres perspectives d'avenir à envisager	60
CONCLUSION GENERALE.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES.....	66
TABLE DES MATIERES	68

