CONFERENCE INTERAFRICAINE DES MARCHES D'ASSURANCES
(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES
(I.I.A.)

INSTITUTION SPECIALISEE AUTONOME
BP 1575 Tel. 20 71 52 Yaoundé
E-MAIL : iia@syfed.cm.refer.org.

RAPPORT D'ETUDE ET DE STAGE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE :

MAITRISE EN SCIENCES ET TECHNIQUES D'ASSURANCES

(MST-A)

THEME :

LA PROBLEMATIQUE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

PRESENTE ET SOUTENU PAR :

GBEDEMAH EDUGLE EFUI KOTOKU

SOUS LA DIRECTION DE :

MADAME REINHARDT POVI
CHEF DU DEPARTEMENT COMMERCIAL GTA/C2A

CYCLE II, 5ème PROMOTION 2000-2002

DEDICACE

Je rends grâce à Dieu pour tous ses bienfaits.

- A mon employeur,
- A mes parents,
- A mon épouse,
- A mes enfants,
- A mes beaux-parents,

Je dédie ce modeste travail.

REMERCIEMENTS

Je voudrais sincèrement en ce moment où j'achève la rédaction de ce rapport, adresser mes vifs remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ma formation et m'ont guidé dans l'élaboration de ce rapport.

Mes sincères gratitudes vont d'abord à Madame **Reinhardt Povi** qui a dirigé ces recherches avec maestria et perspicacité, malgré ses multiples occupations ;

Mes remerciements vont ensuite à Monsieur **GBIKPI Daté** pour sa contribution non négligeable, et à Madame **BAMAZI N'na** qui a su toujours m'encourager et soutenir ;

Mes profondes gratitudes vont également à Monsieur **Kossi NAMBEA** et à Monsieur **KENOU Djovi**, respectivement Président du conseil d'administration de la société **GTA/C2A** et Directeur des assurances ;

Enfin, que l'Institut International des Assurances et le corps professoral trouvent ici l'expression de ma déférente gratitude pour la qualité de la formation.

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

1. **AF :** Assurance Française
2. **ALFA :** Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance
3. **BDG :** Bris De Glaces
4. **BDM :** Bris De Machines
5. **CAT :** Comité des Assureurs du Togo
6. **CIMA :** Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
7. **COFIRA :** Compagnie de Financement et de Réassurance en Afrique
8. **GTA/C2A :** Groupement Togolais d'Assurances/ Compagnie Africaine d'Assurances
9. **IARDT :** Incendie Accidents Risques Divers et Transports
10. **IIA :** Institut International des Assurances
11. **PSAP :** Provisions pour Sinistres à Payer
12. **PV :** Procès verbal
13. **RCCE :** Responsabilité Civile Chef d'Entreprise
14. **RCCF :** Responsabilité Civile Chef de Famille
15. **TPV :** Transport Public de Voyageurs
16. **SAF :** Service Anti-Fraude
17. **TRC :** Tous Risques Chantiers
18. **TRI :** Tous Risques Informatiques
19. **TRM :** Tous Risques Montages
20. **VTAM :** Véhicules Terrestres à Moteur.

NB : La table des sigles et abréviations est conçue pour permettre la compréhension des sigles et abréviations utilisés dans le présent rapport d'étude et de stage.

AVANT-PROPOS

Lorsqu'il y a environ une quinzaine d'années de cela, jeune bachelier frais émoulu, sorti du lycée technique de Lomé, l'occasion nous a été donnée de travailler dans une grande compagnie d'assurance comme le G.T.A, nous étions, il faut l'avouer, pour le moins circonspect.

Nous n'avions pas d'opinion très tranchée sur le métier d'assurance mais, nous n'étions pas loin de partager celle communément répandue dans le public, selon laquelle il s'agissait d'une profession à l'administration pesante et paperassière où juristes, actuaires, comptables et gestionnaires de sinistres et de contentieux régnaient en maîtres derrière des bureaux encombrés, semi-hermétiques aux réclamations d'une clientèle en situation de demande.

Au fil des quinze années passées dans le métier, nous ne vous surprendrons pas en disant que si ce stéréotype n'était que partiellement justifié, il n'en demeure pas moins vrai que la profession a ses règles et ses techniques que le public ignore souvent à tort ou à raison et que la profession, dans le souci d'une plus grande protection des intérêts des assurés souscripteurs et bénéficiaires des contrats d'assurance, a connu une énorme réforme avec l'avènement d'un nouveau code des assurances dénommé code CIMA.

Par ailleurs, il convient de préciser qu'au terme des dix huit mois de formation théorique à l'Institut International des Assurances de Yaoundé (I.I.A.), il est exigé un stage pratique d'environ six mois dans les structures d'assurance.

Le nôtre s'est déroulé à Lomé du 06 mai au 04 octobre 2002 dans la nouvelle société Groupement Togolais d'Assurance / Compagnie Africaine d'Assurance (GTA/C2A) née d'une fusion des deux compagnies.

Au cours du stage, notre attention a surtout été retenue par la problématique de la fraude à l'assurance dans les sinistres auto corporels.

Qu'il nous soit permis de souligner ici que, la perfection n'étant pas de ce monde, nous restons ouverts aux critiques, à toutes objections et suggestions d'où qu'elles viennent.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1ERE PARTIE : L'EXECUTION DES TACHES DANS LES DIFFERENTS SERVICES.

2EME PARTIE : LA PROBLEMATIQUE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS.

CHAPITRE I : LES MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

SECTION I : Substitution et Augmentation artificielle du nombre des victimes

PARAGRAPHE 1 : Substitution des victimes

PARAGRAPHE 2 : Augmentation artificielle du nombre des victimes

SECTION II : Le faux dans les prescriptions et expertises médicales

PARAGRAPHE 1 : Le faux dans les prescriptions médicales

PARAGRAPHE 2 : Le faux dans les expertises médicales

SECTION III : Souscription frauduleuse après survenance du sinistre avec la complicité des agents d'assurance

PARAGRAPHE 1 : Souscription après sinistre

PARAGRAPHE 2 : Complicité des agents d'assurance dans la réalisation de la fraude

CHAPITRE II : LES SANCTIONS DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

SECTION I : La répression de la fraude à l'assurance au civil

PARAGRAPHE 1 : La preuve de la fraude à l'assurance

PARAGRAPHE 2 : Les sanctions civiles de la fraude dans les sinistres auto corporels

SECTION II : La répression de la fraude à l'assurance au pénal

PARAGRAPHE 1 : Qualification d'escroquerie de la fraude à l'assurance

PARAGRAPHE 2 : Les sanctions pénales applicables

CHAPITRE III : LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

SECTION I : Les mesures internes à la compagnie d'assurance

PARAGRAPHE 1 : Les moyens de détection de la fraude

PARAGRAPHE 2 : La mise en place d'une politique rigoureuse de règlement des sinistres

PARAGRAPHE 3 : Nécéssité d'une structure rationnellement organisée

PARAGRAPHE 4 : L'instauration d'un climat relationnel franc entre assureur/assurés et autres intervenants au processus de règlement des sinistres corporels

SECTION II : Les mesures internes à la corporation

PARAGRAPHE 1 : La mise en place d'un organisme commun de lutte contre la fraude à l' assurance

PARAGRAPHE 2 : Information et sensibilisation des intervenants au pocessus de règlement des sinistres auto corporels

CHAPITRE IV : ANALYSE STATISTIQUE PAR EXTRAPOLATION ET SIMULATION DU PHENOMENE DE LA FRAUDE

A : Tableau statistique établi à partir d'un échantillon de sept faux dossiers sinistres

B : Les éléments de calcul du taux moyen probable de la fraude.

CONCLUSION

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

L'activité d'assurance se définit comme étant «une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération, la prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie, l'assureur, qui prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique»[1]

Cette définition de Joseph Hémard, a le mérite de mettre en exergue les trois éléments essentiels de l'assurance, à savoir le risque, la prime et la prestation de l'assureur.

L'activité d'assurance repose sur l'aléa dans la réalisation du risque garanti (survenance du sinistre) d'une part, et sur les lois de la statistique qui permettent la maîtrise des fluctuations du hasard, d'autre part.

Cependant, ces deux exigences de la technique d'assurance ne sont pas toujours bien comprises des assurés qui assimilent l'assurance à un simple pari avec ce qu'il comporte comme conséquences.

---

[1] M. PICARD ET BESSON : les assurances terrestres Tome 1, 5ème éd. Paris 1982 page 2.

Comme toute entreprise, la compagnie d'assurance doit-elle aussi faire constamment face à divers problèmes. Elle ne trouve son salut que dans la résolution adéquate des problèmes résultant de son fonctionnement et de sa gestion.

Certains de ces problèmes sont propres à une entreprise donnée, tenant à sa structure financière, technique, commerciale ou à ses ressources humaines, à la place qu'elle occupe dans le secteur d'activité dont elle ressort.

D'autres au contraire, sont externes à l'entreprise et se posent avec une certaine acuité, problèmes auxquels l'entreprise se doit d'apporter des solutions appropriées : c'est le cas du problème de la fraude à l'assurance dans les sinistres auto corporels. La fraude à l'assurance est un phénomène réel et constant. Elle coûte chère aux sociétés d'assurances, et pénalise par ricochet les assurés par l'augmentation du tarif. Elle mérite donc d'être appréhendée sérieusement.

Dans le cadre de ce rapport d'étude et de stage, nous aborderons dans une première partie l'exécution des tâches dans les différents services, ensuite dans une deuxième partie nous évoquerons la problématique de la fraude à l'assurance dans les sinistres auto corporels puis, notre approche de solutions.

PREMIERE PARTIE

L'EXECUTION DES TACHES DANS LES DIFFERENTS SERVICES

Suite à notre formation théorique à l'I.I.A., nous avons du 06 mai 2002 au 04 octobre 2002, éffectué un stage pratique dans la nouvelle société d'assurances GTA –C2A.

La société GTA-C2A est une entité nouvelle créée en janvier 2002 et issue de la fusion des deux structures anciennes opérant sur le marché togolais des assurances à savoir Groupement Togolais d'Assurances et Compagnie Africaine d'Assurances. GTA –C2A est une société de droit national constitué sous la forme d'une société anonyme.

La société GTA-C2A a un actionnariat majoritairement détenu par le groupe COFIRA à hauteur de 57,56%. Au cours de notre stage dans cette société en pleine restructuration, nous avons successivement fait le tour des départements suivants :

1) Département production,
2) Département sinistres,
3) Département réassurance,
4) Département financier et comptable.

Après notre passage dans les différents départements ci-dessus énumérés, nous avons de façon plus pratique mieux appréhendé les techniques d'assurances à travers l'exécution des différentes tâches dont nous ferons la description dans les pages qui vont suivre.

I) DEPARTEMENT PRODUCTION

Le département production est dirigé par un chef de département qui dépend hiérarchiquement du Directeur Général Adjoint qui assume en même temps les fonctions de Directeur Technique.

Le département production a pour mission essentielle de gérer le portefeuille de la société en veillant à la bonne réalisation et tarification des contrats. Le chef du département production coordonne, anime et supervise les activités du département en collaboration avec le chef du service production.

Le chef du service production dépend hiérarchiquement du chef de département production (cf l'organigramme en annexe).

Le service production est placé sous la responsabilité et l'autorité du chef de service production et est divisé en deux grandes cellules :

- Cellule affaires clientèle directe,
- Cellule affaires en courtage et intermédiaires.

Chaque cellule est subdivisée en section Automobile, section Incendie et Risques Techniques, section Risques Divers et Transports. Le chef du service production coordonne et supervise les activités des deux cellules qui sont dirigées par deux responsables. Comme on peut le constater, les responsables de cellule dépendent directement du chef de service production. Le département production est doté d'un sécrétariat qui assure :

- la réception, l'enrégistrement et le dispatching des courriers arrivés
- la saisie et l'envoi des courriers départ
- le traitement de texte (contrats, avenants, tout autre document)
- le rangement et classement des polices
- la tenue des cahiers des courriers et de classeur

- l'envoi des factures à la comptabilité
- tout autre tâche sur instruction ou demande du chef du service production ou du chef du département.

Pour ce qui concerne la «production maladie», elle est gérée par une cellule autonome dénommée «**cellule maladie**». Elle s'occupe en même temps de la gestion des sinistres maladie (Remboursement des frais médicaux, les évacuations etc...)

Dans le département production, nous avons débuté notre stage pratique par la section Incendie et Risques Techniques, ensuite la section Risques Divers et Transports, la section Automobile, et enfin la cellule maladie.

A. SECTION INCENDIE ET RISQUES TECHNIQUES

Gérée par des rédacteurs qui ont pour mission essentielle d'exécuter les tâches techniques, la section Incendie et Risques Techniques s'occupe de :

- L'appréciation, la cotation, et la tarification des risques,
- L'élaboration des propositions d'assurance concernant les risques d'incendie et annexes, les bris de machines, la tous risques chantiers, la tous risques montages, la tous risques informatiques, les dommages électriques, la perte d'exploitation et les risques spéciaux,
- La rédaction, du traitement informatique des contrats, des renouvellements et de l'établissement des avenants,
- La tenue et suivi des repertoires,
- L'émission des bordereaux de primes,
- Du rapprochement des bordereaux avec les saisies informatiques.

Il y a lieu de souligner que dans cette section, la majorité des contrats se fait en multirisques habitation, ou **«Globale Dommages»** (c'est à dire, en dehors des risques d'incendie et annexes, d'autres risques sont couverts par la même police formant ainsi un bouquet de garanties).

B. SECTION RISQUES DIVERS ET TRANSPORTS

La section Risques Divers et Transports s'occupent de :

- L'appréciation, la cotation, et la tarification des risques,
- l'élaboration des propositions d'assurance concernant les risques de BDG, de dégâts des eaux, d'individuelle accidents, de RCCE, de RCCF, de globale de banque, de vol, de RC scolaire et des risques liés au transport de facultés par voie terrestre, maritime, ferroviaire, aérien.
- La tarification des risques liés au corps du navire et des risques d'aviation,
- La rédaction, du traitement informatique des contrats et des avenants (renouvellements),
- L'élaboration des bordereaux de primes,
- La tenue et suivi des repertoires,
- Du rapprochement des bordereaux avec les saisies informatiques.

C. SECTION AUTOMOBILE

L'assurance automobile occupe une place importante dans le portefeuille de la société GTA/C2A en matière d'émission de primes. (Sur cinq milliards neuf cent dix huit millions de chiffre d'affaires en 2001, la production automobile s'élève à deux milliards huit cent dix millions de F CFA soit 47,48%).

Il convient de préciser que la branche automobile connaît des problèmes d'équilibre technique. La section production automobile est notamment chargée de :

- L'appréciation, la cotation, et la tarification des risques relatifs à l'assurance automobile,
- L'établissement des propositions d'assurance automobile,
- La rédaction et du traitement informatique des contrats (affaires nouvelles) et des avenants (renouvellements et autres),
- L'émission et envoi des avis d'émission,
- L'élaboration des bordereaux de primes,
- La tenue et suivi des repertoires (des affaires nouvelles, des avenants et des annulations),
- Du rapprochement des bordereaux avec les saisies informatiques.

L'assurance automobile concerne, pour l'essentiel, la garantie de la responsabilité susceptible de découler de la circulation des véhicules terrestres à moteur (VTAM). L'assurance de cette responsabilité que le public appelle communément «**assurance aux tiers**», est rendue obligatoire par le code CIMA.

Aussi, convient-il de rappeler que la souscription de cette garantie de responsabilité civile automobile était obligatoire au Togo depuis l'institution de la loi N°87/06 du 03 juin 1987.

Par ailleurs, il peut être souscrit en complément de l'assurance obligatoire de responsabilité civile, des garanties facultatives pour le véhicule lui-même : Vol, Incendie, BDG, Dommages accidentels au véhicule «tierce» ou «tierce-collision», ainsi que, très fréquemment, une garantie des frais de défense et de recours.

Pour un meilleur équilibre du portefeuille, la société GTA-C2A a imposé la souscription des garanties Vol et Incendie pour les véhicules TAXIS et TPV.

Enfin, il convient de préciser que la formule la plus complète, qui groupe l'ensemble de ces garanties, est dite assurance «multirisque» ou encore, par abus de langage assurance «Tous risques».

D. LA CELLULE AUTONOME MALADIE

La cellule maladie est chargée de la tarification, du renouvellement des contrats et de l'établissement de propositions concernant l'assurance maladie. Cette cellule prend également en charge la gestion des sinistres maladie.

Elle est dirigée par un responsable de cellule qui dépend hiérarchiquement du chef de département production. Le responsable de la cellule maladie est chargé :

- Du contrôle et de la signature des remboursements,
- Des relations avec les souscripteurs et intermédiaires,
- Des relations avec les différents prestataires (cliniques, cabinets, pharmacies etc..),
- Du suivi des propositions, de la cotation,
- De l'établissement des polices d'assurance (renouvellement et affaires nouvelles).

La cellule maladie est animée par les «décompteurs» maladie et les régleurs de sinistres. Les «décompteurs» maladie s'occupent du traitement des ordonnances et factures médicales, du dépouillement et saisie des décomptes alors que les régleurs de sinistres contrôlent les décomptes et autorisent les règlements conformément aux contrats et

aux dispositions générales qui régissent l'assurance maladie.La majorité des souscriptions maladie est faite en contrat groupe.

Il convient de rappeler que la cellule maladie est une cellule autonome tant dans la production maladie (affaires directes ou en courtage), que dans la gestion des sinistres maladie. Ainsi, avec la cellule maladie, nous avons bouclé le département production.

Quid alors du département sinistres ?

II) DEPARTEMENT SINISTRES

Le département sinistres regroupe les sinistres Automobiles, les sinistres Incendie, Risques Techniques et Annexes, les sinistres Risques Divers, les sinistres Transports.Il est dirigé par un chef de département qui est placé sous l'autorité du Directeur Technique.

Le chef du département sinistres a pour mission de :

- Coordonner et superviser l'ensemble des activités relevant de la gestion des sinistres,
- Suivre régulièrement avec la comptabilité la programmation des règlements de sinistres,
- Rendre compte des activités mensuellement au Directeur Technique, à travers un rapport d'activité,
- Contribuer à l'amélioration de l'image de marque de la société en assurant au sein du département un bon accueil et un service rapide.

Le chef du département sinistres a sous sa responsabilité le chargé du service sinistres automobiles et le chargé du service sinistres autres que automobiles (Incendie, Risques Divers, Transports, Risques Techniques).

Le service sinistres automobiles et le service sinistres autres que automobiles (Incendie, Risques Divers, Transports, Risques Techniques) sont divisés chacun en deux cellules :

- Cellule des sinistres relatifs aux affaires souscrites par l'entremise des courtiers et autres intermédiaires,
- Cellule des sinistres relatifs aux affaires souscrites directement (affaires directes).

A présent, nous allons aborder la description des tâches au sein des différents services du département sinistres.

A) OUVERTURE DU DOSSIER SINISTRE ET SON EVALUATION DANS LES SERVICES SINISTRES AUTO ET AUTRES QUE AUTO

Quel que soit le service sinistres dans lequel où l'on se trouve (Service sinistres auto ou service sinistres autres que auto), les déclarations de sinistres sont prises directement au siège de la société indépendamment de la division des sinistres selon qu'ils proviennent des affaires en courtage ou des affaires directes. Seule, la gestion des sinistres automobiles (le règlement), respecte cette division. Après avoir reçu la déclaration de sinistres, le rédacteur ouvre un dossier et l'enrégistre chronologiquement dans un repertoire d'enrégistrement de sinistres qui est paraphé.

Les déclarations sont ensuite placées dans une côte annotée et saisies sur ordinateur. Le rédacteur sinistres informe clairement l'assuré ou les tiers victimes des documents qui sont nécéssaires pour une bonne instruction des dossiers sinistres par les gestionnaires.

Avec le nouveau système informatique mis en place, le numéro sinistre est automatiquement attribué à chaque déclaration par

l'ordinateur. Avec ce système, l'utilisation de repertoire d'enrégistrement de sinistres risque d'être délaissé. Dès l'ouverture d'un dossier sinistre, une évaluation du coût total final probable doit être déterminé par le gestionnaire de sinistres. Les sinistres les plus importants dont l'évaluation dépasse un montant déterminé (priorité), font l'objet d'une information transmise au service réassurance qui prévient lui-même les réassureurs en application des dispositions contractuelles des traités.
Les premières estimations de l'indemnisation probable sont corrigées en plus ou en moins dès que des éléments plus précis permettent aux gestionnaires de sinistres de se faire une meilleure idée du coût final probable du dossier.

L'évaluation tient compte des renseignements contenus dans la déclaration et, par la suite, des autres éléments qui constituent le dossier tels que (PV de police ou de gendarmerie, rapport d'expertise, devis de réparation, demandes chiffrées de l'assuré ou des tiers, rapports médicaux, opinion d'avocat etc..). L'évaluation tient compte aussi, de l'expérience des gestionnaires de sinistres, de leur connaissance de la jurisprudence).

Après l'ouverture du dossier sinistre et son évaluation, quelle est alors la procédure de règlement des sinistres ?

B) **PROCEDURE DE REGLEMENT DES SINISTRES**

Dans la procédure de règlement des sinistres, il convient de décrire la procédure de règlement des sinistres automobiles d'une part, et la procédure de règlement des sinistres autres que automobiles d'autre part.

B_1) PROCEDURE DE REGLEMENT DES SINISTRES AUTOMOBILES

Il y a lieu de souligner ici que, au cours de notre stage, nous avons constaté que la procédure de règlement des sinistres automobiles varie selon qu'il s'agisse de sinistres auto matériels, de sinistres auto corporels ou de sinistres mixtes.

- **Sinistres auto matériels**

Après la déclaration du sinistre par l'assuré, un rapport d'accident doit être versé au dossier pour permettre une étude de la responsabilité. Le gestionnaire de sinistres vérifie en même temps si les conditions nécéssaires au jeu de la garantie sont réunies pour la prise en charge du sinistre (permis de conduire, validité du contrat d'assurance, paiement de la prime d'assurance etc..). Après cette étude de la responsabilité et vérification de la garantie par le gestionnaire de sinistres, un devis de réparation est demandé au propriétaire victime, si la responsabilité de l'assuré est engagée. Le devis présenté doit faire l'objet d'une vérification avec le réparateur. S'il est approuvé par l'assureur (le gestionnaire de sinistres), un bon de réparation doit être délivré, autorisant le garagiste à réparer. S'il n'est pas approuvé par le gestionnaire, il peut faire l'objet d'un ajustement.

En présence de dégâts matériels importants, on peut recourir aux services d'un expert automobile qui évalue les dégâts et dresse un rapport. Lorsque la responsabilité est contestée, il peut être fait recours à l'autorité qui a constaté l'accident (police ou gendarmerie).

Le propriétaire qui n'a pas les moyens de procéder aux réparations avec ses propres fonds, envoie une facture arrêtée sur la base du devis approuvé ou du rapport d'expertise. Cette facture doit faire l'objet d'un

règlement. Le montant ordonnancé doit correspondre au montant du devis approuvé.

- **Sinistres auto corporels**

Pour les sinistres auto corporels, c'est le règlement par voie transactionnelle qui est la règle, comme le préconise le code CIMA. Pour ce qui concerne les blessés, ils sont soumis à une expertise médicale après leur consolidation. Le blessé qui n'est pas consolidé dans les six mois de l'accident (article 231 alinéa 4 code CIMA), peut bénéficier d'une offre provisionnelle. Les frais médicaux exposés par les victimes sont aussi remboursés après leur vérification.

Après l'expertise médicale, le médécin expert dresse un rapport où sont consignés les différents préjudices subis par la victime. Le gestionnaire de sinistres adresse alors à la victime l'offre d'indemnité suivant les conclusions du médécin expert et conformément au barème CIMA. L'offre est faite à la victime dans un délai maximum d'un an à compter de l'accident (article 231 Alinéa 1 code CIMA). La victime a 15 jours pour accepter ou refuser l'offre qui lui a été faite (article 235 Alinéa 1 code CIMA).

En cas d'accord, le gestionnaire procède au règlement. Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois après l'expiration du délai de dénonciation de 15 jours fixé à l'article 235 alinéa 1 du code CIMA.

En cas de désaccord, si c'est sur l'expertise par exemple, il est loisible à la victime de demander une contre-expertise médicale.
Le litige entre l'assureur et la victime ne peut être porté devant l'autorité judiciaire qu'à l'expiration du délai de 12 mois prévu à l'article 231 du code CIMA. (article 239 alinéa 2 code CIMA).

En cas de décès, les ayants droit du De cujus produisent à l'assureur les pièces requises pour la transaction (article 241 code CIMA). Après avoir reçu ces pièces, l'assureur (le gestionnaire) instruit le dossier sinistre et s'il n'y a aucune entrave à la prise en charge du sinistre, il établit l'offre d'indemnité aux ayants droit conformément au code CIMA et ceci dans les huit mois du décès (article 231 alinéa 2 code CIMA).

En cas d'accord à l'offre d'indemnité par les ayants droit, le gestionnaire procède au règlement. Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois après l'expiration du délai de dénonciation de 15 jours fixé à l'article 235 alinéa 1 du code CIMA.

En cas de désaccord, l'assureur peut réajuster son offre ou maintenir le statu quo.

- **SINISTRES AUTO MIXTES (à la fois matériels et corporels)**

En cas de sinistres auto mixtes, la procédure de règlement des sinistres auto matériels et celle des sinistres auto corporels ne sont pas modifiées.

Au cours de notre stage, nous avons constaté que le volet matériel des sinistres auto mixtes est réglé en premier lieu puisque les victimes ne peuvent pas attendre la consolidation avant de réparer leurs engins.

B_2) PROCEDURE DE REGLEMENT DES SINISTRES AUTRES QUE AUTOMOBILES (Incendie, Risques Techniques, Risques Divers et Transports)

L'agent chargé de recevoir les déclarations de sinistres autres que auto (Incendie, Risques Techniques, Risques Divers et Transports) soumet les dossiers sinistres au chef service sinistres autres que auto

qui les instruit, vérifie la garantie de l'assureur, la responsabilté de l'assuré et commet s'il y a lieu, un expert pour évaluer les dégâts et rechercher la cause probable du sinistre. L'analyse de la cause du sinistre relevée par l'homme de l'art, est très déterminant pour la prise en charge du sinistre par l'assureur car certaines causes de sinistres sont clairement exclues par les polices d'assurance. Si aucune entrave ne se pose pour la prise en charge du sinistre, le règlement intervient. Comme on peut le constater, le chef de service sinistre «autres risques» est chargé essentiellement de :

- Coordonner l'ensemble des tâches du service,
- Suivre et contrôler méthodiquement la réalisation des tâches relatives à :
  - L'accueil et à l'information technique des assurés ou bénéficiaires de contrats,
  - La réception des déclarations des accidents (directement ou par courrier),
  - Du traitement des courriers,
  - L'ouverture, la création, l'évaluation et le traitement des dossiers,
  - La tenue et suivi des repertoires et fichiers statistiques,
  - La commission d'experts (médicaux et mécaniques),
  - Le suivi et le contrôle de la circulation des documents.

Il y a lieu de préciser que le rattachement des autres sinistres (Incendie et Risques Techniques, Risques Divers et Transports) au département sinistres constitue une nouveauté dans la nouvelle société GTA/C2A.

C) AUTRES TACHES EXECUTEES DANS LES DEUX SERVICES SINISTRES (SINISTRES AUTOMOBILES ET AUTRES RISQUES)

Chaque année, il est dressé un état faisant ressortir le montant des sinistres en suspens (PSAP). Les gestionnaires de sinistres sortent tous les dossiers en instance et procèdent à une évaluation dossier par dossier. Les experts qui ont eu à procéder à l'expertise, établissent un relevé qui fait l'objet d'un règlement après vérification. Les honoraires des avocats conseils suivent également le même traitement. Les frais relatifs aux rapports d'accident établis par la police ou la gendarmerie, sont également payés après leur vérification. Les comptes rendus présentant un jugement définitif sont étudiés avec soin. Ils permettent de relever appel de la décision en cas d'irrégularité ou d'erreur de droit.

Enfin, les services sinistres prennent toutes les mesures nécéssaires pour exercer les recours contre les tiers dont la responsabilité est mise en cause à l'occasion d'un sinistre, ou contre d'autres assureurs. A cet effet, concernant les sinistres automobiles, un avocat est chargé spécialement des recours. Quand le montant des sinistres dépasse la priorité, les gestionnaires de sinistres avisent le service réassurance.

III SERVICE REASSURANCE

Il convient de préciser avant toutes choses, que selon le nouvel organigramme de la société GTA-C2A, le département réassurance n'existe plus. Seul, un service réassurance est crée pour veiller à la bonne exécution des grandes orientations de réassurance adoptées par la direction générale. Comme tâches exécutées dans le service réassurance, on peut citer :

- Etude et la conception du plan de réassurance dans le domaine des cessions et des acceptations,
- Contrôle de placement des affaires facultatives,
- Contrôle de la bonne application des plans de réassurance adoptés branche par branche,
- Suivi et contrôle de l'établissement de divers bordereaux et confection des comptes de cession,
- Suivi de la gestion des sinistres importants,
- Suivi et relance des appels au comptant,
- Elaboration des tableaux statistiques, des nouvelles cotations etc..,
- Compte rendu mensuel au Directeur Technique de l'évolution des activités du service,
- Préparation et élaboration à l'attention du Directeur Technique, des orientations générales de la réassurance,

Le chef service réassurance a un assistant qui est chargé de :

- La gestion, la saisie, le classement des traités de réassurance et d'acceptation,
- La mise en place des renouvellements : résiliation pour ordre,
- La préparation des dossiers techniques à l'occasion des rencontres avec les réassureurs,
- L'établissement des bordereaux de cession de prime, de sinistres et de sinistres en suspens,
- Suivi et tenue des situations financières par réassureur.

IV. DIRECTION FINANCIERE ET COMPTABLE

Nous devons préciser avant toutes choses que, selon le nouvel organigramme de la société GTA/C2A, le département financier et comptable n'existe plus. Seule, une direction financière et comptable

coordonne, et supervise l'ensemble des activités financières et comptables (trésorerie, comptabilité générale et technique, contrôle budgétaire, recouvrements et contentieux, contrôle des opérations comptables, suivi de l'inventaire et de l'établissement des états financiers, centralisation des données chiffrées de tous les services de la société et rédaction des rapports d'activité périodique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Selon le planning de stage qui nous a été remis, seule la comptabilité générale a été prévue.

Ainsi, après notre passage à la cellule comptabilité générale, nous pouvons faire la description des tâches suivantes :

- Tenue de la comptabilité générale : Immobilisation, frais généraux, salaires, prêts et avances au personnel, tiers, opérations diverses,
- Edition et contrôle du journal général, Grand Livre Général et Balances,
- Contrôle des factures et des notes d'honoraires avant paiement,
- Contrôle des caisses (du siège, des agences de Lomé, et des bureaux de l'intérieur),
- Travaux d'inventaire, établissement des comptes annuels (bilan et compte de résultats),
- Rédaction des rapports financiers annuels et périodiques,
- Centralisation de tous les supports annexes des états financiers,
- Analyse des comptes de gestion en fin d'exercice et vérification de l'imputation des charges et des produits nécéssaires à la détermination du résultat à l'exercice inventorié.

DEUXIEME PARTIE

LA PROBLEMATIQUE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

Définition de la fraude à l'assurance

Le code des assurances CIMA tout comme le code civil français ne fournissent aucune définition de la fraude. Le code des assurances CIMA en fait seulement mention dans deux ou trois articles, essentiellement les articles 18, 33 et 34. D'une façon générale, la fraude à l'assurance peut être définie comme un comportement déloyal de l'assuré ou d'un tiers commis aux fins de bénéficier d'une tarification plus avantageuse d'un risque ou de bénéficier d'une indemnité injustifiée quant à son objet ou quant à son montant.

Ainsi, l'assuré de mauvaise foi ne donnera pas toujours une description exacte du risque à assurer ou encore provoquera purement et simplement le sinistre. Il tentera d'en aggraver les conséquences en cas de survenance naturelle, à défaut de le simuler tout simplement. La fraude à l'assurance consiste donc soit à dissimuler l'importance exacte du risque dans le but de payer une prime moins élévée, soit à obtenir de l'assureur une indemnité à laquelle le bénéficiaire n'a pas droit. La fraude à l'assurance suppose la réunion de deux éléments qui permettent de la caractériser :

- Il faut d'une part des renseignements erronés résultant de fausses déclarations, des manœuvres ou de mises en scène communiqués à l'assureur et ayant pour effet de l'induire en erreur : c'est l'élément matériel de la fraude.

- D'autre part, il faut surtout la mauvaise foi de l'auteur de la fraude qui a conscience de commettre un acte illicite en vue d'obtenir un avantage auquel il n'a pas droit : c'est l'élément moral de la fraude.

La fraude à l'assurance est devenue de nos jours un phénomène de société aux conséquences énormes. Selon le comité européen des

assurances, on peut estimer à 6% du montant des primes encaissées le manque à gagner des assureurs du fait de la fraude. Cela représenterait pour la France près de 9 milliards de francs français par an[1] (soit **900.000.000.000** F CFA). L'assureur semble être une victime privilégiée de la fraude. Le coût économique de la fraude pour les compagnies d'assurance, qui en outre, engagent des frais importants pour la détecter et la déjouer, justifie amplement l'attention que nous portons au phénomène. (soit **27.665.000** F CFA de frais d'investigation pour les années 2000 et 2001 au GTA).

Il convient de préciser que l'absence de données statistiques sur notre marché ne signifie nullement que nous en sommes épargnés.

Dans le contexte de notre thème, nous nous limiterons à la fraude à l'assurance après la survenance des sinistres auto corporels. C'est pourquoi, après une analyse des manifestations du phénomène (chapitreI), nous examinerons successivement les sanctions prévues en la matière (chapitre II), les moyens de lutte dont l'éfficacité pourrait endiguer le fléau (chapitre III), enfin l'analyse statistique par extrapolation et simulation du phénomène de la fraude (chapitre IV).

[1] Argus du 17 octobre 1986, Page 2485.

CHAPITRE I

LES MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

Les manifestations de la fraude dans les sinistres auto corporels consistent essentiellement en la substitution et à l'augmentation artificielle du nombre des victimes (SI), aux faux dans les prescriptions et expertises médicales (SII), et enfin à la souscription frauduleuse du contrat d'assurance automobile après la survenance du sinistre avec souvent la complicité des agents d'assurance (SIII).

Il convient de préciser que cette liste des manifestations de la fraude n'est pas exhaustive car le fraudeur ayant une imagination sans borne, on rencontre d'autres formes de fraude telles que les falsifications de signatures, l'usage de faux documents, les manipulations frauduleuses des circonstances d'un accident réel etc..

Nous nous limiterons à l'analyse des manifestations de la fraude à travers les trois sections çi dessus mentionnées.

SECTION I : Substitution et augmentation artificielle du nombre des victimes.

La substitution des victimes n'est pas aussi fréquente que l'augmentation artificielle du nombre des victimes.

PARAGRAPHE I : SUBSTITUTION DES VICTIMES

Au cours de notre stage, nous avons relevé dans le dossier sinistre n°**96/11000460** que l'assuré avait déclaré qu'il a heurté une fillette aliénée d'environ 11 ans. Grande a été notre surprise de constater à

travers le procès verbal de constat, que cette fillette a été remplacée par une victime décédée accidentellement à bord d'un véhicule non assuré appartenant à une autre personne. Ce faux dossier qui illustre bien le cas de substitution, monté de toutes pièces, allait coûter trois millions soixante neuf mille six cent dix huit francs (**3.069.618 F CFA**) à l'assureur qui a su déjouer la manœuvre contre six cent mille francs (**600.000 F CFA**) comme indemnité à allouer à la fillette blessée.

En dehors de la substitution des victimes, l'augmentation artificielle du nombre des victimes est monnaie courante.

PARAGRAPHE II : AUGMENTATION ARTIFICIELLE DU NOMBRE DES VICTIMES

Il nous est arrivé de constater dans plusieurs dossiers sinistres, qu'il y a des personnes non blessées au cours de l'accident mais dont les noms figurent parmi ceux des blessés enumérés au procès verbal de constat.

Plus grave encore, des personnes n'ayant même pas pris place à bord du véhicule accidenté, sont inscrites parmi les blessés au procès verbal de constat. Pour ce qui concerne les ayants droit, on gonfle délibérément le nombre des ayants droit par la production de fausses pièces de naissance, de faux certificats de mariage, de faux certificats de vie etc... C'est ainsi que, dans le dossier sinistre n°**99/11000544** on a relevé que le De cujus, célibataire sans enfant, n'a que deux sœurs germaines.

A l'instruction du dossier, l'assureur a constaté la production de certificats de naissance de huit enfants, des actes de naissance de quatre frères, et un certificat de mariage en bonne et due forme.

Après investigation, il s'est avéré que le nombre des ayants droit a été délibérément gonflé pour faire payer indûment l'assureur. Cette manœuvre frauduleuse devrait coûter à l'assureur trois millions cent

trente six mille neuf cent un francs (**3.136.901 F CFA**) contre deux cent quatre vingt dix sept mille cent huit francs (**297.108 F CFA**) comme indemnité réellement due.

La fraude ne se limite pas seulement à la substitution et à l'augmentation artificielle du nombre des victimes. Elle se manifeste aussi dans les prescriptions et dans les expertises médicales.

SECTION II : LE FAUX DANS LES PRESCRIPTIONS ET EXPERTISES MEDICALES

Les prescriptions médicales et les expertises médicales constituent des moyens privilégiés de fraude pour les victimes d'accident.Comment se manifeste alors la fraude tant au niveau des prescriptions médicales qu'au niveau des expertises médicales ?

PARAGRAPHE I : LE FAUX DANS LES PRESCRIPTIONS MEDICALES

Pour bien illustrer les manifestations de la fraude dans ce domaine, nous évoquerons essentiellement les différents aspects que recouvre la supercherie à travers les prescriptions médicales.

A) Des lésions non liées à l'accident

Pour profiter de l'assureur, certaines victimes se font prescrire des médicaments pour des lésions dont elles souffraient bien avant l'accident. Il arrive souvent même que ces lésions antérieures à l'accident, ne soient pas des pathologies traumatiques pouvant induire le médécin prescripteur de l'ordonnance en erreur. Ou les médécins prescripteurs sont soit dupés par les victimes,ou soit, ils se rendent eux-mêmes complices de ces manœuvres frauduleuses.

B) Des prescriptions exagérées ou sans aucun lien avec les lésions

Si les lésions dont se plaignent les victimes sont réelles et dues à l'accident, il est par contre surprenant de constater à travers les prescriptions médicales une exagération frauduleuse du nombre de produits prescrits, ou encore, la prescription de médicaments dépourvus de tout lien avec les lésions traumatiques dont souffrent les victimes.

Dans le dossier sinistre n°**98/11000741**, le blessé réclame le remboursement des frais médicaux d'un montant d'un million vingt six mille six cent cinquante cinq francs (**1.026.655 F CFA**) relatifs à des prescriptions médicales douteuses. L'assureur a soumis le dossier à son médécin conseil pour enquête et vérification des prescriptions et il ressort des conclusions du médécin conseil ce qui suit :

- le nombre de prescripteur pour ce blessé est de 22,
- il s'agit d'une complaisance de la part des internes, donc un manque de sérieux dans les prescriptions,
- il y a des médicaments qui ne sont pas liés à la pathologie traumatique évoquée,
- les prescriptions sont quantitativement et qualitativement impossibles et inimaginables dans un tel temps record,
- certaines signatures ont été falsifiées.

A travers ce dossier, les différentes manifestations possibles de la fraude dans les prescriptions médicales sont bien mises en évidence.

C) Du défaut de qualité pour le prescripteur

Il y a lieu de souligner ici que celui qui prescrit l'ordonnance n'a pas les qualités requises pour le faire. Les prescriptions de ce genre révèlent toujours du faux à l'investigation. Dans le dossier sinistre n°**2000/11000940**, le prescripteur est un coursier dans un cabinet médical. Il a usurpé le nom d'un médécin, volé les cachets et les papiers en-têtes et s'est livré à des prescriptions médicales. Il est évident que l'assureur a refusé de rembourser ces frais médicaux et a porté plainte pour usage de faux, exercice illégal de la médécine et pour usurpation d'identité. Le faussaire a été arrêté, jugé et condamné à deux ans de prison avec sursis pour exercice illégal de la médécine et à un an pour usage de faux. La partie civile (GTA/C2A) n'ayant pas été convoquée au procès, elle a dû relever appel de la décision et l'affaire suit son cours.

Comme les prescriptions médicales, les expertises médicales constituent aussi un sanctuaire de la supercherie.

PARAGRAPHE II : LE FAUX DANS LES EXPERTISES MEDICALES

Le médécin expert doit pouvoir apporter à l'assureur des arguments techniques, motivés qui lui permettront de déjouer la manipulation du fraudeur. La fraude se manifeste de différentes façons à travers les expertises médicales :

A) De l'état antérieur à l'accident et des lésions fictives ou imaginaires

La victime peut faire valoir son état antérieur à l'accident : il peut s'agir de troubles réels, mais antérieurs à l'accident, soit encore de l'occultation de tout ou partie d'un état antérieur interférent.

Le faux peut consister également en des lésions fictives ou imaginaires : il peut s'agir d'une simulation créatrice d'une maladie ou d'une lésion pour tromper le médécin expert. Le plus souvent, il s'agit de la simulation des dommages corporels de certaines victimes d'accident qui déclarent au médécin expert des syndromes subjectifs imaginaires pour obtenir des taux d'incapacité anormalement élevés. Ces pathologies subjectives ne sont pas souvent d'une perception facile pour les médécins experts. Mais, les progrès de la médécine mettent à la disposition des assureurs et des médécins experts un nombre croissant de méthodes d'examens qui rétrécissent le champ de la pathologie subjective (troubles neuropsychiatriques, les troubles douloureux, les troubles sensoriels comme la cécité, la surdité, bourdonnements d'oreilles, vertiges etc...).

B) De l'exagération frauduleuse des lésions réellement dues à l'accident

On constate le plus souvent à travers les rapports d'expertise médicale, une exagération frauduleuse des lésions réelles subies par les victimes. Certains médécins experts se rendent souvent complices de ces escroqueries en délivrant des rapports d'expertise empreints de complaisance. Nous avons eu à constater dans certains dossiers sinistres que l'assureur a retourné au médécin expert des rapports d'expertise dont les conclusions sont sans commune mesure avec les lésions réelles des victimes.

Enfin, le faux résulte souvent des expertises sur pièces qui sont faites à la seule lecture du procès verbal d'accident remis au médécin expert par l'avocat ou son clerc qui «négocient» des préjudices pour leurs clients.

La fraude à l'assurance passe aussi par des souscriptions frauduleuses du contrat après survenance du sinistre avec souvent la complicité des agents d'assurance.

SECTION III : SOUSCRIPTION FRAUDULEUSE APRES SURVENANCE DU SINISTRE AVEC LA COMPLICITE DES AGENTS D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance est une opération qui repose sur l'aléa dans la réalisation du risque garanti. Souscrire un contrat d'assurance après la survenance du sinistre, revient à priver l'assurance de tout son sens, car sans aléa, pas de risques assurables. Mais, l'on constate parfois des souscriptions après sinistre avec souvent la complicité des agents d'assurance.

PARAGRAPHE I: SOUSCRIPTION APRES SINISTRE

La fraude se manifeste souvent par la souscription du contrat après sinistre privant ainsi la réalisation du risque garanti de tout aléa et rendant de ce fait le contrat sans effet. Nous avons eu à découvrir quatre dossiers sinistres où les contrats ont été souscrits après la survenance du sinistre. Ces dossiers frauduleux devraient coûter au total seize millions de francs (**16.000.000 F CFA**) à l'assurance qui a su déjouer la supercherie. Il s'agit des dossiers sinistres suivants : sinistre n° **2002/11000121 2.500.000 F CFA**, sinistre n°**97/11000985 5.000.000 F CFA,** sinistre n°**89/11001410 8.000.000 F CFA,** sinistre n°**99/11000871**

500.000F CFA. Certaines de ces affaires sont pendantes devant le tribunal qui n'a pas encore rendu de décision définitive.

La fraude est aussi facilitée par la participation de l'agent d'assurance à sa réalisation.

PARAGRAPHE II : COMPLICITE DES AGENTS D'ASSURANCE DANS LA REALISATION DE LA FRAUDE

Il arrive souvent que les agents d'assurance (producteurs comme gestionnaires de sinistres) prêtent mains fortes aux souscripteurs ou aux assurés en participant à la réalisation de la manœuvre frauduleuse. Ils facilitent l'accomplissement de la manœuvre frauduleuse par leur complicité. (manipulation frauduleuse des circonstances d'un accident réel, modification frauduleuse de la date de prise d'effet des contrats).

Ils se rendent ainsi coupables de faux en écriture. Les gestionnaires de sinistres tout comme les producteurs, doivent être constamment vigilants pour ne pas tomber dans ce travers.

Les manifestations de la fraude sont très variées et multiformes. Cependant, pour les réduire sensiblement il faut sanctionner les fraudeurs en vue de les dissuader, car c'est de l'imagination sans borne de ces fraudeurs que naissent les manifestations de la supercherie.

CHAPITRE II

LES SANCTIONS DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

Il existe deux types de sanctions, à savoir les sanctions civiles et les sanctions pénales.

SECTION I : LA REPRESSION DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE AU CIVIL

La loi et le contrat d'assurance organisent eux-mêmes les sanctions des actes frauduleux. Ces sanctions sont : la nullité du contrat, la déchéance, la résiliation et la non garantie du sinistre. Avant d'examiner la sanction civile qui pourrait frapper le fraudeur dans le contexte du thème que nous développons, il convient de s'attarder d'abord sur la preuve de la fraude à l'assurance, car avant de sanctionner la fraude, il faut la prouver.

PARAGRAPHE I : LA PREUVE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

La preuve de la fraude à l'assurance est la preuve d'un fait juridique et par conséquent, elle peut se faire par tous moyens. Cependant, il convient de déterminer son objet et sa charge.

Pour ce qui est de l'objet de la preuve, il y a lieu de préciser que la fraude est constituée de deux éléments d'une part, l'élément matériel qui suppose une inexactitude, une dissimulation, une exagération frauduleuse de l'assuré ou des tiers, d'autre part, l'élément psychologique de la fraude qui suppose la mauvaise foi du fraudeur. Il faut démontrer que non seulement le fraudeur a conscience du

mensonge, mais encore a la volonté de tromper. C'est pourquoi, cet élément psychologique est souvent difficile à prouver. Toutefois, l'objet de la preuve ne peut être séparé de la question de sa charge.

Le problème qui se pose est de savoir à qui revient la charge de la preuve ? L'article 2268 du code civil ne laisse pas planer de doute en précisant que «la bonne foi est toujours présumée et c'est à celui qui allègue la mauvaise foi de la prouver» (la fraude ne se présume pas).

C'est donc l'assureur qui a la charge de démontrer la fraude de l'assuré ou des tiers présumés.

Une fois les problèmes de preuves résolus, quelles sont les sanctions civiles qui pourraient frapper le fraudeur dans le contexte du thème développé ?

PARAGRAPHE II : LES SANCTIONS CIVILES DE LA FRAUDE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

Il convient d'une part de préciser ici que les sanctions civiles que pourrait invoquer l'assureur varient selon que la réalisation du sinistre frauduleux est le fait de l'assuré lui-même ou le fait des tiers.

D'autre part, ces sanctions civiles peuvent être consécutives à la découverte par l'assureur de la fraude dans la déclaration du risque après survenance du sinistre frauduleux. C'est pourquoi, il serait intéressant d'analyser les différentes sanctions civiles appropriées à chaque hypothèse ci dessus évoquée.

A) SANCTIONS CONSECUTIVES A LA REALISATION DU SINISTRE FRAUDULEUX PAR LE FAIT DE L'ASSURE OU PAR LE FAIT DES TIERS

Si le sinistre frauduleux est le fait de l'assuré, l'assureur peut invoquer la non garantie du sinistre et éventuellement la résiliation du contrat d'assurance.

La non garantie entraîne la perte de droit à indemnité pour les victimes de l'accident dès lors que la fraude a été découverte avant paiement de l'indemnité.

Elle entraîne également le remboursement de l'indû si la fraude a été découverte après paiement de l'indemnité.

En ce qui concerne la résiliation du contrat, dès lors que l'assuré intervient dans la réalisation du sinistre frauduleux, l'assureur peut :

Invoquer la résiliation du contrat à partir du moment où il a découvert la fraude de l'assuré.

Les primes non courues sont conservées par l'assureur à titre de dommages et intérêts.

L'assuré peut être poursuivi pour des dommages et intérêts supplémentaires.

Pour corroborer tout ce qui précède, l'article 11 alinéa 2 du code CIMA dispose que «l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré».

Il peut arriver que l'assuré n'y soit pour rien et que la fraude provienne exclusivement du fait des tiers tels que les avocats, les victimes, les médécins, les agents verbalisateurs etc…

Les tiers intervenant dans le processus de règlement des sinistres auto corporels, sont souvent les principaux auteurs de la fraude à l'assurance. S'agissant donc des tiers fraudeurs, l'assureur invoque comme sanction la non garantie du sinistre et pourrait les poursuivre s'il l'estime nécéssaire.

La survenance des sinistres frauduleux est souvent l'occasion pour l'assureur de découvrir la fraude également au niveau de la déclaration du risque.

B) SANCTIONS CONSECUTIVES A LA DECOUVERTE DE LA FRAUDE AU NIVEAU DE LA DECLARATION DU RISQUE APRES SURVENANCE DU SINISTRE FRAUDULEUX

La découverte de la fraude au niveau de la déclaration du risque après la survenance du sinistre frauduleux entraîne une double sanction de la part de l'assureur. Cette double sanction est consécutive d'une part au caractère frauduleux du sinistre et d'autre part à l'inexactitude constatée dans la déclaration du risque.

C'est pourquoi, en dehors de la non-garantie sanctionnant le caractère frauduleux du sinistre, l'assureur peut mettre en branle les dispositions de l'article 18 du code CIMA qui sont :

- invoquer la nullité du contrat en cas de fausses déclarations intentionnelles de l'assuré,
- les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur,
- toutes les primes échues doivent être payées à titre de dommages et intérêts à l'assureur.

Quand le sinistre n'est pas entaché de manœuvres frauduleuses et que la déclaration inexacte du risque n'est pas faite de mauvaise foi par

l'assuré, l'assureur ne peut invoquer ni la non garantie du sinistre, ni la nullité du contrat. Dans ce cas, les sanctions sont les suivantes :

- Réduire l'indemnité en proportion du taux de primes payées par rapport au taux de primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Toutefois, cette réduction proportionnelle de l'indemnité est inopposable aux tiers victimes (article 210 du code CIMA). L'assureur procède au paiement et exerce un recours contre l'assuré.

Si la déclaration inexacte du risque est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de la prime, soit de résilier le contrat en restituant la portion de la prime non courue étant entendu que l'assuré n'est pas de mauvaise foi dans la déclaration du risque.

Nonobstant les dispositions de la loi et du contrat d'assurance sanctionnant la fraude à l'assurance sur le plan civil, au plan pénal elle est également sanctionnée.

SECTION II : LA REPRESSION DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE AU PENAL

La fraude à l'assurance évoque au premier abord trois infractions pénales :

- Le faux en écriture,
- La dégradation d'objets mobiliers ou immobiliers,
- L'escroquerie.

En réalité, le délit essentiel est l'escroquerie. Il se définit comme l'emploi de moyens frauduleux tendant à faire croire à un fait chimérique en vue d'obtenir la remise d'une partie de la fortune d'autrui. Dans le

développement qui va suivre, nous verrons tout d'abord comment la fraude à l'assurance peut être qualifiée d'escroquerie (paragraphe I), et ensuite, les sanctions pénales applicables (paragraphe II).

PARAGRAPHE I : QUALIFICATION D'ESCROQUERIE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Le délit d'escroquerie comporte généralement cinq éléments constitutifs à savoir : l'emploi de moyens frauduleux, une chose objet de la remise, la remise de la chose, le préjudice et l'intention coupable. Certains de ces éléments sont aisément réalisés par le fraudeur et ne posent pas de problème à l'assurance.

En effet, l'emploi de moyens frauduleux, (premier élément) peut consister en l'usage d'une fausse identité ou encore de manœuvres frauduleuses (mise en scène, production de fausses pièces ou de faux documents etc...). La chose, (second élément) qui selon la théorie de l'escroquerie doit être de nature corporelle et mobilière, peut donc consister en une somme d'argent et sera ici la somme d'argent que le fraudeur convoite chez l'assureur. La remise, (troisième élément) se traduira par la remise d'un chèque par l'assureur à l'assuré ou au tiers. Le préjudice, (quatrième élément) est évident pour l'assureur qui a dû remettre une somme d'argent non due. L'intention coupable, (cinquième élément) ou conscience de réclamer une valeur non due, ne posera que des problèmes de preuve.

Ainsi, à la lumière de tout ce qui précède, on peut affirmer que les dispositions du code pénal s'appliquent aisément à la fraude à l'assurance qui peut de ce fait être qualifiée d'escroquerie à l'assurance.

Quid alors des sanctions pénales applicables en la matière ?

PARAGRAPHE II : LES SANCTIONS PENALES APPLICABLES

L'article 108 du code pénal togolais dispose que les peines prévues à l'article 98 du même code sont applicables à l'escroquerie. En effet, l'article 98 punit le vol simple de 6 mois à 3 ans d'emprisonnement et d'une amende de **20 000** F **à 100 000** F CFA ou d'une de ces peines seulement.

Il ressort de l'interprétation de cet article 98 que les peines en matière d'escroquerie à l'assurance sont soit pécuniaires (amendes) et privatives de liberté (emprisonnement), ou soit l'une de ces deux peines seulement. Il convient de préciser que selon les dispositions de l'article 109 du code pénal togolais, si l'escroquerie a été commise en faisant usage de faux documents, ou de faux insignes ou uniformes, la peine pourra être portée au double. Par ailleurs, en dehors de l'amende et de la peine d'emprisonnement qui elles, sont prévues par le code pénal togolais, l'allocation de dommages et intérêts à la victime de la fraude (l'assureur), relève de l'appréciation souveraine des juges.

La répression des manœuvres frauduleuses, tant sur le plan civil que pénal, présente certes des limites. C'est pourquoi, pour une plus grande éfficacité de la lutte contre la fraude à l'assurance, il faut prévoir des moyens de lutte capables d'endiguer le fléau voire de l'éradiquer.

CHAPITRE III

LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS

Les moyens de lutte contre la fraude à l'assurance passe par des mesures qui peuvent être tantôt internes à la compagnie d'assurance, tantôt internes à la corporation.

SECTION I : LES MESURES INTERNES A LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

Face à la recrudescence de la fraude, l'assureur doit définir des mesures internes de lutte contre le fléau. Nous analyserons ces mesures à travers les quatres paragraphes qui vont suivre.

PARAGRAPHE I : LES MOYENS DE DETECTION DE LA FRAUDE

La mise en place d'un service anti-fraude s'avère nécéssaire pour faciliter la détection de la fraude. Composé des inspecteurs de sinistres, le service anti fraude centralisera tous les dossiers douteux et assurera la sensibilisation des rédacteurs aux problèmes de la fraude.

S'il est vrai que ces inspecteurs de sinistres ne peuvent pas régler à fond tous les cas douteux car leur formation ne les prédispose pas forcément à éffectuer de véritables enquêtes, il n'en demeure pas moins vrai qu'ils peuvent faire un très bon travail de défrichage, de collecte rapide des informations préliminaires souvent précises et concordantes. Leur éfficacité dépend de leur rapidité d'intervention sur le terrain grâce

aux moyens dont ils disposent. Les inspecteurs de sinistres doivent avoir la capacité et les connaissances, ainsi que la prudence nécéssaires pour mener à bien des investigations dans le contexte délicat d'un marché concurrentiel et d'une clientèle présumée juridiquement et commercialement de bonne foi.

La mise en place d'un service anti fraude n'empêche pas la compagnie de mener une politique rigoureuse de règlement des sinistres.

PARAGRAPHE II : LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE RIGOUREUSE DE REGLEMENT DES SINISTRES

La politique rigoureuse de règlement des sinistres doit consister en des mesures rationnelles pour une gestion saine et éfficace des sinistres.

- La constitution du dossier sinistre et sa liquidation nécéssitent une certaine rigueur : exiger une déclaration de sinistre écrite énonçant le plus de renseignements possibles, peut permettre des recoupements entre les différentes pièces du dossier et de ménager des éléments de preuve ultérieurs,
- Vérifier rapidement sur le terrain ce qui peut l'être, avant qu'un certain nombre de preuves ne disparaissent
- Obtenir tous justificatifs et vérification de ceux-ci,
- Recourir à l'expertise pour connaître les causes exactes du sinistre, des lésions etc.. et de leur imputabilité au sinistre,
- Recourir aux cabinets privés d'investigation si cela s'avère nécéssaire, en tenant compte bien entendu des éléments du dossier, des circonstances, de l'intérêt en jeu, et du

besoin pour le régleur de sinistre d'étayer ses convictions par la recherche de renseignements complémentaires, d'indices ou de preuves suffisantes.

La lutte contre la fraude à l'assurance ne saurait être éfficace qu'au sein d'une structure rationnellement organisée.

PARAGRAPHE III :NECESSITE D'UNE STRUCTURE RATIONNELLEMENT ORGANISEE

Une lutte éfficace contre fraude à l'assurance passe par une organisation rationnelle des structures de la compagnie d'assurance elle-même. Dans cette optique, l'entreprise d'assurance doit :

A) Décloisonner les structures internes de l'entreprise

Il est évident que les fraudeurs jouent non seulement de la séparation des branches, mais exploitent avec aisance les cloisons existant entre elles. C'est pourquoi, il faut éviter que le fraudeur chassé de la branche IARDT ne «s'engraisse» dans d'autres branches de la même compagnie. C'est autant un problème de structure de l'entreprise qu'une affaire d'informatique et de sensibilisation. Une lutte éfficace contre le fraudeur suppose le décloisonnement des structures internes de l'entreprise et l'existence d'une organisation capable de révéler à tous les niveaux de l'entreprise, leurs antécédents et de freiner leurs vélléïtés de récidive.

B) Associer tous les services de l'entreprise

La fraude est l'affaire de tous. Il est incontestable qu'une bonne détection de la fraude ne peut être faite que par l'ensemble des services, et notamment l'ensemble des services de souscription et de règlement de sinistres. On constate souvent que si les services de règlement de

sinistres sont sensibilisés à ces pratiques frauduleuses, les services de production ne s'en soucient pas souvent ou si peu. La fraude, son importance et la nécéssité de la combattre, sont ressentis très différemment selon que l'on se trouve au service sinistre ou au service production. C'est pourquoi, l'organisation de l'entreprise doit être telle que tous les services soient informés et sensibilisés à ces pratiques frauduleuses sans exclusif.

En dehors de tout ce qui précède, l'instauration d'un climat relationnel franc entre assureur/assurés et autres intervenants au processus de règlement des sinistres corporels est plus que nécéssaire.

PARAGRAPHE IV: L'INSTAURATION D'UN CLIMAT RELATIONNEL FRANC ENTRE ASSUREUR/ASSURES ET AUTRES INTERVENANTS AU PROCESSUS DE REGLEMENT DES SINISTRES CORPORELS.

Le premier moyen pouvant inspirer confiance et améliorer les rapports entre assureur/assurés et autres intervenants dans le processus de règlement, est le paiement correct et rapide des sinistres. L'assureur qui paie de moins en moins de sinistres, faisant ainsi la rétention des indemnités, oblige le fraudeur à avoir l'impression de rétablir par la fraude un équilibre pertubé par le comportement de l'assureur lui-même. Les règlements de sinistres souvent tardifs incitent certains assurés et autres intervenants à majorer l'importance des dommages en cas de sinistre, voire à en inventer. Ne dit-on pas souvent qu'un assuré déçu est un fraudeur en puissance[1].

[1] J. L. PERES : La fraude à l'assurance, du traitement homeopathique à l'allopathie massive, l'assurance mutuelle –1989 n°1 Page 33.

Le second moyen pour un climat relationnel franc passe par le contact périodique que l'assureur doit avoir avec les assurés. Il est regrettable de constater que le plus souvent, l'assuré n'entre en contact avec son assureur qu'à deux moments «douloureux» : le paiement de la prime et la survenance d'un sinistre. L'assureur doit garder le contact, entretenir les relations et soigner le règlement des sinistres.

Autant les moyens de lutte contre la fraude à l'assurance sont internes à la compagnie d'assurance, autant ils sont internes à la corporation elle-même.

SECTION II : LES MESURES INTERNES A LA CORPORATION

Toute lutte contre la fraude à l'assurance n'obtiendra son éfficacité maximale que lorsque l'ensemble de la profession acceptera d'y participer. C'est pourquoi, il est plus que nécéssaire que les compagnies d'assurance s'organisent entre elles et se mobilisent pour endiguer le fléau.

PARAGRAPHE I : LA MISE EN PLACE D'UN ORGANISME COMMUN DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE

Il est nécéssaire que les sociétés d'assurance se mettent ensemble pour lutter éfficacement contre la fraude à l'assurance, ce qui implique nécéssairement des échanges de méthodes et d'informations, un travail commun qui doit naturellement se faire dans le cadre d'un organisme professionnel représentatif de toute la profession à l'image de ALFA (Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance) en France. Cet organisme (ALFA), a eu à mener en 1993 trois mille enquêtes qui ont permis aux assureurs d'économiser FRF 750 millions d'indemnités[1]. Il regroupe la quasi-totalité des assureurs du marché français et est

[1] SCOR ITEMS N°2 de juin 1994 Page 8.

structuré en deux services principaux[1]: un service d'enquêtes et de recherches et un service d'information inter-compagnie d'assurance.

C'est donc un réseau centralisé, informatisé, ouvert à tous les assureurs leur permettant de regrouper et de recouper les informations de façon très intéressante afin que ceux des fraudeurs qui n'avaient pas pu être découverts société par société puissent l'être. Tel est le rêve que nous nourrissons pour le marché Togolais de l'assurance qui, à l'heure actuelle ne dispose d'aucun organisme centralisateur de lutte contre la fraude à l'assurance. Alors, le Comité des Assureurs du Togo (CAT), doit prendre ses responsabilités. La direction des assurances doit être mise à contribution dans cette lutte.

Si la mise en place d'un organisme commun de lutte contre la fraude est d'une éfficacité considérable, il ne faut surtout pas perdre de vue dans cette lutte, l'information et la sensibilisation de tous les intervenants au processus de règlement des sinistres auto corporels.

PARAGRAPHE II : INFORMATION ET SENSIBILISATION DES INTERVENANTS AU PROCESSUS DE REGLEMENT DES SINISTRES AUTO CORPORELS

Les avocats, les médécins experts, les juges, les intermédiaires, les victimes elles-mêmes, les agents verbalisateurs, les huissiers, les clercs d'avocats etc. sont les principaux intervenants au processus de règlement des sinistres auto corporels. Ils sont en même temps les principaux acteurs de la fraude à l'assurance dans les sinistres auto corporels. C'est pourquoi, pour une plus grande éfficacité de la lutte, il s'avère indispensable que le problème de la fraude à l'assurance soit

[1] Publication de la faculté de droit et des sciences sociales de l'université de Poitiers «La lutte contre la fraude à l'assurance» Colloque de NIORT les 28 et 29 juin 1990 Page 196 A.F.

largement et ouvertement débattu par tous les principaux acteurs intervenants dans le processus d'indemnisation (séminaire d'information et de sensibilisation).

Dans tous les cas, une meilleure éducation des assurés et de tous les intervenants au processus d'indemnisation est d'une grande nécéssité car elle peut les amener à changer sensiblement de comportement.

L'assureur doit pouvoir les sensibiliser et les informer de l'incidence de la fraude sur l'ensemble des opérations d'assurance. La fraude cause un préjudice financier certain à l'assureur et à la mutualité des assurés (cf tableau statistique).

En effet, la charge de la fraude pénalise lourdement l'ensemble des assurés. N'ayons pas peur de le dire, l'assureur n'est pas un philantrope. A une sinistralité trop importante à supporter par les compagnies correspondra une augmentation proportionnelle des primes en fonction des statistiques. Par contre, une charge de sinistres raisonnables ou en baisse sur une période donnée, impliquera une diminution de la prime tant souhaitée par les assurables.

Comme on peut le constater, la concertation et la réflexion périodiques entre tous les intervenants au processus de règlement des sinistres auto corporels sont plus que nécéssaires pour endiguer le fléau. Cependant une analyse statistique par extrapolation et simulation nous permettrait de mieux appréhender le phénomène de la fraude.

CHAPITRE IV

ANALYSE STATISTIQUE PAR EXTRAPOLATION ET SIMULATION DU PHENOMENE DE LA FRAUDE

La fraude cause un préjudice financier certain à l'assureur et à la mutualité des assurés. C'est pourquoi, seule une étude statistique nous permettrait d'appréhender sérieusement le phénomène de la fraude. Mais cette étude ne peut être éfficace en raison de l'absence de toutes données statistiques fiables.

Cependant, nous allons procéder par extrapolation et sous forme de simulation, et ceci à partir d'un échantillon de sept dossiers sinistres pour déterminer le taux probable de la fraude par rapport à l'ensemble des charges de sinistres de l'exercice 1998 à fin 2000. Ce taux ne constitue qu'un ordre de grandeur de l'ampleur du phénomène qui augure de la vigilance que l'assureur doit développer pour faire face au fléau. Pour cette analyse statistique, nous allons partir de deux hypothèses :

1ERE hypothèse : l'investigation a révélé de manœuvres frauduleuses, ce qui induit des gains d'indemnité.

2EME hypothèse : l'investigation n'a pas révélé de manœuvres frauduleuses sur l'ensemble des dossiers.

Notre analyse statistique se fera à partir du tableau statistique çi après.

A) TABLEAU STATISTIQUE ETABLI A PARTIR D'UN ECHANTILLON DE SEPT FAUX DOSSIERS SINISTRES

	A	B	C= A-B	D	E= B+D	F= A-E	
N° D'ordre	Montant réclamé à l'assureur	Indemnité à payer après résultat de l'investigation	Supplément d'indemnité provenant de la fraude	Frais d'investigation	Charge totale de sinistres	Gain d'indemnité	Observations
1	1.026.655	26.220	1.000.435	90.000	116.220	910.435	Fausse prescription médicale
2	221.010	néant	221.010	120.000	120.000	101.010	Prescripteur n'est ni infirmier, ni médecin usurpation de nom d'un médecin et utilisation abusive de papier en tête du CHU.
3	3.308.723	2.377.687	931.036	200.000	2.577.687	731.036	5 enfants fictifs comme ayants droit et 2 sœurs fictives comme ayants droit.
4	1.485.305	néant	1.485.305	100.000	100.000	1.385.305	Le De cujus a été victime d'un 1er accident et se retrouve dans ce second accident car le véhicule auteur du 1er accident n'était pas assuré.
5	3.335.937	199.036	3.136.901	300.000	499.036	2.836.901	Le De cujus célibataire sans enfant n'a que 2 sœurs on nous présente 8 enfants, 4 frères, 1femme.
6	3.069.618	néant	3.069.618	275.000	275.000	2.794.618	Le De cujus a été victime d'un 1er accident et se retrouve dans ce second accident car le véhicule auteur du 1er accident n'était pas assuré.
7	3.534.130	1.381.245	2.152.885	100.000	1.481.245	2.052.885	Faux bulletin de salaire, faux certificats de naissance de deux frères, fausse qualification professionnelle, 1frère du De Cujus est décédé bien avant l'accident. Le père du De Cujus est décédé il y a 15 ans : on nous le présente comme ayant droit vivant.
	15.981.378	3.984.188	11.997.190	1.185.000	5.169.188	10.812.190	

B) LES ELEMENTS DE CALCUL DU TAUX MOYEN PROBABLE DE LA FRAUDE

1) Frais Moyen d'investigation : $\frac{1.185.000}{7}$ = 169.285 F

2) Indemnité moyenne réclamée à l'assureur avant investigation : $\frac{15.\ 981.\ 378}{7}$ = 2.283. 054 F

3) Coût Moyen de la fraude : $\frac{11.997.190}{7}$ = 1.713.884 F

4) Charge totale réelle moyenne des sinistres : $\frac{5.169.188}{7}$ =738.455 F

5) Gain Moyen d'indemnité : $\frac{10.812.190}{7}$ = 1.544.598 F

6) Indemnité réelle moyenne après investigation : $\frac{3.984.188}{7}$ = = 569.169 F

7) Charge totale de sinistre de l'exercice 1998 au 31/12/2000 (payés + SAP) 839.658.245 + 485.656.287 = **1.325.314.532 F.**

Supposons qu'en l'an 2000, cent dossiers (100) sont soumis en moyenne à investigation.

1ERE hypothèse : l'investigation a révélé de manœuvres frauduleuses sur les cent dossiers

Connaissant le coût moyen de la fraude, il suffit de le multiplier par les 100 dossiers pour avoir le coût annuel moyen de la fraude soit :
1.713.884 x 100 = 171.388.400 F,
calcul du taux probable de la fraude : $\frac{171.388.400}{1.325.314.532}$ x 100 = 12,93%.

2EME hypothèse : l'investigation n'a pas révélé de manœuvres frauduleuses sur l'ensemble des dossiers

Supposons que sur les 100 dossiers soumis à investigation dans l'année, vingt dossiers (20) n'ont pas révélé de manœuvres frauduleuses. Seuls, 80 dossiers sont entachés d'actes frauduleux.

Le coût annuel moyen de la fraude pour les 80 dossiers

80 x 1.713.884 = **137.110.720 F**

Le taux probable de la fraude : $\frac{137.110.720}{1.325.314.532} \times 100$ = **10,34%**

Faisons la moyenne des deux taux probables de la fraude pour avoir le taux moyen probable de la fraude.

$\frac{12,93\% + 10,34\%}{2}$ = **11,635%** **≈12%**

soit 12% x 1.325 314.532 F = **159.037.743 F**

APPROCHE DE SOLUTIONS

En dehors des moyens de lutte contre la fraude à l'assurance dans les sinistres auto corporels que nous avons évoqués dans le chapitre 3, nous tenons à faire les propositions de solutions suivantes :

1- Il est nécéssaire qu'on mette en place un comité anti fraude pour coordonner l'ensemble des politiques et stratégies de lutte contre la fraude à l'assurance,

2- La mise en œuvre des moyens de détection de la fraude doit être favorisée par l'informatique : création de fichiers, création de programmes de détection des fraudes, élaboration de statistiques etc,

3- Il est nécéssaire que les conseils juridiques des sociétés d'assurance, créent au sein de leurs cabinets une cellule antifraude chargée du dépistage des faux sinistres et de falsification des éléments d'évaluation des dommages corporels. Et en vue de dissuader de telles pratiques, le cabinet pourra porter les cas dépistés à la connaissance du public par voie de presse,

4- Il est nécéssaire que les régleurs de sinistres soient bien rémunérés pour éviter la corruption qui conduit à la fraude.

CONCLUSION

Les sinistres doivent être réglés vite et bien. Mais la difficulté du métier de régleur de sinistres est qu'il faut toujours éviter de régler plus qu'il n'est dû en application des clauses du contrat. Il faut donc bien connaître toutes les dispositions du contrat y compris les exclusions, les franchises et les conditions particulières qui peuvent influer sur les montants de l'indemnité.

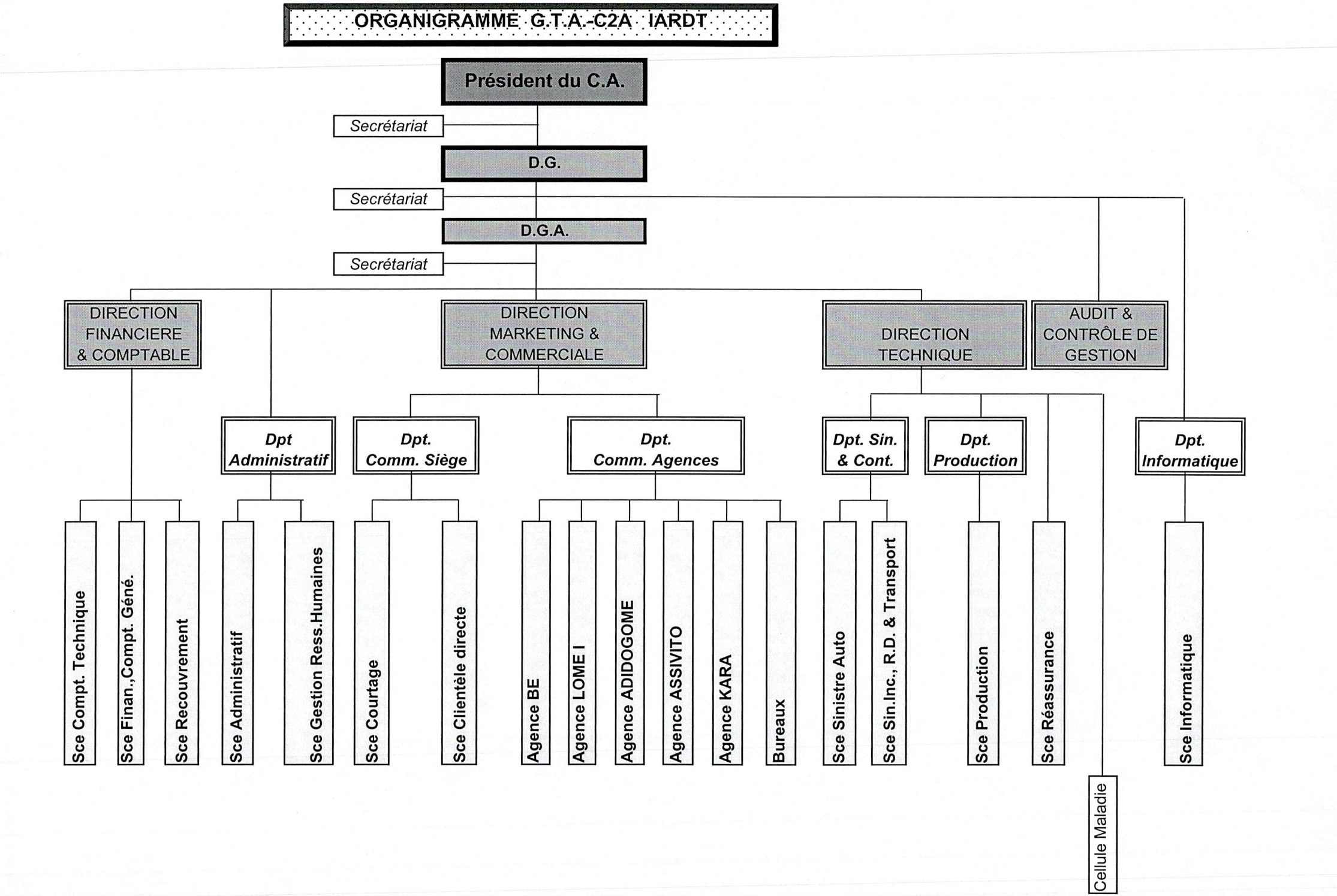
En outre, sans soupçonner systématiquement tous les assurés, il faut être constamment en éveil pour détecter les exagérations dans les dommages déclarés, les déclarations trompeuses, voire les fraudes préméditées. Comme le bon souscripteur, le bon gestionnaire de sinistres doit savoir dire non à certaines demandes qui lui sont faites. Détecter les fraudes à l'assurance puis poursuivre les fraudeurs demande beaucoup de perspicacité, de tenacité, et parfois de courage, mais c'est un devoir essentiel pour les services sinistres non seulement pour préserver la moralité publique en général, mais aussi pour sauvegarder les intérêts de l'ensemble de la mutualité des assurés.

L'incohérence des déclarations et des dates, l'invraissemblance du sinistre, un rapport médical imprécis, un questionnaire médical incomplet, des niveaux de garantie disproportionnés avec les revenus de l'assuré, un sinistre «prématuré» ou très proche de l'échéance du contrat, des disproportions notables entre les blessures et les dégâts matériels, des déclarations tardives ou contradictoires, des déclarations de sinistres incomplètes ou voire par téléphone, les falsifications de photocopies, les surcharges, les ratures, les ajouts sur certains

documents etc. etc...sont autant d'alarmes ou de clignotants devant attirer l'attention du régleur de sinistres.

La vigilance contre la fraude à l'assurance ne doit pas aboutir à retarder le règlement de la grande masse des sinistres déclarés par les assurés honnêtes, mais elle doit être une préoccupation constante et faire l'objet d'une concertation permanente de la part des intervenants sur le marché./.

ANNEXE


ORGANIGRAMME G.T.A.-C2A IARDT
Président du C.A.
Secrétariat
D.G.
Secrétariat
D.G.A.
Secrétariat
DIRECTION FINANCIERE & COMPTABLE
DIRECTION MARKETING & COMMERCIALE
DIRECTION TECHNIQUE
AUDIT & CONTRÔLE DE GESTION
Dpt Administratif
Dpt. Comm. Siège
Dpt. Comm. Agences
Dpt. Sin. & Cont.
Dpt. Production
Dpt. Informatique
Sce Compt. Technique
Sce Finan.,Compt. Géné.
Sce Recouvrement
Sce Administratif
Sce Gestion Ress.Humaines
Sce Courtage
Sce Clientèle directe
Agence BE
Agence LOME I
Agence ADIDOGOME
Agence ASSIVITO
Agence KARA
Bureaux
Sce Sinistre Auto
Sce Sin.Inc., R.D. & Transport
Sce Production
Sce Réassurance
Sce Informatique
Cellule Maladie

B. I. E. X. I. J.

BUREAU INTERNATIONAL D'EXPERTISES ET D'INVESTIGATIONS JUDICIAIRES
BP. 13263 Tél. : (228) 21 70 27 Fax : (228) 21 53 09
LOME - TOGO

Reçu au G.T.A.
LE 28 FEV. 1998
N° 369

AFFAIRE KPLAKO Aku
SIN 96-11000460

Sin 96/11000460
PV N. Yaovi

Lomé, le.....

PROCES-VERBAL D'INVESTIGATIONS D'ASSURANCES

Sur la demande du Groupement Togolais d'Assurances S.A., GTA, route d'Atakpamé, à Lomé, je soussigné, KUTO Kodjo Amétépé, Expert Investigateur Judiciaire, B.P. 13263 à Lomé, certifie avoir procédé à certaines investigations en vue de rassembler les éléments d'identification permettant d'élucider l'affaire KPLAKO Aku.

A - EXPOSE DES FAITS EN QUESTION

Selon le PV n°645/1er Septembre 1996 de la Brigade Territoriale de Notsé un accident mortel de la circulation était survenu sur le tronçon Notsé Tsévié le 1er Septembre 1996 vers 19 H dans le village d'Adakakpé (Haho).

Ainsi suite à l'accident, la dépouille mortelle de la victime nommée , âgée de 43ans serait déposée à la morgue de l'hôpital de Tsévié afin de trouver les parents de la victime.

Avant le dépôt de la dépouille à la morgue de Tsévié une réquisition n°232/2 du 1er Septembre 1996 aurait été adressée à l'Assistant-Médical de l'hôpital de Notsé ayant consulté le corps de la défunte en vue de délivrer l'expertise médico-légale.

Selon la procès-verbal d'audition d'ayant-droit de la victime, M. KOMI s'étant déclaré mari de ladite victime, a affirmé avoir donné une permission à son épouse Aku au cours de la dernière semaine du mois d'Août 1996 pour aller rendre visite à ses parents à Atakpamé (Ogou). De retour à Lomé Aku aurait fait escale dans une ferme dans la préfecture de Haho pour y visiter une de ses cousines avant de continuer sa route le lendemain le 1er septembre 1996. Comme une semaine était écoulée sans aucune nouvelle de sa femme, Mr N , Instituteur aurait été obligé de solliciter une permission auprès de son directeur pour aller déclarer la disparution de son épouse à la Gendarmerie de Notsé où il aurait été renseigné qu'il y avait de cela une semaine, une dame non identifiée avait été victime d'un accident mortel de la circulation sur le tronçon Notsé - Tsévié dans le village d'Adakakpé et son corps avait été déposé à la morgue de l'hôpital de Tsévié (ZIO). Ainsi, l'Instituteur s'était rendu à ladite morgue accompagné d'un gendarme où il aurait découvert le cadavre de sa femme. Il précisa que l'inhumation avait été faite sans aucun concours et qu'après les cérémonies funéraires du huitième jour il s'était entretenu avec sa belle famille qui lui avait laissé la procuration de prendre la charge des affaires de sa femme défunte.

Selon le procès-verbal d'audition du chauffeur de la camionnette RT - 3193 - J M. François, chauffeur et propriétaire de ladite camionnette a confirmé l'accident mortel du 1er septembre 1996 sur la route nationale n°1 en précisant qu'au cours du croisement d'une autre camionnette et ébloui par ses phares, il avait heurté mortellement une femme qui allait dans le même sens que lui dans le village d'Adakakpé (Haho).

1) OBSERVATIONS

- Le procès-verbal d'audition du chauffeur de la camionnette RT - 3193 - J constituait en fait, le point de départ de cette affaire.
Pourtant, lors de la déclaration d'accident automobile au GTA le 11 septembre 1996, M. avait affirmé avoir tamponné une fillette, aliénéementale, à Adakakpé et avait dû signaler les faits à la gendarmerie de Notsé qui avait constaté une blessée grave seulement.

3/13/98

- Un rapport d'enquête concernant l'accident du 1er sptembre 1996 notifié au GTA avait révélé qu'aucun corps issu de l'accident du 1er septembre 1996 n'avait déposé à la morgue de Tsévié.

Les deux points jettent un doute sur le dossier et incitent à poser des questions sur les circonstances exactes dans lesquelles Aku était décédée. Etait-elle tuée à Adakakpé ou ailleurs ?

Il est patent qu'il y a une zone d'ombre sur le lieu du décès de Aku. D'ailleurs, rien n'avait été dit sur le lieu de l'enterrement de Aku.

- De plus, pourquoi le Sieur Komi s'est-il permis de donner procuration à Monsieur Commerçant chauffeur à Agoè-zongo pour percevoir auprès du GTA les dommages-intérêts qui seraient alloués aux ayant droits de Aku ?

2) RAPPEL DE LA MISSION

Les motifs qui ont incité GTA Assurances à faire appel à mes services sont les suivants :

- Ladite compagnie doit verser aux ayant droits de Aku compte tenu du sinistre qui a fait cinq orphelins des dommages-intérêts, mais celle-ci a des soupçons sur la régularité des documents qui constituent le dossier.
La présente mission a pour but de dévoiler une éventuelle fiction qui porterait préjudice à la compagnie d'assurances.

En conséquence et vu le mandat qui m'a été confié, il a été procédé à certaines recherches en vue de confirmer ou d'infirmer les soupçons de ladite compagnie qui se reserve le droit de tirer toutes les conséquences juridiques de mes investigations.
Pour ce faire, ces investigations ont été effectuées entre le 23 Janvier et le 21 Février 1998 à Atakpamé (OGOU), à Notsé (Haho), à Adakakpé (Haho) à Kpalimé (KLOTO) et enfin Hanyigba-Todji (Kloto).

B - LES ELEMENTS D'INVESTIGATIONS

1) - LES DEMARCHES

ATAKPAME

Etant donné que M. KOMI avait déclaré que sa femme avait sollicité auprès de lui une permission pour aller rendre visite à ses parents à Atakpamé, j'ai jugé utile de mener des recherches à Atakpamé en vue de trouver et de contacter sa belle famille pour avoir d'amples renseignements nécessaires au dénouement de cette affaire.

Mais grande fut ma surprise de constater qu'après dix jours de recherches à travers la ville d'Atakpamé, ladite belle famille de M. KOMI n'a pas été identifiée. Ainsi, sa femme n'avait pas sa famille à Atakpamé, ce qui jette un discrédit sur l'éventuelle permission qu'elle aurait sollicitée.
En fait, ce voyage de Aku était un mythe ou une réalité ?

NOTSE

Suite à ces démarches d'Atakpamé, je suis allé à l'hôpital préfectoral de Notsé le 12 Février 1998 pour m'enquérir des informations utiles à ce dossier. Selon la réquisition n°232/2 du 1er septembre 1996 de la Brigade Territoriale de Notsé adressée à l'Assistant Médical, ce dernier devrait opérer une autopsie sur le corps de la défunte en vue de délivrer un rapport d'expertise médico-légale. Et c'était dans cette visée d'informations que je pris contact avec l'Assistant Médical dans son bureau vers 10 H 30. Je lui exposai le but de

de ma visite, mais c'était avec un grand étonnement que je constatai que l'Assistant a été incapable de me donner des informations concrètes sur l'autopsie et qu'aucun document relatif à cette opération n'était disponible. Ce fut avec déception que je quittai le bureau de l'Assistant Médical qui se contenta d'expliquer l'état de désordre qui règnait au niveau de son sécrétariat.

Une demi heure après je fis mon entrée à la Brigade territoriale de Notsé où le Commandant de Brigade n'a pas voulu me permettre de consulter le registre de la main courante. Je ne tardai pas à quitter la Brigade en ayant été sûr que quelque chose d'anormal s'est produit.

Après un tour d'environ deux heures en ville avec un bref passage au Tribunal de Notsé, je pris place à bord d'un bus de transport pour continuer mes démarches à Adakakpé où je suis descendu.

ADAKAKPE

Vers 19 H 45, je foulai le sol du village d'Adakakpé et je me suis dirigé vers les vendeuses de charbon ayant étalé leurs marchandises en bordure de la nationale 1. Je leur exposai l'affaire de l'accident de Aku mais aucune d'elles ne reconnut la réalisation de cet accident à la date indiquée ; de plus un collègien nommé Komlavi se présenta devant moi pour donner des explications et m'aida à trouver une éventuelle cousine de Aku dans le village. Mais cette brève recherche fut vaine et le collègien m'amena chez le Chef du village nommé et lui souffla l'objet de ma visite. Après les formalités de salutations et d'accueil traditionnelles, le Chef déclara :
"Jamais dans ce village aucune femme n'a été tuée en 1996, mais je peux affirmer qu'une fillette aliénémentale âgée d'environ 11ans a été gravement blessée par un véhicule qui l'a heurtée et cette dernière n'était pas morte.
D'ailleurs les faits ont été portés à la connaissance de la gendarmerie de Notsé qui a envoyé ses agents ici pour les formalités d'usage. Je vous confirme que cette femme nommée Aku n'a pas de parents dans ce village. Sachez que je suis au courant de tout ce qui se passe ici".
Sur ce, je le remerciai chaleureusement et quittai le village d'Adakakpé.

2) - OBSERVATIONS

- Il ressort des démarches effectuées que Aku n'avait pas de parents à Atakpamé et par conséquent n'avait pas effectué le voyage Lomé-Atakpamé sur l'autorisation de son mari, M. Komi : si le voyage n'a pas eu lieu, Aku n'avait pas été victime de l'accident du 1er septembre 1996, fait rejeté par le chef du village d'Adakakpé.

Remarque : Ayant été de retour à Lomé, un compte rendu provisoire a été fait au département des sinistres et un voyage sur Kpalimé et ses environs a été annoncé en vue de mettre fin à l'énigmatique affaire Aku.

3) - LES DEMARCHES COMPLEMENTAIRES

Le 20 Février 1998 vers 12 H30, je suis arrivé à Kpalimé, ville située à 110 Km au nord-ouest de Lomé.
Je ne tardai pas de reprendre mes recherches à travers la ville après un petit repos. En fin de journée, la moisson des renseignements a été maigre, mais intéressante et il en résulte ce qui suit :

- Le père de Aku nommé Fidèle a été employé à la mission Catholique de Kpalimé et est mort il y a quelques années.

- La famille est originaire de Hanyigba Todji, village situé à 12 Km à l'Ouest de Kpalimé à 700m d'altitude à la frontière ghanéo-togolaise.

Le 21 Février 1998 vers 11 H 50 à Hanyigba-todji, je descendis d'un bus Toyota de 15 places à bord duquel le voyage a été effectué sur une route escarpée non goudronnée dont les bordures étaient de profonds fossés. Un viel homme, assis à côté de moi, qui connaissait bien la famille [redacted], a eu la bonne obligeance de me montrer la maison [redacted] située non loin du marché où tous les passagers ont marqué leur descente. Conduit par un guide recommandé pour la circonstance je fis mon entrée dans la maison [redacted] où je fus accueilli par un jeune adulte nommé [redacted] Edoh vers lequel j'ai été dirigé. Ce dernier me fit asseoir dans un fauteuil rustique et je lui ai exposé l'objet de ma mission.
Voici sa déclaration avant d'être rejoint par son père, [redacted] Agbédzi Kwami :
"Ma nièce Aku est morte par accident à bord d'un véhicule sur la route Kpalimé-Lomé plus précisément à Tové en Février 1997. Elle a laissé trois orphélines à la charge de la famille et son mari, M. KOMI, enseignant, vit à Lomé.
Je souligne que son père prénommé [redacted] Fidèle, a travaillé chez les prêtres à Kpalimé et est décédé depuis quelques années. S'il vous plaît, venez, je vais vous présenter sa mère."

Je me suis levé et le suivai. Il s'arrêta devant une femme cinquantaine à laquelle il souffla quelques mots vernaculaires à l'oreille. Ladite femme se montra plus attentive à mon égard et les salutations d'usage ont suivi.
Et, elle fit appeler les enfants de la défunte Aku qui se présentèrent et elle dit : voici mes petites filles, Gisèle l'aînée, Amefa la cadette et Afi la benjamine.

Ensuite, elle entra dans sa chambre à coucher et en sortit avec la photo encadrée de sa fille défunte Aku qu'elle me montra dans la cour en présence de quelques parents. Elle précisa que sa fille a été enterrée à Hanygba-Todji.
Sur ce, je pris congé d'elle et me fis accompagner de M. [redacted] Edoh jusqu'au marché où après une petite attente, je trouvai un taxi pour regagner Kpalimé.
Mon retour à Lomé s'est passé dans de bonnes conditions en fin d'après-midi.

Mise au point

Après les contacts et renseignements obtenus les 20 et 21 Février 1998, il ressort ce qui suit :

a) [redacted] Aku est morte par accident à Tové sur la route Kpalimé-Lomé et non à Adakakpé situé sur la route Atakpamé-Lomé

b) [redacted] Aku avait ses parents à Kpalimé et à Hanyigbatodji et non à Atakpamé.

C - SYNTHESE

Suite à mes rencontres lors des recherches, il importe de retenir les points suivants après recoupements et analyses des différentes étapes :

1) - Personnes rencontrées

- L'Assistante médical à l'hôpital de Notsé
- Le C.B. de la Brigade territoriale (Gendarmerie) de Notsé.
- Le Chef du village d'Adakakpé.
- [redacted] Edoh, oncle de la défunte Aku.
- [redacted] Kwami, grand-père de la défunte Aku.
- [redacted] Ama, Mère de la défunte.
- Les enfants Gisèle, Amefa et Afi.

2) - L'Expertise-médico-légale

Il est inadmissible et choquant d'évoquer une éventuelle expertise médico-légale dans le PV n°645/1er septembre 1996 de la Brigade territoriale de Notsé étant donné que l'Assistant Médical n'a jamais opéré une autopsie sur le corps d'une défunte.

3) - L'Accident du 1er septembre 1996

Aku n'a jamais été à ADAKAKPE et le Chef dudit village M. [redacted] a été catégorique à ce sujet : rien ne pouvait se passer à l'insu du Chef.

4) - L'Histoire de la morgue

M. KOMI ne s'est jamais rendu à la morgue du Centre hospitalier de Tsévié pour découvrir le cadavre de sa femme en compagnie d'un gendarme. L'enquête du chirurgien-chef a notifié qu'aucun corps issu de l'accident n'avait été déposé à la morgue du centre.

5) - Procuration

Pourquoi M. [redacted] Komi [redacted] a-t-il jugé utile de donner procuration à M. SOKOU Komi pour percevoir auprès du GTA les dommages-intérêts qui seraient alloués ?

N'était-il plus sûr du véhicule qui a causé la mort de sa femme ?

En tout cas M. [redacted] Yaovi François n'a pas conduit le véhicule immatriculé RT - 3193 - N mentionné sur la procuration. Cette erreur était un lapsus qui cachait la vérité. En fait [redacted] Aku a été tuée à bord d'un véhicule autre que celui de M. NOFODJI immatriculé plutôt RT - 3193 - J.

6) - La Certitude

Il apparaît clairement que le véhicule à bord duquel [redacted] Aku a été tuée n'était pas assurée et ainsi pour pouvoir bénéficier des dommages-intérêts à allouer à ses ayant droits, M. KOMI a usé de ses relations pour monter ce dossier dans lequel le véhicule assuré de M. YAOVI F. servirait d'apât au GTA.

D - CONCLUSION

Eu égard aux éléments d'investigations et de synthèse, je déclare que :

- le procès-verbal n°645/1er septembre 1996 de la Brigade territoriale de Notsé est un montage et ne constitue qu'un acte de complaisance établi sûrement pour les besoins de la cause avec la complicité du propriétaire-chauffeur du véhicule immatriculé RT - 3193 - J.

- Le dossier est irrégulier et ne peut en aucun cas être pris en considération.

De tout a dressé le présent procès-verbal les jour, mois et an ci-dessous mentionnés.

Fait à Lomé, le 24 Février 1998.

L'Expert

Kodjo A. KUTO

U

Acc 99/11000544

Gonflement (2)

B

C.A.S.

Cabinet d'Assistance et de Services
BP.. Tél 05-67-90/05-67-69
LOME

V/R : SINISTRE
N° 99/11.000.544
Du 06 Juin 1999

RAPPORT D'ENQUETE N° 20/Cas.00

I- MATERIALITE DES FAITS

Il a été établi que cet accident a bien eu lieu le 06 Juin 1999 vers 08h 15 sur le Boulevard EYADEMA causant ainsi la mort de W. , âgé de 50 ans environ, né à NAKI-OUEST (P/TONE).

II- CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

La camionnette bus de transport de marque TOYOTA Immatriculée RT-1300-L, conduite au moment de l'accident par son chauffeur KASSIM Fousséni circulait sur le Boulevard EYADEMA du Nord au Sud- Chemin faisant et arrivé à la hauteur du 5è poteau électrique au Sud à partir du carrefour formé par l'artère précitée et le Boulevard de la KARA, elle a tamponné et renversé W. qui voulait lui aussi traverser à pied la voie d'EST à l'OUEST.

III- CONSEQUENCES

a) Matérielles :

Les dégâts matériels sur les deux véhicules impliqués dans l'accident sont peu importants. Le propriétaire du véhicule RT-9940-P a procédé à la réparation de son véhicule par ses propres moyens. IL explique ce comportement pour le fait qu'il voulait éviter les lenteurs de procédure de réparation.

b) Corporelles :

Le piéton W. a succombé de ses blessures le 06 Juin 1999, jour même de l'accident.

c) AYANTS-Droits

- **ASCENDANTS** :

En ce qui concerne les ayants-droits de feu W. il est établi qu'il était orphelin de père et de mère. Mais il a un oncle nommé Boulnabe.

Quoique ces actes portent le nom de la famille de feu W[illegible], nous doutons de leur authenticité.

- La lumière devra être faite lorsque l'un des parents bénéficiaires de l'indemnité réclamée au GTA sera interpellé.

- D'autres actes sont manifestement faux- Il s'agit :

1- Déclaration N° 380 du 18-08-84 est établie à LARE NOUMESSABE et non à W[illegible] Garba.

2- Déclaration N°264 du 22-8-89 est établie à BEDOUMA Soniéda et non à W[illegible] Noumpoa.

3- Déclaration N° 267 du 21.6.91 est établie à DJIGALE Doudjabé né le 15 Juin 1991 et non à W[illegible] Lène.

4- Déclaration N° 269 du 2-04-77 est établie à BAMMAIN Bouanyème né le 8-07-97 et non à W[illegible] Yayague

5- Déclaration N° 177 du 1-06-63 est établie à SAMBO Tchamdja et non à W[illegible] Bamekoa.

IV – CONCLUSION

Le dossier présenté par les ayants-droits de feu W[illegible] est composé de documents douteux.

Les déclarations recueillies dans son entourage viennent renforcer le doute que nous émettons sur l'existence des héritiers de feu W[illegible]

Lomé, le 20 JUIN 2000

P. Le Directeur Général

Le Chef du Service Technique

Cabinet d'Assistance et de Services C.A.S. Lomé-Togo

J. Komla KOUDITEY

Cet oncle que nous avons trouvé à NAKI-OUEST et dont nous joignons la photographie au présent rapport a un acte de naissance dans ce dossier présenté comme un frère au défunt. Ce vieux a apparemment plus de 60 ans, mais son acte de naissance dit qu'il est né le 20 février 1961.

- **DESCENDANTS :**

S'agissant des descendants de feu W. des informations reçues dans son milieu à NAKI-OUEST laissent penser qu'il n'a pas eu d'enfant, ce qui confirmerait la déclaration du Chef des ressortissants MOBA à LOME, déclaration faite par Procès-verbal au Commissariat de Police de LOME.

Par contre son oncle paternel Boulnabe a affirmé que le défunt avait (8) huit enfants qui vivent à LOME mais il est incapable de citer le nom d'aucun de ses huit enfants..

- **FRERES ET SŒURS** :

Selon son oncle paternel Boulnabe, feu W. n'avait que (2) deux sœurs de même père et même mère qui s'appellent W. Kondong et W. Fenkpeb.

Il est curieux de constater que les noms de ses (2) deux sœurs ne paraissent pas dans le dossier constitué pour l'indemnisation. Par contre le dossier comporte quatre (4) actes de naissances censés appartenir à des frères du défunt.

- **CONJOINTE**

L'existence d'une conjointe de feu W. n'a pas été établie ni à Lomé ni à NAKI-OUEST.

La déclaration de mariage N° 50 du 5 Mai 1978 jointe au dossier est plutôt entre Monsieur M. Noungoulame et YARO et non entre W. et L. Tandjom.

d) DOCUMENTS DE JUSTIFICATION JOINTS AU DOSSIER

- Actes de naissance :

Les recherches effectuées à l'ETAT-CIVIL central de DAPAONG ont révélé ce qui suit :

1- Déclaration de naissance N°164 de Mai 1982 = Djatoate
2- '' '' N° 465 du 30.10. 84= Assibi
3- '' ' N° 268 du 15.02.94 = Kanlanféi
4- '' '' N° 178 du 10.03.67 = L. Tandjom, née le 1er mars 1961 sœur
5- '' ''N° 100 du 23.02.67 = Feuillet non retrouvé dans les archives.
6- '' '' N° 396 du 20.09.66= Manoaba Frère de cujus

98/4000741
C

Résultats :

Les différentes consultations énumérées ne figurent nul part sur les registres de consultation.

Seul l'interne A[redacted] reconnaît seulement une de ses prescriptions les autres étant falsifiées.

Les autres internes n'ont pas répondu à la convocation, la plupart n'étant plus à Lomé.

Le seul document officiel digne de foi reste le CMI délivré par le Docteur **HOUNKPATI** le 28/08/1998 et qui fait état d'un important traumatisme du membre inférieur gauche nécessitant un plâtre sans plus. Il n'a été fait mention nul part

ni d'une hospitalisation, ni d'une complication.

V – COMMENTAIRE

1 - Du nombre des prescriptions

On dénombre 32 ordonnances dont 26 pour les seuls mois d'Août , Septembre, Octobre, Novembre : c'est inimaginable.

2 - Du nombre des produits

Nous avons dénombré un total de 125 produits différents pour une seule personne en 05 mois !

3 – Du nombre des prescripteurs

Nous avons dénombrés 22 prescripteurs différents.

Il paraît évident qu'une personne ne peut consommer à elle seule autant de produits surtout autant d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques.

De plus, certains produits n'ont absolument rien à avoir avec la pathologie évoquée. Il s'agit soit **d'une complaisance de la part des internes donc d'un manque de sérieux dans les prestations qu'ils offrent**, soit de combines destinées à arnaquer l'assureur ; ceux qui est fortement probable.

Nous suggérons que le GTA fasse poursuivre les enquêtes au niveau des pharmaciens fournisseurs, et qu'il diligente déjà au vue des

éléments de notre enquête une plainte pour tentative d'escroquerie par Monsieur **ASSARE**.

Dans tous les cas, nous aimerions rencontrer pour finaliser cette enquête en le confrontant aux différents documents recueillis .
Nous restons à votre disposition pour la poursuite de l'enquête.

4 - Des doubles prescriptions journalières

Des proscriptions ont été faites deux fois dans la journée avec les même ordres de Médicaments .
Exemple : le 11/09/98 ; le 10/11/98 etc.....

5 - Des médicaments en dehors du cadre traumatique

Des médicaments ont été prescrits qui n'ont rien à avoir avec la pathologie traumatique invoquée :
Ténormine (HTA)
- Intétrix (anti-dysenterie)
- Biotone (défatiguant)
- Stimol (défatiguant)
- Anti-paludéens
- Des solutions de perfusion
- Sondes vésicales

CONCLUSION

A l'analyse, il ne fait aucun doute que ces prescriptions sont soit fantaisistes soit destinées à un double usage soit tout simplement non honorées malgré les reçus de pharmacien.
Il y a manifestement une volonté de tricherie d'autant plus que les internes prescripteurs interrogés s'étonnent eux-mêmes de ce foisonnement d'ordonnances .

Le pharmacien serveur nous paraît être impliqué dans ce dispositif dans la mesure où en tant que conseiller en matière de pharmacovigilance, il n'a pas pu relever et attirer l'attention du client.
Et puis on se demande pourquoi toutes ces ordonnances ont été servies par la même pharmacie.

Dans tous les cas, une enquête complémentaire doit être menée en direction du pharmacien et aussi de la victime qui devra prouver qu'il a effectivement consulté aux dates mentionnées sur les ordonnances alors que rien n'est mentionné sur les registres à l'hôpital.

21 JAN. 2002

Docteur TCHANGAI Tcha-Tcha

98-11000741

Docteur *TCHANGAÏ K. Tcha-Tcha*

Médecin Conseil de G.T.A.

B.P : 81230

Lomé Togo.

Lomé, le .....

A

Monsieur le Directeur de G.T.A.

Lomé

01/03/2002

N° 13280

RESUME DE L'ENQUÊTE SINISTRE 98/11000741

I – RAPPEL DE THEME DE REFERENCE

Il nous a été demandé de vérifier les prestations médicales reçues par Mr. **A. K.** victime d'un accident de la voie publique le 20 /08 /1998 ; ces prestations en 5 mois ayant été évaluée à plus de 900.000 Fcfa (neuf cent mille francs).

II - L'ENQUÊTE

L'enquête s'est déroulée essentiellement au CHR de Lomé où nous avons vérifié les registres d'admission et de traitement dans les services de chirurgie .
Nous avons rencontré les surveillants de ces services et quelques internes prestataires.

III – RESULTAT

Bien que l'enquête ne soit pas complètement bouclée, il y a lieu de constater :

- que les prestations sont quantitativement et qualitativement impossibles et inimaginables dans les temps mentionnés,

- qu'il y a complaisance dans les prescriptions des ordonnances,
- Que ces prestations n'ont point été enregistrées comme cela se devait,
- Que certains internes disent avoir vu leur signature falsifiée.

Nous avons demandé à l'avocat de la victime de nous l'envoyer mais cette demande est restée sans suite.
Il y a dans tous les cas abus et falsification.

Signature :

TCHANGAÏ Tcha-Tcha

Ain 2000-11000 940

(D)

Defaut de qualité du prescripteur

(4)

Lomé, le 10 DEC. 2001

Docteur TCHANGAI K. Tcha-Tcha
Médecin Conseil de G.T.A.
BP : 81230
Lomé Togo.

Monsieur le Ministre de la Santé Publique

Objet : Plainte pour exercice illégal de médecine et usage de faux.

Monsieur le Ministre,

Nous avons l'honneur de vous rendre compte de ce qui suit :

— Médecin Conseil du groupement Togolais d'Assurance (G.T.A.), nous sommes chargé par cet organisme de vérifier la légalité des prestations médicales au bénéfice de Mr A. K., victime d'un accident de la voie publique le 24/10/2001 à Lomé.

— Nous avons été surpris au cours de nos investigations de constater que le médecin prestataire Dr K. K. S. n'était en réalité que Mr K. K. Kagnis, ancien garçon de course de feu Dr DABOU. Ce monsieur s'est installé en lieu et place du Dr DABOU au CABINET TOLERANCE où il exerce avec des entêtes du C.H.U., et des cachets des médecins fictifs ou existants, prétendument exerçant au C.H.U. de Tokoin de Lomé.

Au cours de nos investigations nous avons appris que Mr K. n'était pas à son premier geste, et qu'il avait l'habitude de délivrer de faux certificats médicaux, de pratiquer des I.V.G. souvent avec des conséquences désastreuses.

Depuis notre intrusion au CABINET TOLERANCE, où travaille une ribambelle "d'infirmières ", le Dr " K[redacted] " est toujours en voyage au Bénin.

Le Dr "K[redacted] ", aurait déjà fait l'objet d'une interpellation par le Docteur BASSABI, médecin Colonel des F.A.T., médecin chef de la pédiatrie des F.A.T. chez lequel il adressait des femmes et enfants après les avoir tripotés. Il s'en était sorti nous ne savons comment, et récidive depuis lors.

Dans le cas du sinistre N° 2000/1000940 du 24/10/2000 ; il a délivré un C.M.I., avec des informations falsifiées et des prescriptions fantaisistes alors que le sujet n'avait été que légèrement blessé.

Nous saisissons votre haute autorité pour prendre des mesures qui s'imposent.

Le CABINET TOLERANCE doit être fermé et Mr K[redacted] traduit devant les tribunaux. De telles pratiques abondent hélas, dans notre pays et imposent des pouvoirs publics des mesures de répressions sévères, et une sanction contre Mr K[redacted] devra servir d'exemple pour décourager d'autres faussaires.

Pour notre part, nous allons porter plainte contre Mr K[redacted] pour usage de faux, tentative d'escroquerie et d'usurpation d'identité.

En vous remerciant, Monsieur le Ministre, de votre haute bienveillante attention, nous vous prions, Monsieur, de trouver ici l'expression de notre profond respect.

Médecin Conseil du G.T.A.

Hon. 120.000

2000/100940

Docteur *TCHANGAÏ K. Tcha-Tcha*

Médecin Conseil de G.T.A.

B.P : 81230

Lomé Togo.

Lomé, le .....

A

Monsieur le Directeur de G.T.A.

Lomé

RESUME ENQUÊTE SINISTRE N°2000/100940 DU 20/10/2000

I - RAPPEL DE THEME DE REFERENCE

Il nous a été demandé d'enquêter sur les prestations médicales reçues par Mr. **A. K.** au cabinet **TOLERANCE** , la victime n'ayant pas été réellement blessée au cours du sinistre .

II – L'ENQUÊTE

Nous avons vérifié l'authenticité des prescriptions , contrôlé l'identité du prestataire Dr. **K. K.**.
Nous avons enquêté sur les qualités et l'identité réelle du prestataire.
L'enquête a pris plus d'un mois pour confondre ce dernier.

III – RESULTAT DE L'ENQUÊTE

Le prestataire n'est ni infirmier, ni médecin. Il a usurpé un nom de médecin et utilisé abusivement les papiers entête du CHU.
Le faussaire a été arrêté après notre plainte pour exercice illégal de la médecine et pour usage de faux et tentative d'escroquerie.

Jugé, il a été condamné à deux ans de prison avec sursis pour exercice illégal de médecine et un an pour usage de faux.
La partie civile n'ayant pas été convoquée au procès, nous avons demandé que le G.T.A. par le biais de son conseillé juridique relève appel.
L'affaire suit son cours et le G.T.A. devait exiger des dommages et intérêts.

Signature :

TCHANGHAÏ Tcha-Tcha

Ass 2000/n0000940

DOCTEUR TCHANGAI A.K Tcha-Tcha

Médecin Conseil du G.T.A.

B.P.81230. Lomé Togo.

Lomé le

Commissaire Central Lomé

Objet : Plainte pour usage de faux et exercice illégal de profession.

Monsieur le Commissaire.

Chargé par le G.T.A. dont je suis le Médecin conseil de vérifier les prestations médicales liées au sinistre N°TM/AAL/425/SIN/2001 du 24/10/2000 concernant Mr A. K. ; j'ai été surpris de constater que le médecin prestataire n'était en fait qu'un certain Mr K. K. ancien garçon de course du Dr DABOU du cabinet TOLERANCE. Ce monsieur s'est installé en lieu et place de son ancien patron utilisant des ordonnanciers du CHU et tampons de médecins ayant servi à cet hôpital. Ainsi dans le dossier pour lequel je mène des investigations, il se sert du nom d'un certain Dr Kuoévi Kagni S. qui semble t'il aurait été interne au CHU il y'a de cela quelques années. Toujours est t'il que c'est monsieur K. qui a établi les dossiers médicaux de Mr A. K. (certificat et ordonnances).

Je porte plainte contre monsieur K. K. pour établissement de faux et usage de faux Et exercice illégal de la médecine.

Dr TCHANGAI.

BIBLIOGRAPHIE

I OUVRAGES SPECIALISES

1) Déclarations frauduleuses de risque et de sinistre en assurance I.A.R.D : de Sylvie Revol (Presses Universitaires d'Aix-Marseille 1984).

2) La lutte contre la fraude à l'assurance,
Publication de la faculté de droit et des sciences sociales de l'université de Poitiers : Actes du colloque organisé à Niort les 28 et 29 juin 1990 (Assurance Française).

II OUVRAGES GENERAUX

1) Code CIMA
2) Landel J. et Charre-Serveau M : Lexique juridique et pratique des termes d'assurance, l'argus, Paris 9e, 1992.

TABLE DES MATIERES

Dédicace	i
Remerciements	ii
Table des sigles et abréviations	iii
Avant-propos	IV
Sommaire	VI
INTRODUCTION	1
1ERE PARTIE: L'EXECUTION DES TACHES DANS LES DIFFERENTS SERVICES	3
2EME PARTIE: LA PROBLEMATIQUE DE LA FRAUDE A L'ASSURANCE DANS LES SINISTRES AUTO CORPORELS	19
Définition de la fraude à l'assurance	19
CHAPITRE I : Les Manifestations de la fraude dans les sinistres auto corporels	21
Section I : Substitution et augmentation artificielle du nombre des victimes	21
Paragraphe I : Substitution des victimes	21
Paragraphe II : Augmentation artificielle du nombre des victimes	22
Section II : Le faux dans les prescriptions et expertises médicales	23
Paragraphe I : Le faux dans les prescriptions médicales :	23
A. Des lésions non liées à l'accident	23
B. Des prescriptions exagérées ou sans aucun lien avec les lésions	24
C. Du défaut de qualité pour le prescripteur	25

Paragraphe II : le faux dans les expertises médicales	25
A. De l'état antérieur à l'accident et des lésions fictives ou imaginaires	26
B. De l'exagération frauduleuse des lésions réellement dues à l'accident	26
Section III : Souscription frauduleuse après survenance du sinistre avec la complicité des agents d'assurance	27
Paragraphe I : Souscription après sinistre	27
Paragraphe II : Complicité des agents d'assurance dans la réalisation de la fraude	28
CHAPITRE II : Les sanctions de la fraude à l'assurance dans les sinistres auto corporels	29
Section I : La répression de la fraude à l'assurance au civil	29
Paragraphe I : La preuve de la fraude à l'assurance	29
Paragraphe II : Les sanctions civiles de la fraude dans les sinistres auto corporels	30
A - Sanctions consécutives à la réalisation du sinistre frauduleux par le fait de l'assuré ou par le fait des tiers	31
B - Sanctions consécutives à la découverte de la fraude au niveau de la déclaration du risque après survenance du sinistre frauduleux	32
Section II : la répression de la fraude à l'assurance au pénal	33
Paragraphe I : Qualification d'escroquerie de la fraude à l'assurance	34
Paragraphe II Les sanctions pénales applicables	35
CHAPITRE III : Les moyens de lutte contre la fraude à l'assurance dans les sinistres auto corporels	36
Section I : Les mesures internes à la compagnie d'assurance	36

Paragraphe I Les moyens de détection de la fraude	36
Paragraphe II : La mise en place d'une politique rigoureuse de règlement des sinistres	37
Paragraphe III : Nécéssité d'une structure rationnellement organisée	38
A - Décloisonner les structures internes de l'entreprise	38
B - Associer tous les services de l'entreprise	38
Paragraphe IV: L'instauration d'un climat relationnel franc entre assureur/assurés et autres intervenants au processus de règlement des sinistres corporels	39
Section II : Les mesures internes à la corporation	40
Paragraphe I : La mise en place d'un organisme commun de lutte contre la fraude	40
Paragraphe II : Information et sensibilisation des intervenants au processus de règlement des sinistres auto corporels	41
CHAPITRE IV Analyse statistique par extrapolation et simulation du phénomène de la fraude	43
A) Tableau statistique établi à partir d'un échantillon de sept faux dossiers sinistres	44
B) Les éléments de calcul du taux moyen probable de la fraude	45
Suggestions	47
Conclusion	48
Annexe	
Bibliographie	
Table des matières.	