

DROIT DES ASSURANCES

Quelle est l'importance de l'assurance dans la société ?

Cette importance va s'apprécier à 2 niveaux : d'abord au niveau de la protection des hommes, des biens et ensuite au niveau de la croissance économique de la société.

En ce qui concerne la protection des hommes et des biens, il faut noter que l'assurance tend à assurer la protection des hommes et des biens ou encore la protection des hommes et de leur biens en les garantissant contre les risques auxquels ils sont exposés et dont ils ne peuvent pas faire face tout seul. L'assurance a pris naissance en Europe sous la forme d'assurance maritime. L'assurance terrestre date du XVII^e siècle. Elle a été introduite en Afrique avec la colonisation où elle a connu un développement considérable de sorte qu'on assiste aujourd'hui en Côte d'Ivoire à de nouvelles formes d'assurances à côté des branches classiques comme celle de l'Incendie, Accident et Risques Divers qu'appelle **I.A.R.D** et l'assurance vie. En effet, pour répondre à un besoin de sécurité, les produits nouveaux fondés sur l'esprit de solidarité ont vu le jour. Il s'agit notamment de l'assurance funéraires qui prend en charge la cérémonie funéraire, il ya l'assurance étude qui couvre à partir de 15 ans les études d'un enfant désigné. Il y a aussi l'assurance natalité qui est le contrat par lequel l'assureur verse un capital à l'assuré de la naissance de chacun de ses enfants bien entendu avec une seule mère et le nombre est limité à 5 enfants.

Au niveau de la croissance économique, l'assurance se présente comme un vecteur important en ce sens qu'elle a les moyens de stabiliser les aléas et de constituer un instrument de collecte et de bail qui permet de financer les investissements. L'assurance joue un rôle de mobilisation de l'épargne intérieure. Devant les difficultés rencontrées dans le secteur dans les années 1980 et 1992, il est apparu nécessaire de restructurer le secteur. En effet, le marché de l'assurance étant devenu trop étroit, la nécessité s'est fait sentir dans le sens de l'intégration des marchés africains de la zone franc. C'est dans ce soucis qu'a été mis en place **une réglementation commune le 10 juillet 1992 à Yaoundé au Cameroun** par la signature du traité instituant une organisation intégrée de l'industrie des assurances dans les Etats Africains appelé "**Traité CIMA**" qui est en fait la Conférence Interafricaine des Marchés de l'Assurance. Il a été signé à l'origine par 12 Etats et aujourd'hui 17 Etats

avec l'arrivée de la Guinée Equatoriale. Le traité comprend 2 annexes : *l'annexe 1* comprend le code des assurances des Etats membres de la Conférence Interafricaine des Marchés de l'Assurance et *l'annexe 2* relatif au statut et aux missions des directions nationales des assurances. Il entre en vigueur le 25 février 1995. La C.I l'a ratifiée depuis le 9 août 1993. Les objectifs sont l'harmonisation en matière d'assurance au niveau de tous les Etats signataires (mêmes règles). Le code a connu 4 modifications en 1995, 1996, 1999 et 2000 dont voici l'essentiel de la présentation.

1^{ère} PARTIE :

LE CONTRAT D'ASSURANCE

TITRE I :

LE DEROULEMENT DU CONTRAT

CHAPITRE I :

***LES DIFFERENTS PARTENAIRES DANS LES
RELATIONS D'ASSURANCE***

SECTION I : LES PROFESSIONNELS DE L'ASSURANCE

Les entreprises d'assurance doivent être distinguées des intermédiaires qui assurent la distribution de l'assurance dans un pays d'assurance.

§1 : L'ENTREPRISE D'ASSURANCE : L'ASSUREUR

L'entreprise d'assurance c'est l'assureur qui se présente comme la partie au contrat qui s'engage à garantir l'assuré contre les risques prévus au contrat, à payer les prestations indemnitaires ou forfaitaire en cas de sinistre. Ce sont ces entreprises qui sont réglées par les livres III du code CIMA. Elles ne sont jamais une personne physique, elles sont soumises à un contrôle et leurs formes juridiques sont étroitement réglementées. Ces entreprises se constituent sous forme soit de société anonyme, soit d'assurance mutuelle.

A-LES SOCIETES ANONYMES D'ASSURANCE

L'article 301 alinéa 1^{er} du code CIMA fait obligation à toute entreprise d'assurance. Dans la pratique, on distingue les entreprises nationales au côté des sociétés anonymes privées quand bien même elles se constituent toutes sous la forme de SA.

B-LES SOCIETES D'ASSURANCES MUTUELLES

Précisons que les sociétés d'assurances mutuelles sont des associations qui ont un caractère civil et leurs règles financières qui sont moins exigeantes que celles des capitaux, sont compensées par une adhésion plus forte des membres de la mutualité. Les règles de fonctionnement de ces sociétés mutualistes sont prévues par *les articles 330 alinéa 7 et 8 du code CIMA*. Mais quels sont les intermédiaires d'assurance ?

§2 : LES INTERMEDIAIRES D'ASSURANCE

Ce sont les distributeurs des entreprises d'assurances. Il y a aussi les intermédiaires classiques et de nouvelles formes de distribution de l'assurance.

A-LES INTERMEDIAIRES CLASSIQUES

Ici, l'hypothèse est la suivante : l'entreprise d'assurance émet un produit qu'elle doit vendre et pour placer auprès du public, il existe tout un réseau d'intermédiaire dont les deux statuts fondamentaux sont ceux d'agents généraux et de courtiers d'assurance. Et le code CIMA régleme en son *livre V* la profession d'intermédiaire d'assurance.

1-les agents généraux

C'est par le réseau de ces agents que les entreprises d'assurance sont en contact avec le public. Et l'agent général est le mandataire de la société d'assurance. Il a en charge de placer des opérations d'assurance et éventuellement de les gérer. L'agent général remplit ses fonctions dans l'indépendance qui caractérise l'exercice d'une profession libérale. En sa qualité de mandataire de la compagnie, il engage celle-ci par les actes qu'il passe car lié par un contrat d'agence. Il en résulte que la compagnie d'assurance doit sa garantie lorsque les erreurs relevées au cours du processus de formation du contrat et notamment de la proposition d'assurance sont imputables à l'agent général. Par ailleurs,

lorsqu'une faute de l'agent général prive l'assuré de garantie, la responsabilité de la compagnie est engagée.

2-le courtier d'assurance

C'est un commerçant indépendant inscrit au registre du commerce et de crédit mobilier et soumis à toutes les obligations du commerçant. Généralement, le courtier est un mandataire de l'assuré et c'est à ce titre qu'il est souvent appelé assureur-conseil car il effectue des actes d'entremise en plaçant les risques de ses clients auprès des compagnies qui lui semblent les mieux placées pour les garanties. Propriétaire donc de ce portefeuille, il peut le céder à un successeur qu'il choisit en toute indépendance. En cette qualité, il engage sa responsabilité lorsqu'il commet une faute dans l'accomplissement de son mandat. Il peut occasionnellement être mandataire de l'assureur pour lequel il opère souvent le recouvrement des 1^{ères} primes et délivre des notes de couvertures. L'exercice de cette profession minutieusement réglementé par les codes qui précisent notamment les personnes habilitées, les conditions d'honorabilité, la capacité et les garanties financières (***article 501 du code CIMA***).

B-LES NOUVELLES FORMES DE DISTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE

De nombreux canaux de distribution sont apparus avec l'éclatement des formes traditionnelles de distribution :

-il ya d'abord les guichets des banques et des postes notamment pour les produits financiers d'assurance vie et de capitalisation.

-il ya aussi les bureaux ouverts dans les magasins à grande surface.

-ensuite les associations collectent les demandes de garantie de leurs membres.

-et enfin les groupes qui entendent bénéficier des conditions avantageuses des assurances.

SECTION II : LES CONSOMMATEURS DE L'ASSURANCE

Par consommateurs, on entend 3 situations juridiques différentes :

- ✓ D'abord la situation des souscripteurs
- ✓ Ensuite la situation de l'assuré

- ✓ Enfin celle des tiers bénéficiaires

§1 : LE SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance étant une convention entre un assureur et un souscripteur, celui-ci se présente comme la partie au contrat au nom de laquelle la police est signée et qui s'engage au paiement des primes. C'est souvent l'assuré lui-même qui souscrit pour son propre compte. Mais cela n'est pas obligatoire comme le montre l'assurance pour le compte d'autrui dénommé "Assurance pour compte"

§2 : L'ASSURE

C'est la personne physique ou morale sur la tête ou sur les intérêts de laquelle repose une assurance c'est-à-dire celle qui est menacée par le risque couvert soit de sa personne, soit de son patrimoine. Cette qualité ne peut donc être ramenée ni à celle des parties au contrat ni à celle de souscripteur. Il en résulte que dans des cas, on peut être en présence de l'assuré souscripteur que correspond à l'hypothèse où l'assuré c'est-à-dire celui sur la tête duquel pèse le risque garanti est aussi souscripteur d'assurance. En ce qui concerne l'assuré bénéficiaire d'une assurance pour compte il faut noter que le fondement peut être trouvé dans *l'article 1121 du code civil* qui prévoit qu'on peut stipuler pour autrui et donc donner à un tiers la qualité de créancier bien entendu que le stipulant ait souscrit un contrat non seulement pour son propre compte mais aussi pour le compte d'autrui qui devient ainsi assuré. L'assurance pour compte se rencontre dans les assurances de dommages intérêt et les assurances de personnes.

Dans les assurances de dommage " *l'assurance pour compte*" pour qui elle appartiendra est utilisée dans les assurances de choses et de responsabilité. Dans les assurances de choses, cette assurance pour compte a été élaborée à l'origine en droit maritime. Et l'assurance est utilisée notamment dans les assurances terrestres par les détenteurs pour les dépositaires de biens mobiliers appartenant à autrui et la police d'assurance inclut en réalité la garantie de deux risques :

- D'abord le dépositaire souscrit une assurance de responsabilité qui le garantit lui-même au cas où sa responsabilité serait établit à l'égard du propriétaire du bien détruit.

• Ensuite le dépositaire souscrit une assurance pour le compte de qui il appartiendra l'assurance de chose pour le compte des propriétaires des biens confiés au cas où les biens seraient détruits en dehors de toute responsabilité de sa part. Exemple : incendie, vol. Ainsi l'assurance pour compte complète la garantie de ses clients au delà de sa propre responsabilité contractuelle. Dans les assurances de responsabilité l'exemple type est l'assurance automobile obligatoire dans laquelle l'assurance garantit non seulement la responsabilité du propriétaire du véhicule souscripteur du contrat mais également celle de tout gardien ou tout conducteur qui devient légalement assuré. L'assurance pour compte existe également pour les assurances de personnes en ce sens que le bénéficiaire de la stipulation pour autrui est intégré dans le contrat d'assurance en sa qualité personnelle d'assuré.

§3 : LES TIERS BENEFICIAIRES

En dépit du principe de la relativité des conventions, certains tiers bénéficient des prestations de l'assurance. Il y a d'abord les tiers bénéficiaires dans les assurances en cas de décès. C'est donc le tiers désigné par l'assuré dans le contrat qui va recevoir les prestations de l'assureur. Il y a aussi les tierces victimes dans les assurances de responsabilité où la victime n'est qu'un tiers.

CHAPITRE II :

LA CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance présente des caractéristiques qui permettent de comprendre toutes les règles régissant la conclusion dudit contrat.

SECTION I : LES CARACTERISTIQUES DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance peut être défini comme une convention par laquelle une partie (l'assureur) s'engage moyennant rémunération envers une autre l'assuré au versement d'une indemnité ou un capital au cas où surviendrait un événement futur incertain qu'on appelle le risque. Cette définition fait apparaître les caractères du contrat d'assurance :

–Le contrat d'assurance est un contrat consensuel. Le consentement y est donc très important dans la validité du contrat d'assurance. *L'article 07 du code*

CIMA exige certes un écrit, cependant cet écrit n'est pas une condition de validité du contrat mais plutôt un moyen de preuve. Le contrat est rédigé dans la langue officielle de l'Etat c'est-à-dire le Français pour la Côte d'Ivoire et ceux en caractère très apparent

–Le contrat d'assurance est un contrat synallagmatique ce qui veut dire que d'un côté l'assuré doit fournir les informations relatives aux risques ; les modifications concernent les risques de payer les primes et de l'autre l'assureur qui garanti l'assuré contre les risques.

–C'est un contrat aléatoire car on ne sait pas si le risque va se réaliser, ni le moment de sa réalisation d'où la distinction entre certain et incertain.

–C'est un contrat à exécution successive car les effets se réalisent dans le temps.

–C'est un contrat d'adhésion

–C'est un contrat à titre onéreux

–C'est un contrat de bonne foi. Il s'agit ici de souligner la nécessité absolue de loyauté de l'assuré pour maintenir l'équité de la relation contractuelle. Lorsque l'assureur est plus souvent obligé de faire confiance aux déclarations de l'assuré sans pouvoir les vérifier lors de la souscription du contrat. C'est pourquoi, la mauvaise foi prouvée de l'assuré va entraîner la nullité du contrat dans certain cas.

SECTION II : LA CONCLUSION INITIALE DU CONTRAT D'ASSURANCE

§1 : LA FORMATION DU CONTRAT

Il y a deux phases à ce niveau : l'information préalable, ensuite le consentement et la formation elle-même qui va être concrétisée par la signature de la police.

A-L'INFORMATION PREALABLE

Le contrat d'assurance étant un contrat consensuel, il est formé dès l'accord des parties sur l'objet de la garantie et son prix d'où la détermination de l'instant de cet accord compte tenu des différentes démarches qui précèdent cet accord. Il

appartient au futur assuré de faire connaître à l'assureur l'objet de la garantie qu'il demande en lui fournissant tous les éléments d'appréciation utiles car c'est l'objet de la proposition d'assurance que l'assureur doit étudier pour déterminer le tarif convenable.

1-L'information de l'assuré par l'assureur

L'assureur est tenu de fournir à l'assurable une fiche sur le prix ; les garanties offertes et les excursions avant la conclusion du contrat.

2-L'information de l'assureur par l'assuré : la proposition d'assurance

La proposition d'assurance est le document par lequel le futur souscripteur demande une garantie d'assurance pour les risques qu'il déclare. L'assurable doit donc fournir tous les détails à l'assureur afin de lui permettre d'apprécier le risque. En pratique la proposition est un imprimé préétabli par la société d'assurance et qui est transmise au client. Le formulaire contient toutes les informations dont à besoin l'assureur lui permettant d'apprécier tous les risques qu'il prend. C'est le formulaire de déclaration des risques qui, au terme de **l'article 6 du code CIMA** n'engage ni l'assureur ni l'assuré en ce sens qu'il constitue qu'une offre au contractant (assuré) émanant du proposant (assureur).

B-L'ECHANGE DES CONSENTEMENTS

Seule l'acceptation de l'assureur va former le contrat. Il en résulte que bien avant cette acceptation, les deux parties sont libres, l'assuré peut rétracter son offre et l'assureur de refuser ou d'accepter. L'acceptation est établie par l'apposition de la signature de l'assuré sur la police et cette acceptation doit être pure et simple. A défaut, il n'y a pas de contrat. L'acceptation doit émaner d'un agent qualifié de la compagnie. En tout état de cause, on a recours à la théorie de l'apparence lorsque la qualité de l'agent qui a donné son consentement est contestée et cela pour protéger celui qui a contracté de bonne foi. Il appartient donc à l'assureur d'apporter la preuve de la mauvaise foi du souscripteur. Dans les sociétés mutualistes, le contrat n'est valablement formé que lorsque le souscripteur adhère au statut de la mutuelle. C'est ce qu'explique que les polices de ces sociétés doivent constater la remise à l'adhérent du texte intégral des statuts.

C-LA CLAUSE DE SIGNATURE DE LA POLICE PAR L'ASSURE

Une clause figure presque toujours dans les coulisses au terme de laquelle l'assureur, rédacteur des polices, des imprimés subordonne la perfection du contrat à la signature de la police par l'assuré et celui-ci reçoit 2 ou 3 exemplaires selon le cas à régler (à signer). Mais à partir de quand commence l'effet du contrat ?

§2 : LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT

En principe le contrat d'assurance devrait au regard du principe du consensualisme prendre effet dès sa conclusion. Mais pour éviter toutes contestations sur la date du contrat et tout problème susceptible de se poser en cas de survenance de sinistre avant le paiement de la prime, *l'article 13 alinéa 2* prévoit que la prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement de la prime par l'assuré. Et les primes sont payables au domicile et donc au siège de l'assureur ou du mandataire désigné sauf convention contraire. Ce qui veut dire que les prime sont portables.

§3 : LA PREUVE DU CONTRAT

Certes le contrat d'assurance est un contrat consensuel mais *l'article 7 du code* prévoit "*l'écrit*" comme un mode de preuve du contrat. L'écrit n'est pas une condition de validité du contrat mais un moyen de preuve. Et tout écrit peut servir à établir la preuve du contrat d'assurance. Exemple : une correspondance de l'assureur et de l'assuré dès qu'elle constate un accord des parties ; un télégramme pour marquer son accord.

En fait, le mode normal de preuve est constitué par la police, à défaut l'assurance peut être établit par ce qu'on appelle la note de couverture. En matière d'assurance automobile obligatoire, il est prévu une attestation d'assurance.

A-LA POLICE D'ASSURANCE

La police est un document signé par les parties et qui constate l'existence et les conditions du contrat d'assurance. Le contenu de la police est prévu par *le code CIMA en son article 8*. En pratique, la police d'assurance est un imprimé établi par les compagnies d'assurance et préalablement communiqué à la direction nationale des contrôles d'assurance avec 2 parties, une partie présentant les conditions générales c'est-à-dire les clauses identiques pour tous les contrats du même genre passés par le même assureur et contenant les

dispositions du code CIMA : *ces clauses sont imprimées.* L'autre partie est relative aux conditions particulières qui permettent d'adapter le contrat à chaque cas particulier : *ces clauses sont manuscrites ou dactylographiées.*

Du point de vue de la forme, il n'est pas inutile de rappeler que pour préserver les assurés des surprises éventuelles, non seulement le contrat doit être rédigé dans la langue officielle de la Côte d'Ivoire mais en outre, les clauses édictant des nullités ou des déchéances doivent être rédigés en caractère très apparents sous peine de nullité.

En ce qui concerne les sociétés d'assurance mutuelles, les polices doivent constater la remise à l'adhérent du texte entier des statuts de la société. Un pouvoir souverain est reconnu au juge dans l'interprétation des polices d'assurance. En principe cette interprétation se fait selon les règles de droit commun c'est-à-dire le juge va chercher la commune intention des parties. Cependant, en matière d'assurance, il existe des spécificités. C'est ainsi que d'abord, lorsque la clause est claire et précise, le juge ne peut la dénaturer. En cas de dénaturation, le contrôle incombe à la cour suprême. En revanche, si la clause est obscure, en principe dans le doute la convention s'interprète contre celui qui a stipulé et en faveur de celui qui a contracté l'obligation. En matière d'assurance, ce principe est écarté car il est admis que tout pacte obscur et ambigu s'interprète contre celui qui a fait la loi.

B-LA NOTE DE COUVERTURE

Un assuré qui désire être couvert immédiatement en attendant la délivrance de la police ou le paiement de la prime peut demander à l'assureur de lui délivrer une note de couverture. Cette note émane de l'assureur qui s'engage à garantir immédiatement l'assuré et aucune forme n'est exigée. Cependant les conditions essentiellement de la garantie doivent être rappelées dans la note de couverture à peine d'inopposabilité des clauses d'exclusions. Le caractère essentiel de la note de couverture est qu'elle est provisoire, elle ne vaut que jusqu'à établissement de la police d'assurance.

C-L'ATTESTATION D'ASSURANCE

Elle se rencontre dans l'assurance auto obligatoire et constitue un moyen de contrôle permettant aux agents de la sécurité publique de s'assurer que les assujettis sont en règle vis-à-vis de la loi. Le défaut de l'attestation d'assurance

est sanctionné pénalement et se présente sous la forme de document de couleur jaune qui contient des mentions prévues à *l'article 320 du code CIMA*. Mais quelle est sa force probante ? La réponse est donnée par *l'article 213 du code CIMA* qui précise que ce du fait présumer la satisfaction de l'obligation d'assurance. Certes cela n'implique pas une obligation de garantie mais la présomption est très favorable à l'assuré.

§4 : L'OBJET DU CONTRAT : LE RISQUE GARANTIE PAR L'ASSUREUR

La raison d'être de l'assurance c'est le risque et c'est pour s'en prévenir que l'assurable s'adresse à une compagnie d'assurance pour obtenir une garantie. L'assureur s'engage à partir d'un risque en fonction duquel il va fixer la prime que doit payer l'assuré. Sur le fondement de l'autonomie de la volonté les parties délimitent elles mêmes l'objet du contrat c'est-à-dire qu'elles fixent un commun accord le risque et l'étendu de la garantie. Mais la liberté reconnue à l'assureur de garantir tel ou tel risque rencontre des restrictions dues au fait qu'il existe des risques assurables et des risques exclus.

A-LES RISQUES ASSURABLES

Ces risques se présentent comme un évènement incertain soit dans sa date, soit dans sa réalisation que l'assuré redoute (l'évènement peut être heureux aussi : naissance d'un enfant). Ce qui est pris en compte c'est l'incertitude au regard de l'évènement envisagé. L'évènement incertain ne doit pas dépendre de la volonté exclusive d'une des parties notamment de l'assuré, si aléa qui est le fondement même de l'assurance..... Toutefois, toutes ces conditions n'ont d'intérêt que si le risque couvert n'est pas un risque exclu.

B-LES RISQUES EXCLUS

Ils doivent être recherchés à travers *l'article 11 du code CIMA* qui prévoit des exclusions d'ordre légal et des exclusions conventionnelles.

1-les exclusions légales

Au niveau des exclusions légales, il y a d'abord les fautes intentionnelles et dolosives de l'assuré, les risques de guerre, les émeutes et les mouvements populaires.

a) Les fautes intentionnelles ou dolosives

Au terme de *l'article 11 du code CIMA* "l'assureur ne répond pas du fait et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré". Il s'agit de fautes qui supposent que non seulement l'assuré est conscient de sa faute mais ait voulu également la réalisation du dommage. Cette exclusion repose sur des considérations d'ordre public en ce sens qu'au plan moral, il apparaît malsain de se couvrir contre le mal qu'on veut causer. Les faits intentionnels suppriment l'incertitude qui est la base même de l'assurance. Cependant cette faute intentionnelle engendre certaines difficultés suivant le type d'assurance :

-Dans l'assurance des choses, il ya à priori aucune difficulté majeure et la garantie est exclue en cas d'incendie volontaire. Mais l'assuré est couvert en cas d'incendie par imprudence.

-Dans l'assurance de responsabilité, l'exclusion joue si l'assuré poursuivi pénalement a été reconnu coupable d'une infraction impliquant une faute intentionnelle.

En revanche, l'assurance joue si l'assuré a été condamné pour homicide ou blessures involontaire. Exemple : accident d'auto.

-Dans l'assurance vie, le problème est relatif au suicide et l'article 66 du code CIMA résout la difficulté en précisant que l'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement et consciemment la mort au cours des deux premières années du contrat et il y a suicide volontaire et conscient lorsque l'assuré provoque en toute lucidité sa propre mort. Dans ce cas l'assurance ne joue pas mais les héritiers perçoivent ce qu'on appelle la provision mathématique qui est une fraction des primes déjà versées en vue d'être capitalisées. En tout état de cause la charge de la preuve du caractère intentionnel de la faute comme celle du suicide volontaire et conscient appartient à l'assureur.

b) les risques de guerre, d'émeutes et de mouvements populaires

Ces exclusions sont prévues par *l'article 38* au terme duquel « l'assureur ne répond pas sauf convention contraire des pertes et dommages occasionnés soit par la guerre étrangère, la guerre civile, soit par des émeutes, soit par des

mouvements populaires ». Ces risques sont exclus en raison de leur gravité en ce sens que dans ces hypothèses toutes les statistiques sont faussées et la compagnie d'assurance qui accepte de courir de tels risques pourrait ne pas tenir ou honorer ses engagements. Cependant, ces exclusions ne sont pas d'ordre public :

-On est en présence d'une guerre étrangère lorsque le conflit oppose deux Etats souverains différents et il n'ya d'exclusion légale que si le sinistre résulte d'un fait de guerre c'est-à-dire l'opération militaire d'actes se rattachant directement à la mise en œuvre de moyens de forces employés par les belligérants. Dans cette situation, la preuve est favorable à l'assureur en ce sens qu'il y a présomption de risque de guerre lorsque les dommages sont survenus pendant la guerre.

-En cas de guerre civile, le conflit a lieu entre les citoyens d'un même Etat.

-Il ya émeute lorsqu'il y a soulèvement du peuple qui est mécontent contre l'autorité.

-Il ya mouvements populaire lorsqu'il y a manifestations violentes désordonnées qui sans être dirigées contre l'ordre établi se caractérisent par un désordre.

En cas de trouble à l'intérieur de l'Etat, la preuve est favorable à l'assuré en ce sens que dommage est présumé ne pas résulter d'une guerre civile. En tout état de cause, l'exclusion envisagée par ***l'article 38 du code CIMA*** ne concerne que les assurances de dommages à l'exclusion des assurances de personnes pour lesquelles fautes de convention spéciale les risques de guerre sont garantis.

2-les risques exclus de façon conventionnelle

Tous les risques autres que ceux exclus légalement sont en principe garantis qu'ils soient du fait du hasard ou de l'activité humaine. Mais ce principe n'est pas absolu et les parties restent libres d'écarter de la garantie des risques déterminés. Cependant, l'assuré responsable civilement et qui est très souvent un profane n'est pas à la merci de l'assureur au regard des dispositions de ***l'article 11 du code CIMA*** aux termes desquelles les pertes et dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur sauf exclusion formelle et limitée dans la police d'assurance. Ainsi les parties doivent manifester de façon claire et précise leurs intentions

chaque fois qu'elles veulent déroger à cette responsabilité afin que l'assuré se rende compte des risques dont la couverture lui est retirée et de l'étendue de la garantie dont il bénéficie. L'assureur qui invoque l'exclusion de garantie doit donc démontrer la réunion des conditions de fait d'une telle exclusion.

SECTION III : LA MODIFICATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Lorsqu'un contractant désire apporter des modifications à un contrat existant, il faut nécessairement un nouvel accord de volontés. C'est le principe en matière contractuelle et ce principe s'applique au contrat d'assurance. Toutefois, il existe une dérogation en la matière d'assurance apportée par **l'article 6** au terme duquel « *est considérée comme acceptée la proposition faite par lettre recommandée de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les 15 jours après qu'elle lui soit parvenue* ». Ce texte constitue une illustration d'une des hypothèses dans lesquelles le silence vaut acceptation et malgré les dispositions **de l'article 7 alinéa 2** qui précise « *toute addition ou modification du contrat d'assurance primitif doit être constaté par un avenant signé des parties* ».

§1 : LES CONDITIONS DE LA MODIFICATION

Il doit être question d'un contrat en cours de validité c'est-à-dire non expiré, ni résilié qu'il faut prolonger ou modifier ou d'un contrat suspendu qu'il s'agit de remettre en vigueur. La prolongation suppose que le contrat ne contienne pas une clause de tacite de reconduction. La remise en vigueur d'un contrat et suspendu est illustré par l'aliénation d'un véhicule terrestre à moteur et le report de l'assurance sur un autre véhicule. Toutefois, il peut arriver que la suspension intervienne suite à un accord spécial des parties. En ce qui concerné les modifications, la question se pose de savoir si elles sont toutes possibles. Il y a lieu de répondre que seules celles qui entrent dans le cadre de la qualification initiale et n'impliquant aucune discussion entre les parties sont recevables. Ensuite, les propositions doivent être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, par lettre contre signé ou par tout autre moyen faisant foi de la date de réception ceci afin d'éviter toute discussion. La lettre permet également de calculer les délais légal de 15 jours et enfin, il faut que l'assureur ait gardé le silence pendant 15 jours, le point de départ étant fixé au lendemain à 0h du jour de la première présentation à l'assureur de la lettre

recommandée. Ainsi si l'assureur doit donner son refus cela doit se faire dans le délai à défaut la proposition de l'assuré est réputée acceptée sans qu'un avenant ait besoin d'être dressé.

§2 : LA PREUVE DE LA MODIFICATION

La modification apportée à un contrat est constatée au moyen d'un document qu'on appelle "*l'avenant*", destiné à être joint à la police initiale. L'avenant obéit aux mêmes règles que la police elle-même. Par conséquent, il doit être rédigé en caractère apparent et il en va de même des clauses de nullité, de déchéance ou d'exclusion. Toutefois, la modification peut être prouvée autrement que par l'avenant c'est le cas du non refus de la part de l'assureur dans le délai légal en présence de la lettre recommandée ou de la lettre contre signé ou tout autre moyen. En cas de contradiction entre l'avenant et la police, c'est l'avenant qui l'emporte car il s'agit là d'une manifestation de volonté de déroger à la police.

TITRE II :

LES EFFETS DU CONTRAT

Le caractère synallagmatique du contrat d'assurance fait naître sur l'assureur et sur l'assuré des obligations.

CHAPITRE I :

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

Au terme de *l'article 12 du code CIMA*, l'assuré doit d'une part payer les primes et d'autre part déclarer les risques, les aggravations de risques, les sinistres.

SECTION I : LE PAIEMENT DE PRIME

La prime ou cotisation dans les assurances mutuelles se présente comme un prix de la sécurité qui procure l'assurance. Ainsi l'assuré est obligé de payer les primes ou cotisations aux époques convenues. Une telle obligation, toutefois n'existe en matière d'assurance vie dans laquelle le paiement de prime résulte d'une exécution volontaire de la part de l'assuré. C'est ce qui explique que l'assureur ne dispose pas d'action pour exiger le paiement des primes afférentes au contrat d'assurance vie ou de capitalisation *article 73 du code CIMA*.

§1 : LES MODALITES DE PAIEMENT DE LA PRIME

A-LE DEBUTEUR DE LA PRIME

C'est l'assuré qui est obligé de payer la prime. Cette qualité de débiteur nous emmène à faire une distinction entre assuré, souscripteur, bénéficiaire car si généralement ces trois qualités se retrouvent sur tête d'une seule et même personne, elles peuvent être séparé. C'est ainsi que dans l'assurance pour compte ou dans l'assurance sur la vie par exemple, le débiteur de la prime est le souscripteur. L'assureur ne peut donc exiger du bénéficiaire le paiement de la prime. En cas de souscription suite à un mandat, le débiteur de la prime est le mandant et non le mandataire qui a matériellement signé la police. Il en va de même en matière de gestion d'affaire où le débiteur est le maître de l'affaire. Il faut noter également qu'au cours du contrat, le débiteur de la prime peut changer en cas de décès de l'assuré, en cas de l'aliénation de la chose assurée. Dans ces cas *l'article 40* stipule que *l'assurance continue de plein droit au profit de l'héritier ou de l'acquéreur à charge pour celui-ci d'exécuter toutes les obligations dont l'assuré étant tenues sur la base du contrat notamment le paiement de la prime.*

B-LA DATE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Au terme *de l'article 12*, premièrement la prime est payable aux époques convenues. Il en résulte que les parties sont libres de fixer la date de paiement des primes. Mais il y a lieu de distinguer entre la première prime et les autres dans la mesure où la prise d'effet des contrats est subordonnée au paiement de la prime (*article 13 alinéa 2 du code CIMA*) et que celle-ci est payable au début de la période de garantie pour permettre à l'assureur pour faire face immédiatement au réglemente des sinistres survenus. En ce qui concerne les autres, les parties sont libres de fixer la date qui leur convient mais avec une obligation contractuelle considérable à la charge de l'assureur en ce sens que pour les contrats à tacite reconduction, l'assureur est tenu à chaque échéance de prime d'aviser à la dernière adresse connue au moins 15 jours à l'avance l'assuré ou la personne chargée du paiement. L'assureur doit être avisé de la date d'échéance et du montant dont il est redevable (*article 14 du code CIMA*). La prime est payable annuelle et elle peut être fractionnée.

C-LE LIEU DU PAIEMENT DE LA PRIME

Au terme de *l'article 13 du code CIMA* sauf convention contraire la prime est payable au domicile de l'assureur ou mandataire désigné par lui à cet effet et titulaire d'un mandat écrit. La prime est donc portable. Il appartient donc à l'assuré d'aller payer la prime chez l'assureur.

D-LE MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Le paiement doit être libellé en franc CFA. Lorsqu'il s'agit de libellé de contrat d'assurance en devise étrangère, il y a lieu d'obtenir l'autorisation du ministre de l'économie et des finances, à défaut les contrats sont nuls de plein droit. En cas de dérogation, les sociétés d'assurances sont assimilées à des détenteurs agréés de devise et sont tenu d'effectuer auprès de la BCEAO une déclaration de leur engagement et avoir en devise, sinon le paiement peut être effectué en monnaie, par chèque, par traite, par prélèvement sur chèque bancaire, par virement postale. En tout état de cause, la prime est considérée payée lorsqu'il y a eu encaissement des sommes par l'assureur.

§2 : LES SANCTIONS EN CAS DE DEFAUT DE PAIEMENT DE PRIME

Le code CIMA prévoit la répression de la garantie et la résiliation de la police comme sanction du défaut de paiement de la prime par assuré. Mais l'assureur devra avant tout mettre l'assuré en demeure de s'exécuter.

A-LA MISE EN ŒUVRE

Au terme de *l'article 13*, la suppression de la garantie ne peut intervenir qu'après une mise en demeure. Elle est obligatoire c'est-à-dire que l'assureur qui constate le non paiement de la prime invite l'assuré à s'exécuter et la suspension ne pouvant intervenir que 30 jours après la mise en demeure. L'assuré dispose d'un délai raisonnable pour régulariser la situation en ce sens que la mise en demeure elle-même intervient 10 jours après l'échéance de la prime. L'assureur ne peut déroger à l'obligation de mise en demeure par une clause du contrat au regard de *l'article 13 alinéa 7 du code CIMA* ; la mise en demeure doit se fait par lettre recommandée ou lettre contre signé. Ce qui permet d'éviter à priori toute contestation sur la réception effective de la mise en demeure.

B-LA SUSPENSION DE LA GARANTIE

Trente (30) jours après la mise en demeure et si l'assuré ne paie pas la prime, la garantie est suspendue. En fait la garantie ne sera suspendue que 40 jours après l'échéance de la prime. A partir de cet instant l'assureur ne sera plus tenu de garantir l'assuré en cas de sinistre. Et cela est valable aussi bien à l'égard du bénéficiaire que des victimes.

Cependant l'assuré reste débiteur des primes déjà échues et de celle à échoir durant toute la période de suspension. Lorsqu'il s'agit d'une prime annuelle qui a été fractionnée, l'assureur n'a pas besoin de renouveler la procédure pour chaque échéance nouvelle. En effet en pareil hypothèse le code en son **article 13 alinéa 3** prévoit que la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'au terme du contrat sans qu'il soit besoin de renouveler.

La suspension est la sanction provisoire puisqu'elle prend fin lorsque l'assuré s'acquitte de ses arriérés de primes ou de la fraction de prime ayant fait objet de la mise en demeure et de celle venue à l'échéance pendant la période de suspension et éventuellement les frais de poursuites de recouvrement. Lorsque la situation est régularisée, l'assurance ne reprend ses effets pour l'avenir que le lendemain à 12h00 du jour où a été payé les primes ou les frais éventuels. Si dans un délai de 10 jours après la suspension l'assuré ne s'est pas encore exécuté, l'assureur peut alors résilier le contrat d'assurance.

C-LA RESILIATION DU CONTRAT

La résiliation du contrat d'assurance pour non paiement de prime est toujours prévue par **l'article 13 du code CIMA** qui en précise les modalités de cette résiliation.

La résiliation est une faculté offerte à l'assureur qui peut donc l'exercer ou laisser courir la suspension jusqu'à la prochaine échéance. Lorsqu'il opte pour la résiliation, il n'a pas en principe besoin de s'adresser à la justice.

De façon générale il suffit d'observer la période de suspension. Mais s'il s'agit d'un cas de renouvellement par tacite reconduction, l'assureur ne peut résilier le contrat que 10 jours après le délai de 30 jours mentionnés par la suspension. Dans tous les cas, la résiliation pour non paiement de prime doit se faire par lettre recommandée ou lettre contre signée et la résiliation n'empêche pas l'assureur de réclamer à l'assuré les sommes qui lui sont dues, notamment les primes ayants courues jusqu'à la résiliation.

SECTION II : LES OBLIGATIONS DE DECLARATION

Faute de paiement de la prime, l'assuré doit au terme de *l'article 12 du code CIMA* non seulement les risques que l'assureur va prendre en charge et en cours de contrat les circonstances aggravantes ou créant de nombreux risques mais également tout sinistre.

§1 : LA DECLARATION DES RISQUES

Il s'agit des risques initiaux et des nouveaux risques

A-LES RISQUES INITIAUX

Il est fait obligation à travers *l'article 12.2^{ème} du code CIMA* à l'assuré de répondre exactement aux questions posées par l'assureur dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur interroge l'assuré sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier les risques qu'il prend en charge. Cette obligation s'impose à l'assuré pour la raison essentielle que d'abord l'assurance est un contrat de bonne foi et ensuite et surtout que l'assureur sollicité pour couvrir un risque doit être suffisamment éclairé pour savoir à quoi s'en tenir et à quelle condition.

B-LA DECLARATION DES CIRCONSTANCES AGGRAVANTES OU CREANT DE NOUVEAUX RISQUES

Le contrat d'assurance étant à exécution successive, des circonstances nouvelles survenant en cours de contrat peuvent soit aggraver le risque initial déclaré, soit créer de nouveaux risques. Ces circonstances nouvelles rendent inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur et contenues dans le formulaire de déclaration des risques initiaux. C'est pourquoi le code fait obligation de les déclarer à l'assuré par lettre recommandée ou par lettre contre signée dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance. L'obligation ne joue pas en matière d'assurance vie ou les aggravations comme la vieillesse, la maladie ou le décès sont les raisons mêmes de l'assurance. Ce qui en diffère en matière d'assurance dommage où l'obligation est de la nature même de l'assurance pour la raison qu'étant destiné à procurer la sécurité, cette assurance doit être adaptée aux circonstances afin d'atteindre son but car il n'est pas de l'intérêt de l'assuré que face à une circonstance aggravante

ou créant de nouveaux risques que l'assureur refuse de poursuivre le contrat. L'aggravation de risque se présente lorsque postérieurement à la conclusion du contrat survient par rapport à ce qui avait été initialement déclaré une circonstance qui augmente soit la probabilité soit l'intensité du risque pris en charge par l'assureur de sorte que si ce nouvel état avait existé lors de la conclusion du contrat, l'assureur avait refusé et n'avait pas contracté ou l'avait fait moyennant une prime.

Quelles sont les conséquences de cette déclaration ?

L'obligation de la déclaration a pour conséquence d'ouvrir à l'assureur une faculté de dénonciation du contrat s'il estime ne plus pouvoir garantir le risque. Il peut aussi proposer un nouveau taux de prime pour maintenir le contrat sans surprime.

Dans l'hypothèse de la continuation du contrat avec surprime, l'assureur va adapter l'assurance à la situation nouvelle. Un nouveau taux va donc être proposé. En cas d'acceptation par l'assuré, du nouvel accord non résilié, et l'assureur couvre le risque aggravant.

Dans le cas contraire c'est-à-dire si l'assuré refuse le nouveau taux la police sera résiliée. Enfin lorsque l'assureur qui reçoit une déclaration d'aggravation de risques estime que son engagement sera trop lourd, il a la faculté de dénoncer le contrat en remboursant la fraction de prime non courue à l'assuré. En ce qui concerne l'assuré lui-même, le code lui donne le droit de résilier le contrat sans indemnité si l'assureur ne consent pas la diminution de la prime correspondante d'après le tarif applicable lors de la souscription du contrat dans l'hypothèse où pour la fixation de la prime il a été tenu compte de circonstances spéciales mentionnées dans la police aggravant les risques dès lors que ces circonstances viennent à disparaître au cours de l'assurance.

C-LES SANCTIONS DE L'OBLIGATION DE DECLARATION DES RISQUES

Elles varient selon que l'assuré est de bonne ou de mauvaise foi :

1^{ère} hypothèse : l'assuré est de mauvaise foi.

C'est l'hypothèse où l'assuré se rend coupable réticence ou de fausses déclarations intentionnelles (***article 18 du code CIMA***). Dans ce cas, précise ***l'article 18***, le contrat est nul. La réticence suppose que l'assuré omet intentionnellement une circonstance qui aurait due être déclarée. La fausse

déclaration intentionnelle suppose la déclaration consciente d'une circonstance inexacte et soutenue qui change l'objet du risque ou qui en a diminué l'opinion pour l'assureur.

La nullité est encourue même si le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre. La bonne foi se présument, il revient à l'assureur de faire la preuve de la mauvaise foi de l'assuré en établissant la preuve de la réticence de la déclaration. Cependant, il faut distinguer selon qu'on est en présence d'une déclaration initiale de risque ou d'une déclaration aggravante de risque. Lorsqu'on est en présence d'une déclaration initiale de risque, la nullité entraîne rétroactivement la disparition de la garantie de l'assuré. L'assuré ne bénéficie plus de la garantie et l'assureur a le droit de répéter toutes les sommes versées par lui en exécution de sinistre antérieur. En d'aggravation de risques, la nullité ne rétroagit qu'à partir du moment où l'assuré a commis le fait qui lui est reproché et l'assureur ne peut répéter que des sommes versées pour sinistre postérieur à l'aggravation fausement déclarée. Les primes payées demeurent acquises à l'assureur qui a droit au paiement de toutes celles qui sont échues à titre de dommages et intérêt et ceux dans les deux cas de figures. Ce régime de nullité a un caractère particulier en ce sens que la nullité s'applique à une infraction postérieure à la conclusion du contrat. En outre, le contrat n'est anéanti dans le passé qu'à l'encontre de l'assuré qui perd à la fois les primes et les garanties. En réalité la nullité s'analyse comme une peine privée à l'encontre de l'assuré coupable de fraude.

La nullité est opposable aussi bien à l'assuré qu'aux bénéficiaires et toutes personnes ayants droit sur la prestation de l'assureur.

Exemple : les victimes qui exercent l'action directe sur l'assurance.

2^e hypothèse : qu'en est-il si l'assuré est de bonne foi ?

Cette hypothèse est prévue par *l'article 19 du code CIMA* qui prévoit que l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est établie alors le contrat d'assurance n'est pas annulé. Cependant, le code tire les conséquences de cette règle selon que l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant ou après le sinistre.

● *Dans le 1^{er} cas* c'est-à-dire l'omission ou la déclaration inexacte est découverte avant le sinistre, l'assureur a cet option :
 – Soit maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime, dans ce cas la proposition doit être acceptée par l'assuré. Dans l'affirmative l'assurance va exister sur la base du nouvel accord. A défaut d'accord, l'assureur ne peut que

résilier le contrat sauf s'il veut maintenir le contrat sans surprime.
– Soit résilier le contrat 10 jours après une notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ou par lettre contre signée en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

- Dans le 2^e cas c'est-à-dire lorsque l'omission ou la déclaration inexacte est découverte après le risque, dans ce cas il y a réduction proportionnelle de la garantie c'est-à-dire que l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

§2 : LA DECLARATION DU SINISTRE

Cette obligation est prévue par *l'article 12 alinéa 4 du code CIMA* qui fait obligation à l'assuré de donner avis à l'assureur dès qu'il a eu connaissance et au plus tard dans le délais fixé du contrat de tout sinistre de nature à entrainer la garantie de l'assureur. Le délai de la déclaration ne peut être inférieur à trois jours ouvrables. Le délai est fixé à 48 heures en cas de vol ou en cas de sinistre mortalité de bétail. Le sinistre est constitué par la réalisation du risque prévu au contrat de nature a entrainé la garantie de l'assureur. Exemple en assurance vie, le sinistre c'est le décès de l'assuré. Dans l'assurance de chose il y'a sinistre en cas de disparition ou de destruction totale ou partielle de la chose assurée. Dans l'assurance de responsabilité le sinistre n'est pas constitué par le fait générateur du dommage ou la réalisation du dommage mais par la réclamation amiable ou judiciaire faite par un tiers qui lui impute la responsabilité du dommage par lui subi. Pour préserver les intérêts de l'assureur et assurer l'indemnisation de l'assuré ou du bénéficiaire, le code CIMA impose a l'assuré de déclarer le sinistre sous peine de déchéance de la garantie en cas de préjudice causé à l'assureur.

A-LES MODALITES DE LA DECLARATION

En cas de survenance de sinistre, l'assuré doit le porter à la connaissance de l'assureur dans le délai précité. En pratique les assureurs imposent aux assuré en cas de sinistre de prendre toutes dispositions utiles afin d'arrêter le progrès du sinistre, de sauver les objets qui peuvent l'être et veiller à leur conservation. Dans tous les cas, l'obligation fondamentale à la charge de l'assuré est de déclarer le sinistre à l'assureur notamment de protéger ses intérêts. Le délai ne peut être réduit par une convention contraire et il commence à courir le lendemain du jour ou l'assuré a eu connaissance du sinistre et se termine le 6^e

jour à minuit. Aucune forme n'est exigée par la déclaration qui peut être faite soit par lettre ordinaire, par déclaration, par téléphone, par télégramme etc. Mais il est conseillé pour la preuve de se réserver un justificatif de la déclaration.

B-LES SANCTIONS DE L'OBLIGATION DE DECLARATION : LA DECHEANCE

Si l'assuré ne déclare pas le sinistre dans le délai qui lui est imparti, il peut être déchu de la garantie. En tout cas si tel a été le souhait de l'assureur dans la conclusion du contrat puisqu'il peut prévoir dans le contrat que l'assuré sera déchu de la garantie c'est-à-dire qu'il va perdre le bénéfice de l'assurance pour le sinistre à l'occasion duquel il a manqué son obligation. La déchéance apparaît donc comme une sanction très grave en ce sens que l'assuré va perdre son droit à la garantie qu'il doit de bonne ou mauvaise foi. C'est ce qui explique que la déchéance n'est opposable à l'assuré que si elle a causé un préjudice à l'assureur (**article 20 du code CIMA**). La déchéance se distingue de la nullité et des exclusions de risque. Mais à quelle condition sont validées les clauses de déchéance et quelles en sont les effets ?

Pour être valable, la déchéance doit résulter d'une clause contractuelle. Elle ne présume donc pas et doit être claire et précise et doit être mentionné en caractère très apparent pour attirer l'attention de l'assuré sur la sanction dont il est menacé en cas d'inexécution de son obligation. Toutefois certaines clauses sont interdites en ce sens que lorsqu'elles sont insérées dans le contrat, elles sont nulles aux termes **de l'article 20 du code CIMA**. Il en est ainsi d'abord pour les clauses qui frappent de déchéance l'assuré en cas de violations des lois et règlement sauf si cette violation constitue un crime ou un délit intentionnel. Il en résulte que la déchéance doit porter l'infraction déterminée. Il y a ensuite des clauses qui frappent de déchéance l'assuré à raison de simple retard apporté par lui à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces. En matière d'assurance auto, est réputé non écrite aux termes de **l'article 211 du code CIMA** « Toute clause stipulant la déchéance de la garantie de l'assuré en cas de condamnation pour conduite en état d'ivresse ou sous l'emprise d'état alcoolique ». Les effets de clause de déchéance varient selon qu'il s'agit de l'assuré ou des tiers :

– à l'égard de l'assuré, l'effet essentiel de la déchéance est la perte du droit à garantir pour le sinistre à l'occasion duquel il a manqué à ses obligations. Il en

va autrement que s'il justifie qu'il a été mis dans l'impossibilité de faire la déclaration dans le délai imparti par suite d'un cas fortuit ou de force majeure.

- à l'égard des tiers, la déchéance est d'abord opposable à celui qui se prévaut d'une assurance pour compte. En revanche, elle n'est pas opposable à la victime dans les assurances de responsabilité. Ainsi, on tend à protéger des victimes en leur accordant une action directe à l'encontre de l'assureur. Il s'agit d'un droit reconnu à la victime et ce droit prend naissance au jour de l'accident et ne saurait être affecté dans son existence par une cause de déchéance encourue par l'assuré.

CHAPITRE II : LES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

Elles sont prévues par *l'article 16 du code CIMA* : « lors de la réalisation du risque ou à l'échéance du contrat, l'assureur doit exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat et ne peut être tenu au-delà. L'assureur ne couvre pas les sinistres survenus après expiration ou suspension du contrat ». Il en résulte que l'obligation fondamentale de l'assureur est le paiement de la prestation due. Néanmoins l'assureur peut s'engager pour des clauses de la police à assurer d'autres obligations telles que diriger la défense de son assuré en responsabilité dans le procès intenté contre lui par la victime, intervenir dans les contrats d'assistance et les contrats de protection juridique. Dans l'immense majorité des cas, le règlement du sinistre s'effectue de manière amiable. Le contentieux demeure la solution des règlements conflictuels.

Mais quelle est la nature de l'obligation de l'assureur ?
Au moment de la conclusion du contrat, l'obligation étant conditionnelle, l'éventualité du risque étant aléatoire, l'obligation devient certaine par la réalisation du sinistre. En revanche, si la réalisation de l'évènement prévu au contrat était certaine par exemple le décès, seule sa date étant inconnue, l'obligation donc à terme incertain et devient donc exigible par la réalisation du sinistre.

Mais qui est le créancier de la prestation ?
Le plus souvent le créancier est l'assureur souscripteur du contrat mais en cas de stipulation pour autrui, le créancier est soit l'assuré pour le compte duquel le contrat a été souscrit, soit le bénéficiaire désigné dans le contrat de personnes. Dans l'assurance de responsabilité, la victime dispose d'une action directe contre l'assuré débiteur à moins que l'assuré ne l'ait préalablement désintéressé.

Comment faire la preuve de la créance contre l'assureur ?
La preuve incombe au créancier assuré ou bénéficiaire. Elle se décompose en preuve du sinistre et en preuve de l'obligation de garantie de l'assureur. La preuve du sinistre est rapportée par tout moyen. Quant à la preuve de l'obligation de garantie, elle suppose que cet évènement correspond à la définition du risque garanti. Le créancier doit donc rapporter la preuve de l'assurance.

Quel est le montant de la somme due ?

La prestation de l'assureur se résout essentiellement par une somme d'argent. Les assurances de personnes sont des assurances à caractère forfaitaire. Quant aux assurances de dommage, elles sont soumises à une double limitation indemnitaire et contractuelle.

2^{ème} PARTIE :

LE RÉGIME JURIDIQUE DES ASSURANCES

La classification juridique fondamentale en matière d'assurance est celle des assurances de dommages et celle des assurances de personnes. Dans les assurances de dommage, le régime est dominé par le principe indemnitaire. Dans les assurances de personne, le régime est lié à la détermination purement contractuelle des obligations de l'assureur.

TITRE I :

LES ASSURANCES DE DOMMAGES

Elles se caractérisent par leur fonction qui est : l'indemnisation des préjudices causés par un sinistre et la garantie due par l'assureur est limitée tant par le fondement indemnitaire que par volonté des parties qui fixent les conditions du contrat. Les opérations d'assurance de dommage sont rarement circonscrites à de simples relations bilatérales c'est-à-dire *assuré-assureur* du fait que le plus souvent des tiers se trouvent affectés par le dommage soit parce qu'ils ont acquis un droit réel sur la chose assurée, soit parce qu'ils sont responsables du sinistre causé à l'assuré, soit parce qu'ils sont des victimes du dommage. Parmi les assurances de dommage, une place privilégiée est accordée à l'assurance automobile obligatoire.

CHAPITRE I :

**LES LIMITES DE GARANTIE DANS LES
ASSURANCES DE DOMMAGE**

Nous rappelons ici deux règles, la fonction indemnitaire de l'assurance qui interdit que l'assurance devienne une source d'enrichissement pour l'assuré ou le bénéficiaire et qui limite la garantie au seul préjudice subi par l'assuré. C'est donc le consensualisme qui permet aux parties de limiter la portée de leur engagement.

SECTION I : LE PRINCIPE INDEMNITAIRE

Ce principe est prévu par *l'article 31 du code CIMA* selon lequel « *l'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité. L'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. Il peut être stipulé que l'assuré reste son propre assureur par une somme ou une quotité déterminée ou qu'il supporte une déduction fixée d'avance sur l'indemnité du sinistre* ». Le fondement de ce principe est double : D'abord traduit la crainte des sinistres volontaires qui se multiplieraient si l'indemnité versée par l'assureur pourrait valablement excéder le montant réel du dommage. Ensuite s'il existe des sinistres sur lesquelles la volonté de l'homme ne peut agir (cas des tempêtes) qui permettent un enrichissement à leur occasion, cela changerait la nature de l'assurance qui deviendrait alors un jeu ou un pari alors qu'il s'agit d'une technique de sécurité. Le principe indemnitaire est l'indemnisation d'une part de tout le préjudice subi et d'autre part rien que le préjudice subi.

§1 : L'INDEMNISATION DE TOUT LE PREJUDICE SUBI

Le préjudice est d'abord toute perte subie mais également tout gain manqué du fait du sinistre.

A-INDEMNISATION DE LA PERTE SUBIE

On peut être en présence de deux sinistres : un sinistre total et un sinistre partiel.

1-En cas de sinistre total

Le montant ou du moins l'indemnité ne peut dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. En ce qui concerne cette

valeur, il faut distinguer selon qu'il s'agit d'une assurance de chose ou d'une assurance de responsabilité.

– Dans l'assurance de chose, la valeur retenue est *la valeur vénale* pour les biens destinés à être vendus et *la valeur d'usage* pour les autres c'est-à-dire par exemple la valeur de reconstruction de l'immeuble ou du remplacement du bien meuble déduction faite de la vétusté.

– Dans l'assurance de responsabilité, s'il y a dommage matériel, la valeur (à) neuve est retenue et la valeur est apprécié au jour de l'indemnisation ou de la décision judiciaire et en cas de dommage corporel, l'évaluation doit prendre en compte tous les chefs économiques et juridique.

Comment faire la preuve de cette valeur ?

Il appartient à l'assuré de prouver par tout moyen à la fois l'existence des biens détruits ainsi que la valeur au jour du sinistre car la valeur des biens dans la police n'est ni la preuve ni même une présomption de preuve de la valeur de la chose mais seulement l'assiette de la prime et la limite de l'engagement.

2-En cas de sinistre partiel

Dans cette hypothèse la perte peut être calculée de deux façons : **l'évaluation directe du dommage subi ou l'évaluation indirecte.**

Dans le 1^{er} on part de l'hypothèse que l'indemnité doit permettre de payer toutes les réparations nécessaire pour remettre le bien en état.

Mais qu'un est-il lorsque le coût excède la valeur de la chose ?

Deux conceptions sont possibles :

– La limitation de l'indemnité à la valeur de remplacement. La valeur est appréciée à direction d'expert et qui tient compte de l'état réel du véhicule en fonction de son âge et de son entretien.

– Il y a ensuite l'indemnisation du coût des réparations qui consiste au remboursement du coût des réparations même si le remboursement excède la valeur vénale du véhicule.

En cas d'évaluation indirecte (2^e cas), la perte subie est calculée indirectement en déduisant de la valeur de la chose, la valeur de sauvetage c'est-à-dire la valeur du bien après le sinistre, les frais de sauvetage étant également à la charge de l'assureur.

B-INDEMNISATION DU GAIN MANQUE

Il s'agit d'indemniser le profit espéré et l'indemnisation est conforme aux règles de la responsabilité civile et les contrats d'assurance offrent de nombreux exemples. C'est ainsi qu'on a l'assurance de perte de loyer qui est l'accessoire à l'assurance d'incendie d'un immeuble. Il y a aussi l'assurance contre la baisse des recettes pour cause d'intempéries dans les manifestations en plein air, assurance de récolte, assurance de perte d'exploitation.

§2 : L'INDEMNISATION LIMITEE AU PREJUDICE REELLEMENT SUBI : LES ASSURANCES EXCESSIVES

Si le principe de l'indemnitaire permet la réparation de tout le préjudice subi, l'indemnisation ne permet pas d'aller au-delà et le principe doit être rigoureusement appliqué notamment lorsque l'assuré avait souscrit une ou des assurances pour la valeur totale supérieure à la valeur réelle du bien sinistré. Le problème de l'assurance excessive se pose dans 2 hypothèses :

- Soit il ya excès d'assurance parce que le risque étant à valeur d'assurance déterminable, la garantie a été souscrite dans le contrat pour une valeur supérieure : c'est la sur assurance **article 33 du code CIMA**.
- Si l'excès d'assurance résulte du cumul de plusieurs contrats d'assurance, il y a là assurance multi cumulative **article 34 du code CIMA**.

A-LA SURASSURANCE

Une assurance comporte une valeur d'assurance déterminable lorsqu'elle porte sur des choses dont la valeur peut être appréciable à l'avance. **Exemple** : un immeuble assuré contre l'incendie, un bien meuble assuré contre le vol.

La plus part des assurances des choses sont à valeur déterminable et il est également ainsi de certaines assurances de responsabilité qui ont un objet déterminé. Il ya sur assurance lorsque dans un contrat à valeur d'assurance déterminable, la valeur en est déclarée pour une somme supérieure à la valeur réelle de la chose assurée. Dans ce cas, le contrat peut être annulé mais il faut faire la distinction selon que la sur assurance est dolosive, frauduleuse ou non.

1-la sur assurance dolosive ou frauduleuse

C'est l'hypothèse par **l'article 33 alinéa 1 du code CIMA** où la surévaluation est intentionnelle. Dans ce cas, la sanction est la nullité du contrat. L'assureur ne doit aucune garantie en cas de sinistre et peut en outre demander

des dommages et intérêts. Et à ce titre, il peut conserver les primes échues et la preuve de l'intention frauduleuse, dolosive incombe à l'assureur.

2-la sur assurance non frauduleuse ou dolosive : article 33 alinéa 2 du code CIMA

C'est l'hypothèse prévue par *l'article 33 alinéa 2* où la surévaluation est non intentionnelle. Dans ce cas, le contrat est valable mais l'indemnisation est limitée aux dommages avec diminution des primes pour l'avenir. Le régime est applicable soit parce que la fraude, le dol n'ont pu être prouvés, soit que l'assuré est de bonne foi.

B-LES ASSURANCES MULTICUMULATIVES

1-définition

Il y a assurance multiple lorsque plusieurs assurances sont prises simultanément sur un même risque. Cependant, toutes les assurances multiples ne sont pas cumulatives. C'est le cas lorsqu'elles ont seulement pour objet de couvrir ensemble la totalité des risques trop importants pour un seul assureur. Il y a alors coassurance sans excès d'assurance, chaque assurance garantissant une quote-part de la totalité du risque. En revanche, les assurances multiples ont des dangers lorsqu'elles se cumulent sur un même risque et constitue un excès d'assurance. Il ya assurance multi cumulatives, lorsqu'un même objet est garanti simultanément par deux ou plusieurs assureurs compte un même risque et pour les mêmes intérêts au delà de sa valeur réelle. Il en résulte que les assurances multi cumulatives supposées réunir des conditions :

- d'abord une identité d'objet c'est-à-dire que les diverses assurances portant sur une même chose déterminée et individualisée ou une même responsabilité. Si l'objet est différent alors il n'y a pas d'assurance cumulative.
- Ensuite il doit avoir une identité de risque c'est-à-dire d'évènement aléatoires générateur de risque. Et l'identité de risque doit être combinée avec l'identité d'objet. Dès lors deux assurances ne sont pas cumulatives si portant sur le même objet, l'une garanti le risque incendie et l'autre le vol.
- Il faut une identité d'intérêt, cela suppose que ce soit le même intérêt d'assurance qui fonde les deux assurances même si celles-ci sont conclues par des souscripteurs différents. Aussi il faut la pluralité d'assureurs c'est cet élément qui constitue la distinction fondamentale entre la sur assurance et les assurances multi cumulatives. Ensuite la simultanéité des contrats et des périodes de garanties : cette condition permet de rejeter la notion d'assurance

cumulative lorsque l'un des contrats est résiliée ou suspendue car la garantie de toutes les assurances doivent être effectives du jour du sinistre pour qu'on soit en présence d'assurance cumulative.

– Enfin le cumul des garanties au delà de la valeur réelle des biens est exclu si l'une des assurances n'est que complémentaire de l'autre.

2-Régime applicable aux assurances multi cumulatives

Il pèse d'abord sur l'assuré une obligation de déclaration, ensuite le contrat est annulé si on est en présence d'assurances cumulatives dolosives...

a) l'obligation de déclaration

L'assuré doit déclarer à chaque assureur toutes les assurances multiples prises sur un même objet. S'il contracte une nouvelle assurance pour un bien déjà assuré, il doit non seulement le déclarer au nouvel assureur de la proposition mais il doit également en aviser le premier. L'effet essentiel de la déclaration est de prouver indubitablement la bonne foi de l'assuré.

b) La nullité des assurances dolosives ou frauduleuses

Lorsque les assurances cumulatives ont été contractées de manière dolosives ou frauduleuses, elles peuvent être annulées (***article 33 al.3 du code CIMA***)

c) L'application du principe indemnitaire en absence de dol ou de fraude

Les assurances cumulatives contractées en absence de dol ou de fraude sont valables et chacune produit ses effets dans la limite des garanties et dans le respect du principe indemnitaire.

d) Dans les rapports entre assureurs

La contribution à la dette est effectuée par une répartition proportionnelle aux engagements respectifs. En fait pour les assurances la contribution se règle comme une sorte de coassurance légale en quote-partie.

SECTION II : LA LIBERTE CONTRACTUELLE

Le principe de la liberté contractuelle laisse à chacun la faculté de s'assurer ou de ne pas s'assurer et de s'assurer que partiellement en limitant les garanties contractuelles. Ainsi, l'assuré par la limitation des capitaux déclarés

comme l'assureur par des choses de limitation de garanties peuvent volontairement limiter la garantie contractuelle.

§1 : LA LIMITATION DES CAPITAUX DECLARES PAR L'ASSURE

Le propriétaire d'un bien qui théoriquement sur la chose les pouvoirs d'en user, d'en percevoir les fruits et d'en abuser jusqu'à la destruction peut librement envisager sa perte sans se garantir d'assurance. Dès lors s'il choisit de s'assurer il peut ne le faire que partiellement et s'il survient à un sinistre alors, il va garder une part à sa charge. C'est cette hypothèse qui est prévue par **l'article 33 du code CIMA** qu'on appelle la **sous assurance**.

A-LA DETERMINATION DE LA SOUS ASSURANCE

L'hypothèse de la sous assurance ne se conçoit que dans un contrat comprenant une valeur d'assurance déterminée. L'assuré peut alors soit se garantir totalement en se souscrivant une valeur d'assurance égale à la valeur réelle du bien, soit ne s'assurer que partiellement notamment s'il considère que la prime courante d'une garantie totale est trop élevée pour lui. Dans ces conditions, l'assuré reste son propre assureur pour l'excédant. Dès lors, la sous assurance ne doit pas être envisagée comme une faute mais comme l'expression de la liberté contractuelle et la sous assurance est appréciée au jour du sinistre.

B-LA REGLE PROPORTIONNELLE DES CAPITAUX

La valeur déclarée constitue l'assiette de la prime et la limite d'engagement de l'assuré. En cas de sous assurance, l'indemnité due à l'assureur est réduite proportionnellement au rapport entre la valeur déclarée des capitaux assurés et leur valeur réel assurable. Ainsi l'indemnité réduite est égale au dommage x par le rapport valeur déclarée sur valeur assurée.
Exemple : $I.R = \text{Dommage} \times V.D/V.A = 25.000.000 \times (15.000.000 / 25.000.000)$

Si le bien est détruit partiellement par exemple avec un dommage de 10.000.000.

$$I.R = 10.000.000 \times (15.000.000 / 25.000.000).$$

La preuve de la sous assurance est en général réalisée par une expertise. Les dispositions de **l'article 35 du code CIMA** n'étant pas d'ordre public, les

parties peuvent donc y déroger par convention. C'est ainsi que si des choses variées peuvent être insérées dans les contrats pour atténuer la règle proportionnelle des capitaux. Il en est ainsi des choses d'excédantes fréquentes dans les polices d'incendie qui permettent le rapport des excédants de garantie.

Il y a aussi la chose de tolérance par laquelle l'assureur peut valablement renouer dans la police à un certain pourcentage de l'assurance et n'invoque la sous assurance que dans une certaine proportion. Une telle renonciation résulte souvent des choses de style tel que l'assureur renonce à la règle proportionnelle si l'assuré garanti une sommes au moins égale à n fois le montant par exemple le foyer annuel. Il y a aussi les choses d'indexation.

§2 : LES LIMITATIONS DE GARANTIES EDICTEES PAR L'ASSUREUR

L'assureur peut imposer à côté des découvertes de franchises, des limitations ou plafond de garanties.

A-LES LIMITATIONS OU PLAFONDS GARANTIES

Lorsque l'assurance compte une valeur déterminable, la valeur déclarée constitue une limite d'indemnisation par la volonté de l'assuré. Mais dans le cas contraire c'est-à-dire lorsque cette valeur (*V.D*) nécessite pas et notamment lorsque le risque de responsabilité civile encouru est un potentiel illimité, c'est l'assureur qui limitera sa garantie au contrat en fixant le plafond au delà duquel il n'est plus tenu. Et la plus part des assurances de responsabilités civiles professionnelles sont ainsi limitées.

B-LES DECOUVERTES ET FRANCHISES

Les limitations sont prévues par *l'article 31 alinéa 2 du code CIMA* qui fait allusion à deux choses du contrat donc le régime est différent : le découvert obligatoire et la franchise

1-le découvert obligatoire

La chose de découverte obligatoire intéresse l'assuré au non réalisation du risque en obligeant à conserver à sa charge une part de dommage fixée soit par une fraction du sinistre, soit par une somme déterminée. Une telle chose peut moraliser l'assurance de responsabilité et l'occupation de l'assuré d'un découvert obligatoire substantiel lui permet généralement de bénéficier d'un taux de prime moins élevé.

2-la franchise

Il s'agit ici d'une modalité de saine gestion car les petits sinistres entraînent des frais de gestion parfois plus élevé que le dommage lui-même. On a deux types de franchises : **la franchise simple et la franchise absolue**. – *la franchise simple* constitue une fin de non recevoir des sinistres d'un montant inférieur à telle somme si les sinistres importants demeurent garantis au premier franc (plan). Dès lors les assurés sont ils tentés d'exagérer leurs petits dommages afin de recevoir une indemnité intégrale. C'est pour lutter contre cette manœuvre qu'on a recourt à la franchise absolue. – *la franchise absolue* est déduite de l'indemnité quelque soit l'importance du sinistre. La franchise absolue se distingue du découvert obligatoire en ce sens qu'elle n'a pas un caractère impératif de l'assuré peut obtenir la garantie auprès de son assureur moyennant surprime soit auprès d'un autre assureur. Les limitations de garantie, découvert et sont opposables aux tiers.

CHAPITRE II :

LE CONTRAT D'ASSURANCE DE RESPONSABILITE

SECTION I : LES RISQUES DE GARANTIS

L'assurance de responsabilité est une assurance de dommage à caractère indemnitaire dont l'objet est la dette de responsabilité de l'assuré envers la tierce victime. C'est pourquoi on la qualifie d'assurance de dette pour la distinguer de l'assurance de choses ou de bien qui est la garantie d'un article du patrimoine de l'assuré.

Dans l'assurance de responsabilité c'est un passif, une dette de responsabilité qui est l'objet de la garantie ce qui intervenir un tiers créancier qui est la victime du patrimoine de l'assuré. La responsabilité est le risque principal garanti en assurance de responsabilité.

§1 : LA RESPONSABILITE GARANTIE

Il faut rappeler que l'objet du contrat est de nature juridique à savoir la responsabilité civile. Dès lors un aspect important de la détermination du risque

échappe aux parties car du fait des textes. Toute responsabilité civile à un aspect passif du côté du responsable, débiteur de la dette de réparation et un côté actif du côté de la victime dont l'objet d'une créance de réparation du dommage.

A-LA DETTE DE RESPONSABILITE

Plusieurs questions méritant réponses du côté passif.

1-l'activité garantie

Il n'existe pas de contrat général de responsabilité qui couvre toute les activités humaines. En effet, celle-ci étant fort variée, le contrat d'assurance de responsabilité circonscrit toujours l'activité spécifiquement garantie. C'est par référence aux données de l'activité garantie que la prime pourra être déterminée.

2-la nature de la responsabilité garantie

De façon classique, on distingue dans la responsabilité civile d'une part la responsabilité contractuelle et d'autre part la responsabilité délictuelle. Les contrats d'assurance de responsabilité civile moderne comprenant en principe la garantie des deux ordres de responsabilité civile.

3-les responsabilités assurés couverts

L'assuré est celui sur la tête duquel pèse le risque et un risque de responsabilité civile pèse sur celui qui est susceptible d'être reconnu débiteur d'une dette de responsabilité civile soit de son propre fait, soit du fait des choses dont il a la garde, soit des personnes dont il doit répondre, soit du fait de ses obligations contractuelles. Généralement plusieurs personnes sont couvertes. C'est ainsi que dans l'assurance automobile par exemple, on prend en compte non seulement l'assuré souscripteur (le propriétaire du véhicule) mais encore les gardiens ou conducteurs habituels ou occasionnels du véhicule susceptible de causer un accident.

4-les conditions de la garantie

Il peut être inséré dans le contrat des conditions qui constituent en tant d'exclusion corrélative de risque. C'est ainsi que par exemple de nombreux contrats d'assurance de responsabilité limitent la garantie de l'assureur à la survenance d'un accident défini comme un évènement soudain et imprévu. De même, il peut être prévu l'exclusion de certaines fautes ou certains comportements et également de certaines exclusions légales.

B-LA CREANCE DE REPARATION DE DETTE

A ce niveau plusieurs questions se posent :

1-les tierces victimes garanties

En principe les notions de responsabilité et de victime sont antinomiques en droit de la responsabilité civile. En fait on est l'un ou l'autre. C'est pourquoi la liste des victimes exclues doit être sérieusement pesée pour éviter les injustifications notamment des proches. En matière d'assurance auto obligatoire, il est précisé que les membres de la famille des conducteurs ou de l'assuré sont considérés comme des tiers. L'assuré également peut exceptionnellement devenir victime non responsable. C'est le cas lorsque le propriétaire souscripteur est blessé en tant que passager et non en tant que conducteur responsable dans son véhicule.

2-les dommages garantis

Trois sortes de dommages peuvent être garantis et qu'on pourrait limiter à 2 à savoir les dommages corporels qui sont l'atteinte à l'intégrité physique de la victime et le dommage matériel qui s'entend de toute détérioration ou destruction d'une chose (puis toute atteinte à un animal). Le montant de la responsabilité garantie est établi en fonction des seules données de droit qui permettent de devenir de déterminer et d'évaluer les dommages causés.

3-la détermination de la garantie dan le temps

Le problème ici es celui de l'adéquation de la durée de la garantie a la durée de la responsabilité. Et la durée de la responsabilité est établie par référence a la durée de la prescription applicable a l'action de la responsabilité civile. La durée de la garantie du contrat quant a elle diffère selon la définition de l'évènement retenu comme constituant le sinistre garanti .la règle est que le sinistre est constitue par la réalisation du dommage cause a la victime. et la créance nait au moment même de la réalisation du dommage et jugement de condamnation du responsable étant déclaratif et non constitutif de droit .la réalisation du dommage doit se situe pendant la période de garantie .dans les assurance de responsabilité, l'assureur n'est tenu que si a la suite du fait dommageable précise *l'article 51 du code CIMA* , prévu au contra une réclamation amiable ou judiciaire est fait a l'assure par le tiers lésé .

§2 : LA GARANTIE DU CONTENTIEUX

Le contentieux peut atteindre des couts redoutables en matière de responsabilité. 3 garanties peuvent être examine à ce titre. C'est ainsi qu'ont peut garantir les dépenses.

A-LA GARANTIE DES DEPENSES

Outre la garantie fondamental de la dette de responsabilité de l'assure, en principe l'assureur assume accessoirement la charge des dépenses qui comprenne non seulement les frais de justice mais également les honoraire d'avocat sauf clause contraire (*article 54 alinéa 2 du code CIMA*).

B-LES CLAUSES DEFENSES SECOURS

Les contrats comprennent souvent des clauses de défense secours par lesquelles l'assureur s'engage a une obligation de faire a savoir assume la charge de la défense de son assure au procès de responsabilité civil ou il est défendeur et exerce des recours corelatif. la garantie défense de l'assure par l'assureur se justifie notamment par le fait que si l'assure responsable est condamne par des dommage cause a une tierce victime .c'est l'assureur de responsabilité qui est garant de la dette de responsabilité qu'il devra payer. Quant a la garantie du secours elle set la clause par laquelle l'assureur s'engage à exercer et a prendre en charge toute les interventions amiable ou judiciaire en vu d'obtenir la réparation pécuniaire des dommages subit par l'assure a la suite d'un accident dont un tiers est responsable.

C-LA GARANTIE DE LA PROTECTION JURIDIQUE

Cette garantie peut être définie comme toute opération consistant , moyennant le paiement d'une prime ou d'une cotisation préalablement convenue consistant a prendre en charge les frais de procédure a fournir es services découlant de la couverture de l'assurance en cas de litige ou de différend opposant l'assure a un tiers et ceci en vue notamment de défendre ou représenter en demande , l'assure dans une procédure civile , pénale administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation a l'amiable du dommage dont il est victime .

SECTION II : L'ACTION EN RESPONSABILITE

L'action en responsabilité de la victime contre l'assuré responsable et de la garantie due par l'assureur.

§1 : LE ROLE DE L'ASSUREUR DANS LA DEFENSE DE SON ASSURE DESPONSABLE

L'assureur est un tiers dans le procès en responsabilité intenté par la victime contre l'assuré responsable. Mais c'est un tiers intéressé au résultat de l'action. Car c'est lui qui devra supporter le poids définitif de l'indemnisation. En revanche, l'assuré responsable peut être tenté de se désintéresser du procès dans lequel il est défendeur en sachant que c'est l'assureur qui assumera la réparation des dommages. C'est pourquoi les assureurs incèrent dans leur contrat des clauses tentant à se substitués à l'assuré dans la défense du procès en responsabilité et prévoit des interdictions de reconnaissance de responsabilité de la part de l'assuré (*article 53 du code CIMA*).

A-L'INTERDICTION FAITE A L'ASSURE DE RECONNAITRE SA RESPONSABILITE

Elle est prévue par *l'article 53 du code CIMA* qui précise l'objet de l'interdiction et la sanction encourue. L'objet de l'interdiction est la reconnaissance de responsabilité et la reconnaissance de responsabilité suppose que l'assure lui-même ait tire les conclusions juridique de l'accident en se reconnaissant débiteur de l'accident. Ainsi si l'interdiction n'est par réputée la reconnaissance n'est par opposable a l'assureur. L'assureur doit toujours sa garantie a l'assure mais en faisant abstraction à la reconnaissance.

B-LES CLAUSES PORTANT SUR LA TRANSACTION

Une double clause est insérée dans le contrat d'assurance eu égard à la portée de la transaction ; il ya d'abord une interdiction à l'assuré de trancher seul et le droit donner à l'assureur de trancher seul. Les difficultés peuvent néanmoins se présenter l'exercice de la clause est susceptible de nuire à l'assuré. C'est pourquoi la meilleure est d'associer l'assuré à la transaction qui lui sera opposable, encore faut il le prévoit dans le contrat.

§2 : LA GARANTIE DUE PAR L'ASSURE A L'ASSUREUR RESPONSABLE

Lorsque la victime intente une action en responsabilité civile contre l'assuré responsable, deux méthodes s'offrent à celui-ci pour mettre en jeu la garantie de son assureur :

- l'appeler en garantie dans le procès.
- exercer une action en garantie.

A-L'APPEL EN GARANTIE OU MISE EN CAUSE

L'action en responsabilité et l'appel en garantie sont unis par un lien de connexité permettant à l'assuré de mettre en cause l'assureur dans l'instance introduite contre lui par la victime.

B-L'ACTION EN GARANTIE

Une telle action naît lorsque l'assureur contrevient à son obligation de garantie. C'est donc une action qui naît du contrat d'assurance. Elle est donc soumise aux conditions *des articles 28 et suivants du code CIMA* relative à la prescription et aux compétences. Pour mettre en jeu la garantie de l'assureur, l'assuré doit établir une double preuve : celle de la dette de responsabilité envers la victime et celle de l'obligation de garantir (envers l'assureur).

CHAPITRE III :

L'ASSURANCE AUTOMOBILE OBLIGATOIRE

Cette assurance a été d'abord rendu obligatoire en Côte d'Ivoire par *la loi n°60-342 du 28 octobre 1960* qui a été remplacée par *la loi n°89-1301 du 18 décembre 1989* et remplacée de nos jours par *le code CIMA* notamment *le livre II*.

SECTION I: LE CHAMP D'APPLICATION DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE OBLIGATOIRE

Les véhicules couverts sont les véhicules terrestres à moteur ou leurs remorques ou leurs semi-remorques.

§1 : LES VEHICULES A MOTEUR

L'assurance automobile obligatoire est une assurance de responsabilité encourue en raison des véhicules terrestres à moteur visés à ***l'article 200 du code CIMA***. Peu importe donc le nombre de roues et les deux roues y sont astreintes dès lors qu'un moteur les propulse. Le véhicule à moteur se présente comme un engin pouvant transporter une force autre qu'humaine ou animale, ce qui prend en compte tous les véhicules à 4 roues ou à 3 roues ou à 2 roues ou plusieurs roues et qui se déplacent grâce à un moteur et peuvent transporter des personnes et des choses.

L'obligation d'assurance s'explique non seulement aux véhicules eux-mêmes mais aussi à leurs remorques ou semi-remorques qui sont des véhicules terrestres construites pour être attelés à un véhicule terrestre à moteur et destiné au transport des personnes ou des choses. Le contrat d'assurance doit donc expressément prévoir l'attelage complet identifiant tracteurs et remorques. En tout état de cause, l'assurance ne couvre que les dommages causés par les véhicules en circulation. La circulation englobe non seulement les véhicules se trouvant en mouvement ou même simplement en stationnement sur la voie publique mais encore ceux qui circulent sur une voie privée ou à l'intérieure d'une propriété privée voire simplement dans le garage où ils sont garés. Seuls échappent à l'obligation d'assurance les véhicules totalement immobilisés en dehors de la voie publique. Cependant, il faut préciser que les chemins de fer et les tramways sont exclus du champ d'application de l'assurance obligatoire. Certains professionnels sont exclus de cette assurance de responsabilité dans la mesure où ils doivent souscrire une assurance couvrant leurs responsabilités civiles professionnelles.

§2 : LES DOMMAGES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE

Aux termes de *l'article 205 du code CIMA*, il s'agit des dommages tant corporels que matériel résultant généralement de la circulation. C'est ainsi que le dommage peut résulter d'un incendie, d'une explosion causée par un véhicule. Mais le dommage peut également résulter de la suite d'accessoire du véhicule. En revanche, ne sont pas couverts, les dommages ou aggravations de dommages résultant de la force atomique. Il en est de même des dommages atteignant les biens loués ou confiés à l'assureur ou au conducteur à quelque titre que ce soit. *Exemple* : le conducteur qui loue un garage où il range son véhicule, l'assurance n'intervient pas s'il endommage le garage. Enfin, les dommages causés aux biens transportés ne sont pas couverts dès lors qu'il ne s'agit pas de transporteurs professionnels.

§3 : LES PERSONNES DONT LA RESPONSABILITE EST COUVERTE

La garanti imposée ne porte que sur la responsabilité civile des utilisateurs des véhicules terrestres à moteur. Il est certes possible de souscrire une grande variété d'assurance (vol, incendie...) mais toutes ces assurances sont facultatives. Le seul risque que le code CIMA oblige à assurer est la responsabilité civile encourue par celui qui cause un dommage avec un véhicule. Ainsi l'assureur n'est tenu que si l'assuré est responsable ou déclaré responsable.

Dès lors de quelle personne s'agit il ?
 il s'agit d'abord de l'assuré souscripteur du contrat, il ya également les personnes qui sont assimilées à l'assuré à savoir le gardien ou le conducteur même non autorisé du véhicule. Le gardien du véhicule est celui qui a l'usage, le contrôle et la direction de la chose. Le propriétaire est présumé gardien mais la garde peut être aussi transférée à un tiers. La conduite autorisée est distincte du transfère de la garde. Si nous prenons l'exemple du commettant et du préposé, le commettant demeure gardien du véhicule conduit par le préposé. Ainsi, la portée de son autorisation est de ce fait limitée à une mission précise. En principe, le conducteur autorisé à conduire le véhicule ne devrait pas pourvoir autoriser à son tour une autre personne à conduire le véhicule. Mais les tribunaux admettent dans un souci de protection des victimes qu'il a pu autoriser à un autre conducteur. En ce qui concerne la garde autorisée, le propriétaire confie l'usage, le contrôle et la

direction du véhicule à une autre personne de sorte que la portée de cette autorisation est plus large que celle de conduite autorisée puisque le gardien autorisé a le droit d'autoriser une autre personne à conduire le véhicule. Il faut ajouter les passagers du véhicule qui sont considérées comme des assurés. Il ya aussi l'assuré qui est condamné pour état d'ivresse et qui est couvert par l'assurance. Les rédacteurs du code CIMA ont voulu également par cette disposition montrer leur volonté à protéger l'assuré et partant distinguer la sanction pénale de la sanction civile.

§4 : LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Il s'agit des victimes indemnisées au titre d'assurance automobile. Aux termes de *l'article 200 du code CIMA*, l'assurance couvre la responsabilité des assurés des dommages causés aux tiers d'une part la victime elle-même et d'autre part les ayants droits.

A-LA VICTIME DIRECTE

Le tiers c'est la personne physique ou morale qui n'est ni l'assuré ni l'assureur. Généralement les tiers sont les piétons et les cyclistes. Avec le code, il y a de nouveaux tiers comme les membres de la famille du conducteur ou de l'assuré et les conducteurs eux-mêmes. Il y a des tiers qui ne bénéficient pas de l'assurance. Il y a d'abord des personnes qui sont exclues, c'est ainsi que l'obligation d'assurance ne s'applique pas à la réparation des dommages subis par la personne conduisant le véhicule. C'est notamment le cas du conducteur qui est le seul impliqué dans l'accident. C'est le cas généralement des dommages subis. L'obligation d'assurance ne s'applique pas également lorsqu'il s'agit des dommages subis par les salariés ou préposés de l'assuré responsable du dommage pendant leur service.

B-LES AYANTS DROITS

La détermination des ayants droits va résulter de la combinaison d'un certain nombre *d'article notamment 229, 265 et 266 du code CIMA*. Mais les bénéficiaires de l'indemnité varient selon que la victime a subi des blessures entraînant une incapacité permanente totale ou qu'il est décédé.

1-les ayants droits en cas d'incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente totale, les ayants droits sont déterminés par ***l'article 229 du code CIMA*** et dans ce cas seul le ou les conjoints sont admis à obtenir réparation du préjudice moral subi et ceux dans la limite de ***SMIG annuel*** pour l'ensemble des bénéficiaires.

2-les ayants droits en cas de décès

En ce qui concerne les ayants droits en cas de décès de la victime, tout est fonction de la nature des préjudices à réparer. On peut être en présence d'un préjudice économique ou moral.

– Lorsqu'il s'agit d'un préjudice économique, l'offre est faite au conjoint et enfants en charge.

– Lorsqu'il s'agit d'un préjudice moral, s'ajoutent au conjoint et aux enfants en charge des enfants majeurs, les ascendants, les frères et sœurs (collatéraux) de la victime décédée. Le codes CIMA prend en compte le préjudice subi par les personnes physiques qui établissent être en communauté de vie avec la victime directe. Dans ces conditions, on pourrait prendre en compte le concubin et les autres membres de la famille comme ayants droits.

SECTION II : LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

En principe l'obligation d'assurance s'applique à la réparation des dommages corporels ou matériels résultant des accidents, incendies ou explosions causés par le véhicule, les accessoires et les produits servant à son utilisation, les objets et les substances qu'il transporte et de la chute des accessoires, objets, substances, ou produits (***article 205 du code CIMA***). Ainsi sont couverts tous les dommages susceptibles d'être causés à l'occasion de la circulation non seulement les dommages résultant d'accidents corporels mais encore ceux résultant d'accidents matériels. L'assurance couvre obligatoirement ces dommages résultant d'accidents survenus sur le territoire CIMA. Il y a des risques qui sont exclus en ce sens qu'ils demeurent en dehors de l'objet du contrat et que ce soit par la loi, soit par la volonté des contractants. En dehors des dommages exclus en vertu de ***l'article 38, les articles 206, 207 et 208 du code CIMA*** autorisent l'exclusion de plusieurs sortes de dommages. Certains de ces dommages concernent les biens, d'autres sont relatifs au transport de certaines matières puis les dommages qui se rapportent au respect de certaines règles.

En ce qui concernent les biens, il s'agit des dommages atteignant les immeubles, les choses ou les animaux loués ou confiés au conducteur et les dommages causés aux marchandises et aux objets transportés.

- Dans le 1^{er} cas, il s'agit de biens dont le conducteur est le locataire ou dépositaire, par exemple : le garage où se trouve le véhicule du conducteur.
- Dans le 2^e cas, il s'agit des biens transportés et les dommages causés sont exclus dès lors qu'il ne s'agit pas d'un transporteur professionnel.

En ce qui concerne les exclusions dues à certaines règles, ces exclusions sont édictées par les **articles 207 et 208** et concernant :

- D'une part le conducteur qui n'a pas l'âge requis ou ne possède pas les certificats en état de validité.
- Et d'autre part le conducteur qui ne respecte pas les mesures de sécurité.

Pour ce qui est du permis de conduire et l'âge du conducteur, **l'article 207** autorise la clause prévoyant l'exclusion de garantie lorsqu'au moment du sinistre, le conducteur n'a pas l'âge requis. Cet âge qui est généralement celui de la majorité varie d'un Etat à un autre. Certains retiennent *l'âge de 21 ans et d'autres 18 ans*.

L'article 207 du code CIMA permet également l'exclusion de la garantie lorsqu'au moment du sinistre, le conducteur ne possède pas les certificats en état de validité exigé par la réglementation en vigueur. Le permis de conduire qui est variable selon le genre de véhicule est requis selon la réglementation routière. Le permis exigé doit être le permis approprié ou régulier. Il faut également que ce permis soit en état de validité le jour de l'accident. N'a pas ce caractère, un permis suspendu ou périmé. Le permis est exigé en cas d'accident de la circulation proprement dite c'est-à-dire les accidents causés par un véhicule en mouvement sur la voie ouverte au public.

Aux termes de **l'article 207. 2^{ème}**, une exclusion de garantie peut être prévue en cas de non respect des mesures de sécurité.

- En effet, en ce qui concerne les dommages subis par les personnes transportées, l'exclusion peut être prévue lorsque le transport n'est pas effectué dans les conditions suffisantes de sécurité fixées par un arrêté des autorités compétentes. C'est ainsi par exemple que les passagers d'une voiture de tourisme doivent prendre place à bord du véhicule et non sur le capot et le toit.
- Le transport de certaines matières dangereuses : les conséquences d'un accident de la circulation peuvent être considérables du fait des matières transportées. C'est ainsi que **l'article 206. 2^{ème}** édicte l'exclusion des

dommages ou de l'aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à explorer par modification de structure du noyau de l'atome. Il s'agit de risques nucléaires. C'est également le cas du transport de sources de rayonnement ionisant destinées à être utilisées hors d'une installation nucléaire. Il en va de même du transport de matières inflammables, explosives, corrosives ou ondulantes.

A ces explosions, on pourrait ajouter les dommages survenus au cours d'épreuves, courses, compétitions, pour leurs essais soumis à la réglementation en vigueur, à l'autorisation préalable des pouvoirs publics.

Aux termes de *l'article 10 du code CIMA*, l'assureur peut opposer au porteur de la police ou au tiers qui en invoque le bénéfice, les exceptions opposables au souscripteur originaire. Toutefois, *l'article 210 du code CIMA* déclare inopposable aux victimes ou à leurs ayants droits un certain nombre d'exception de sorte que 4 sortes d'exceptions sont opposables bien entendu à l'assuré mais deviennent inopposables aux tiers. Ce sont :

- La limitation de garantie (la franchise)
- Les déchéances à l'exception de la suspension régulière de la garantie pour non paiement de prime.
- La réduction de l'indemnité et ceux en application de *l'article 19 du code CIMA* c'est-à-dire la réduction proportionnelle.
- Exclusion de garantie prévue par *les articles 207 et 208 du code CIMA*.

Après le paiement de l'indemnité par l'assureur pour le compte du responsable, l'assureur peut exercer contre ce responsable une action en remboursement pour les sommes payées ou mises en réserve à sa place.

SECTION III : L'INDEMNISATION DES VICTIMES

Le code CIMA a prévu un ensemble de règles qui dérogent parfois au droit commun (droit civil) et dont les objectifs sont l'accélération du règlement des préjudices résultant des accidents de la circulation et l'accroissement du nombre des victimes à indemniser.

§1 : LES VICTIMES INDEMNISABLES

Avec le code CIMA, il est institué une indemnisation standardisée. L'objectif recherché est de maintenir l'équilibre financier des compagnies d'assurances, éviter l'arbitraire dans l'évolution des préjudices et d'instaurer ainsi une certaine égalité entre les victimes qu'on soit en présence de victime direct ou de victime par ricochet.

A-LES VICTIMES DIRECTES

En ce qui concerne les victimes directes, il s'agit de personnes qui du fait du sinistre sont atteintes dans leurs biens ou dans leur intégrité physique ou psychique. Pour ces personnes, il y a deux types de dommages : des dommages relatifs aux biens et des dommages relatifs à la personne.

1-la réparation des dommages matériels

En ce qui concerne la réparation des dommages matériels au niveau de ces préjudices, il ya d'une part les dommages qu'il faut déterminer avant la réparation proprement dite.

a) La détermination des dommages matériels

Par dommage aux biens il faut comprendre tous les dommages résultant de la détérioration ou de la destruction des biens. En ce qui concerne les biens, on peut être en présence de biens meubles ou immeubles. ***Exemple de biens meubles : véhicules, objets transportés et même les objets non transportés par le véhicule.***

Exemple d'immeubles : maisons, terrains bâtis...

la détérioration ou la destruction des biens peut entraîner des conséquences accessoires qui sont loin d'être négligeable. Il s'agit d'un préjudice résultant de la privation temporaire ou définitive du bien endommagé et qui peut s'analyser en une perte de profit ou de jouissance : c'est ***le préjudice accessoire.***

b) La réparation proprement dite

La réparation des dommages aux biens doit se faire par voie transactionnelle (***articles 231 et 240 du code CIMA***). C'est ainsi que les conventions entre assureurs ont permis d'éliminer les procès relatifs aux dommages aux biens. Toute demande de réparation passe par une triple opération. Ainsi la demande doit comporter :

- La description par la victime des dommages causés aux biens.
- L'appréciation de l'importance du dommage invoqué par l'expert.
- L'évaluation de la somme d'argent qui va relever de la compétence de l'assureur ou le juge.

2-la réparation du préjudice corporel

On procède toujours à une distinction entre le préjudice patrimonial et le préjudice extra patrimonial.

a) Le préjudice patrimonial

En matière d'accident de la circulation, on peut être en présence de 3 situations : d'abord les dépenses inhérentes aux soins que doit recevoir le blessé. Ensuite ce blessé peut subir ce qu'on appelle un préjudice de carrière et enfin il peut être atteint d'une incapacité de travail.

● *Les dépenses inhérentes aux soins*

Au niveau des frais, il s'agit des frais de toute nature qui peuvent être soit remboursés à la victime sur présentation des pièces justificatives, soit pris directement en charge par l'assureur du véhicule ayant causé l'accident. Toutefois leur coût ne saurait excéder 2 fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays de l'accident en cas d'évacuation sanitaire justifiée par expertise une fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays d'accueil. Le code CIMA donne aux victimes le droit d'obtenir de l'assureur une lettre de garantie pour la prise en charge des frais médicaux qu'il s'agisse de dépenses présentes c'est-à-dire les frais de soins à proprement dit ou les frais accessoires (le transport) mais également les frais futurs. Ainsi les frais médicaux futurs et ceux entraînés par l'infirmité doivent être pris en compte.

● *Le préjudice de carrière*

Ce préjudice aux termes de *l'article 263 du code CIMA* s'entend soit de la perte d'une chance certaine, d'une carrière que peut raisonnablement espérer un élève ou un étudiant, soit la perte de carrière subite par une personne déjà engagée dans la vie active.

La perte de chance certaine se ramène au préjudice subi par les seuls étudiants et élèves. Et l'indemnité à verser à la victime de la perte d'une chance certaine ne peut dépasser 12 mois de

bourses officielles de la catégorie correspondante. La perte de carrière ou préjudice professionnel est le préjudice subi par une personne déjà engagée dans la vie active. **Exemple** : un agent en fonction qui devrait effectuer un stage en vue de l'amélioration de sa carrière, malheureusement il ne peut effectuer ce stage à cause de l'accident. L'indemnisation du préjudice ne peut être cumulée avec celle pouvant être obtenue au titre de la perte de chance certaine d'une carrière même si l'indemnisation se fait en combinant les dispositions des **articles 263 dernier alinéa et 259 du code CIMA**. Dans ce cas l'indemnité est limitée à 6 mois de revenus calculés et plafonné dans les conditions de **l'article 259**.

• **Les dépenses résultant des incapacités de travail**

Il s'agit ici d'apprécier les problèmes qui se posent en cas de lésions corporelles, et l'incapacité se présente comme la diminution des capacités physiques d'une personne. L'incapacité est médicalement évaluée en pourcentage. Une distinction doit être faite selon que l'incapacité est temporaire ou permanente.

L'incapacité temporaire couvre la période allant de l'accident à la consolidation des blessures c'est-à-dire au moment où l'état du blessé paraît stabiliser (même s'il n'y a pas encore guérison) et la fixation du montant de l'indemnité pour compenser le préjudice va se faire après détermination du taux d'incapacité. De façon générale, les éléments de préjudice pris en compte sont d'une part les pertes de gain professionnels et les frais occasionnés par cette incapacité d'autre part. Ce montant de la réparation varie selon que la victime exerce ou non une activité professionnelle. Lorsqu'elle exerce une activité professionnelle et notamment lorsqu'elle est salariée, l'évaluation du préjudice est basée sur le revenu net (**article 259 alinéa 2 du code CIMA**) perçu au cours des 6 mois précédant l'accident.

Si la victime est un travailleur indépendant (commerçants, profession libérale), l'évaluation du préjudice est basé sur les déclarations fiscales des 2 dernières années précédant l'accident. Dans tous les cas dit **l'article 259 du code CIMA**, l'indemnité mensuelle versée est plafonnée à 3 fois le SMIG mensuel annuel. Lorsque la victime n'exerce pas d'activité professionnelle, la situation est réglée par **l'article 259 in fine (la fin) du code CIMA**. Il s'agit de personnes qui ne

peuvent justifier de revenu. Il appartient au médecin de répondre à la question de la durée de l'incapacité. L'évaluation du préjudice est basée sur **le SMIG mensuel**.

Ou'en est-il de l'incapacité permanente ?

Cette incapacité peut être définie comme étant la réduction du potentiel physique ou intellectuel dont reste atteinte une victime après consolidation de son état. Elle commence alors au jour de la consolidation et peut se prolonger jusqu'au décès du blessé.

Le taux d'évaluation de l'incapacité permanente est établi par expertise médicale en tenant compte de la réduction de la capacité physique et il varie de 0 à 100% par référence au barème médical adopté par le code CIMA.

b) Les préjudices extra patrimoniaux

Entrent dans ces préjudices, la souffrance physique, le préjudice esthétique, l'assistance d'une tierce personne, et ce qu'on appelle généralement le préjudice moral.

- le préjudice moral résulte d'une incapacité permanente (**article 260 du code CIMA**). Il n'est indemnisé que si le préjudice est évalué à un taux d'au moins 80% et lorsque le taux d'incapacité est atteint, l'indemnisation est fixée à une fois **le SMIG annuel**.

- En ce qui concerne la souffrance physique ou le prix de la douleur peut être définie comme le préjudice subi par elle lors de l'accident et postérieurement à celui-ci jusqu' à la date de la consolidation de celui-ci. L'appréciation de la douleur se fait également par un expert et d'après la nature du traumatisme la douleur est qualifiée de très légère, légère, modérée, moyenne, très important, exceptionnelle.

- Le préjudice esthétique quant à lui, il est admis par le code CIMA en plus du prix de la douleur et le barème prévu pour la réparation est le même que celui de la douleur

- En ce qui concerne l'assistance d'une tierce personne, elle fait partie des occasionnés par l'incapacité et les conditions d'indemnisation sont prévues par le code CIMA en **son article 261** et la victime n'a droit à une indemnité pour assistance d'une tierce personne que si le taux d'incapacité est égal à au moins 80%.

B-LES VICTIMES INDIRECTES

Il s'agit des victimes par ricochet.

1-Le préjudice économique

En principe 3 catégories de dommages matériels par ricochet peuvent exister. Il ya d'abord les dommages subis par les personnes qui ont contribué à l'indemnisation des personnes (cas des centres d'assurance, la CNPS ou l'Etat employeur). Il ya en suite les dommages subis par les pers avec lesquelles le défunt était en relation ou rapport d'affaires (créanciers débiteurs) enfin les dommages dont peuvent se prévaloir les pers privées des subsides fournis par la victime (membre de la famille du défunt) seule cette dernière catégorie a été retenue par le code CIMA et des indication sont données pour calculer la somme nécessaire à la compensation effective de la perte du soutien effectif que la victime fournissait à ses proches (**article 264 et 265 code CIMA**) . Il faut tenir compte de importance des ressources qui ont diminué ou disparu du fait de l'accident dommageable c'est-à-dire qu'on va tenir compte des gains professionnels de la pers décédée et c'est lorsque cette condition est remplie qu'on va calculer la somme nécessaire revenant aux termes de **l'article 265 (du code CIMA)** à chaque conjoint et enfant à charge et qui équivaut à un capital égal au produit des pourcentages des revenus annuels dûment prouves du décédé.

Pour les enfants, on considère que l'aide sera versée tout le temps nécessaire pour achever leurs études. Et surtout leurs éducations et ceux jusqu'à la majorité de l'enfant. En ce qui concerne le conjoint vivant on peut estimer que l'aide devrait être maintenue jusqu'à son décès. S'agissant des pères et mères ou des frères et sœurs qui étaient à la charge du défunt, il faut également déterminer la durée pendant laquelle cette situation ne serait maintenue si l'accident n'était pas survenu. En ce qui concerne les personnes qui établissent qu'elles étaient en communauté de vie avec la victime directe, ces personnes sont assimilées selon leur âge à un enfant mineur ou majeur. En principe les personnes qui peuvent alléguer un préjudice économique sont celles énumérées à **l'article 265 du code CIMA** c'est-à-dire chaque conjoint et enfants à charge. A ces personnes, il faut ajouter celles qui sont en communauté de vie avec le défunt à savoir les parents du conjoint et le concubin.

2-le préjudice moral

Il peut être défini comme la douleur subie par une personne en raison des liens qui l'unissaient à la victime. Et les personnes peuvent obtenir une réparation du préjudice moral sont les membres de la famille et les personnes qui avaient une communauté de vie avec la victime.

- En ce qui concerne les membres de la famille, on peut citer toutes les personnes qui peuvent demander l'indemnisation du préjudice économique, les enfants majeurs, les ascendants et les frères et sœurs (collatéraux). Les indemnités qui sont dues à chacun sont déterminées **en pourcentage du SMIG annuel**.

- En ce qui concerne les personnes ayants une communauté de vie avec la victime, il convient d'ajouter aux ayants droits, le concubin, les neveux et les nièces.

§2 : LA PROCEDURE D'INDEMNISATION

Aux termes de **l'article 225 alinéa 2 du code CIMA**, les dispositions du code s'appliquent soit lors de la transaction, soit lors de la procédure judiciaire. Le code fait obligation cependant aux parties de se soumettre à une tentative de transaction qui est obligatoire et préalable à toute action judiciaire.

A-LA TRANSACTION

Elle peut être définie comme le contrat par lequel les parties terminent une contestation née ou préviennent une contestation à naître. Le recours obligatoire à la transaction pour le but d'amener les parties à rechercher un terrain d'attente afin de parvenir à un règlement amiable évitant ainsi le contentieux judiciaire. la transaction consiste à offrir une indemnité d'une part et à l'accepter ou à la refuser d'autre part.

1-l'offre d'indemnité

Le code CIMA en son article 231 oblige l'assureur du responsable d'un accident de la circulation à rechercher la conclusion d'une transaction. L'offre de transaction devient alors le principe qui pèse sur le garant de l'auteur du préjudice qui ne pourra plus se contenter d'une position d'attente mais il devra prendre l'initiative des démarches pour le règlement du dommage. L'offre doit comprendre tous les éléments indemnifiables du préjudice y compris les éléments relatifs aux dommages, aux biens s'ils n'ont pas fait objet d'un règlement préalable (**article 231 alinéa 2 du code CIMA**). L'offre doit être faite

par l'assureur et elle est obligatoire et la procédure a pour but d'offrir à la victime les garanties d'un consentement éclairé et conscient. Quel est l'assureur qui va faire l'offre ?

a) L'auteur de l'offre ou l'offrant

Il faut donc déterminer l'assureur qui va payer et cet assureur est l'entreprise d'assurance d'un Etat membre qui a assuré le véhicule ayant occasionné l'accident lorsque c'est seulement un véhicule qui est impliqué dans l'accident. Lorsqu'il ya plusieurs assureurs, l'offre est faite par l'assureur qui aura été désigné dans la convention d'indemnisation et cela n'est valable que lorsqu'il ya plusieurs véhicules mettant en cause plusieurs assureurs (**article 231 du code CIMA**).

Au cas où il n'y aurait pas d'assureur, on va recourir alors au fond de garantie qui est prévu par **l'article 600 du code CIMA**. Dans ce cas le débiteur de l'offre est le fonds de garantie et les modalités de création et le fonctionnement du fonds de garantie en principe doivent être fixé par un règlement de la CIMA et le mode de financement est déterminé par chaque Etat partie.

b) Le bénéficiaire de l'offre

L'offre est faite à la victime qui a subi une atteinte à sa personne et en cas de décès de ces ayants droits, elle doit indiquer créances de chaque tiers payeur c'est-à-dire la créance des personnes physiques ou morales qui ont été contrainte en vertu de la loi ou des règlements de verser des prestations à la victime soit parce que l'accident intervenu constitue un accident de travail, soit en vertu d'un contrat. L'offre proprement dite comporte des conditions tant de formes que de fonds.

√ En la forme, il s'agit des délais de l'offre et de l'obligation d'information. En effet, l'objectif étant d'aboutir à une indemnisation rapide des victimes, le délai imparti à l'assureur pour faire une offre à la victime est de *12 mois maximum* (**article 231 du code CIMA**) et en cas de décès, l'offre est faite à ces ayants droits dans les 8 mois du décès. L'offre peut avoir un caractère prévisionnel. Ces délais peuvent être suspendus si l'assureur n'a pas été informé de l'accident dans le mois de sa survenance. En cas de retard dans la communication, des éléments justificatifs, et en absence de réponses ou de réponses incomplets de la victime (**article 249 et 250 du code CIMA**). Les délais peuvent être prorogés en cas de décès de la victime (**article 248 du code CIMA**), en cas de refus d'examen médical ou de contestation du médecin

ou lorsque la victime réside à l'étranger, l'offre d'indemnité est assortie de 2 sanctions :

- Si l'offre est tardive ou en cas défaut de l'offre, le montant de l'indemnité produit des intérêts de plein droit au double du taux légal à partir de la date à laquelle l'assureur doit faire l'offre jusqu'au jour où l'offre est devenue définitive. Il s'agit donc d'une sanction pécuniaire.

- Le refus d'indemnisation par l'assureur (**article 233 du code CIMA**).

S'il y a refus d'indemnisation de l'assureur alors la victime va s'adresser à la justice pour régler le litige. En ce qui concerne l'obligation d'information, il s'agit d'un échange d'informations entre la victime, l'assureur et le tiers payeur et ceux pour combattre les causes de la lenteur de l'indemnisation.

√ Au fond, il s'agit de déterminer le contenu de l'offre à savoir d'une part l'évaluation de chaque chef de préjudice avec les sommes à verser et d'autre part les limitations ou exclusions d'indemnisation. Lorsque l'offre est manifestement insuffisante, le litige est porté devant l'autorité judiciaire sinon l'offre doit être acceptée.

2-l'acceptation de l'offre

Pour éviter les abus, le code CIMA édicte des mesures de protection des victimes et des délais aux termes desquels l'assureur doit s'exécuter. Les mesures de protection concernent les victimes mineures et majeures en curatelle et la dénonciation de la transaction.

- Dans le 1^{er} cas (victime mineure et majeure curatelle) il est exigé l'autorisation du juge de tutelle ou du conseil de famille (**article 234 du code CIMA**). La transaction non autorisée peut être annulée à la date de toute personne autorisée ou du ministère public.

- En ce qui concerne la dénonciation, la victime a le droit de dénoncer la transaction intervenue dans les 15 jours de sa conclusion et toute clause qui tendrait à faire renoncer à ce droit est nulle. Une fois l'offre acceptée l'assureur doit s'exécuter dans le délai d'un mois après expiration du délai de dénonciation.

Lorsque la victime est mineure ou majeure sous curatelle, l'assureur doit donner avis au juge des tutelles ou du conseil de famille 15 jours au moins à l'avance du paiement du 1^{er} arrérage d'une rente ou de toutes sommes devant être versées à

titre d'indemnité au représentant légal de la victime. Si le délai n'est pas respecté, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux d'escompte majoré de moitié durant 2 mois puis à l'expiration de ces 2 mois au double du taux.

B-LA PROCEDURE JUDICIAIRE

Cette procédure a un caractère subsidiaire qui apparaît d'ailleurs à travers la saisine du tribunal et les compétences de celui-ci.

1-la saisine du tribunal

Les cas de saisine sont énumérées (). Ainsi en cas de désaccord entre l'assureur et la victime, le litige ne peut être porté devant le tribunal qu'à l'expiration du délai de 12 mois.

Le 2^{em} cas de saisine est relatif aux demandes de réduction, d'annulation ou de demande de contestation d'une transaction. Ainsi tout pouvoir d'appréciation est retiré au juge dans la majorité des cas.

2-la juridiction compétente

Le principe est posé par *l'article 30 alinéa 2* qui donne compétence au tribunal du lieu de l'accident. Ce qui veut dire que l'assuré peut assigné l'assureur devant le tribunal où s'est produit le fait dommageable et la loi applicable est celle du lieu de la survenance de l'accident.

TITRE II :***LES ASSURANCES DE
PERSONNES (titre 3 livre 1 code CIMA)***

Les assurances de personnes, assurance sur la vie, assurance accident corporels et accident maladie ont en commun un aspect juridique qui est leur caractère forfaitaire et un aspect social qui est leur finalité de protection des risques de la vie, de la vieillesse et de la maladie accidentelle on non. En effet, les assurances de personnes se caractérisent par la détermination forfaitaire des sommes assurées qui sont fixées par le contrat (**article 56 alinéa 3 du code CIMA**). Ces assurances n'ont donc aucun caractère indemnitaire et ne sont pas limitées à la mesure d'un dommage. Si les assurances contre des accidents ou la maladie demeurent essentiellement des opérations d'assurance c'est-à-dire de répartition des risques, les assurances sur la vie en revanche sont beaucoup plus complexes car elles constituent à la fois une opération d'assurance par la recherche d'une sécurité face à l'éventualité d'un risque donné (décès par exemple) et une opération d'épargne encouragée à ce titre par les pouvoirs publics, l'ensemble étant géré en capitalisation.

SECTION I : L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Initiée ou instituée l'Assurance Maladie Universelle (**A.M.U**) est une sorte de sécurité sociale instituée par **la loi 2001-636 du 09 octobre 2001**. C'est un système d'assurance maladie qui garantie aux termes de l'article 1^{er} de la loi à toute personne résidant sur le territoire ivoirien, les risques liés à la maladie et à la maternité. Théoriquement la loi est entrée en vigueur même si les différents textes réglementaires auxquels elle renvoie ne sont pas encore pris. L'application de l'AMU n'est pas encore effective, toutefois on peut tenter d'en examiner les caractéristiques eu égard à l'intérêt qu'elle suscite et surtout par rapport à la noble idée qui la soutend et qui la fonde. La loi abrogée et remplacée par la loi de mars 2014 portant couverture maladie universelle.

§1 : LES PERSONNES VISEES PAR LA LOI

A la lecture de **l'article 1^{er}**, l'AMU vise aussi bien les nationaux que les étrangers puisqu'il fait allusion à toute personne vivant sur le territoire ivoirien. Toutes ces personnes sont donc bénéficiaires de l'AMU et il est renvoyé à des décrets pour préciser les conditions dans lesquelles ces personnes pourront

bénéficiaire de la garantie AMU. Mais pour les étrangers l'article 2 semble édicter un préalable en ce sens qu'ils doivent être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en Côte d'Ivoire. Il s'agit donc d'avoir un titre de séjour en bonne et due forme.

§2 : LE CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'AFFILIATION

Toujours aux termes de *l'article 2*, la garantie AMU est un droit qui s'acquiert pendant l'affiliation obligatoire des bénéficiaires à l'un des régimes prévus. Ainsi l'AMU est obligatoire pour tous (salarié ou non, paysans, chômeurs...), il n'y a donc pas de distinction selon que vous bénéficiez ou non d'une couverture, voilà pourquoi ce caractère est critiqué en ce sens qu'elle va amener des couches sociales à avoir 2 couvertures dans la mesure où elles ne sont pas prêtes à renoncer à leurs couvertures actuelles qui leur est plus avantageuse du point de vue du taux de cotisation. Le montant de cotisation doit être déterminé par décret (pas encre pris). En attendant le décret ce taux se situerait autour de 5% du salaire pour les salariés.

§3 : LES REGIMES DE L'AMU

- Le régime de l'AMU secteur agricole qui couvre les risques liés à la maladie et à la maternité des personnes exerçant à titre personnel une activité directement ou indirectement agricole. L'activité doit être déterminée par décret (non encore pris)
- Le régime AMU des autres secteurs qui concernent les personnes qui ne relevant pas du régime du secteur agricole (salariés, fonctionnaires etc...).

§3 : LE FONDS NATIONAL DE L'AMU

Il est chargé du recouvrement et de la gestion des ressources financières des régimes qui comportent l'AMU. Il mobilise et encaisse les ressources financières nécessaires au fonctionnement de l'AMU et procède au recouvrement des cotisations.

SECTION II : LES ASSURANCES DE GROUPE

Les assurances de groupe sont définies comme « *un contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat pour la*

couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant à l'intégrité physique de la personne ou lié à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage. Les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur ». C'est ce que prévoit **l'article 95 du code CIMA**. Comme on le voit, il s'agit de l'assurance de retraite ou chômage, de l'assurance accident de travail ou de l'assurance naissance.

§1 : LES CONDITIONS DE VALIDITE DU CONTRAT

Le souscripteur qui est ici, la personne morale ou le chef d'entreprise est tenu de :

- remettre à l'adhérent un document établi par la société d'assurance qui définit les garanties et les modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Il faut entendre par sinistre ici la retraite, la mise au chômage, la naissance d'un bébé.
- informer par écrit les adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant d'apporter à leur droit et obligation. Cependant, l'adhérent peut renoncer à son adhésion en raison de ces modifications, sauf si le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion du contrat.
- notons enfin que le souscripteur d'un contrat d'assurance groupe garantissant des emprunteurs ne peut ni modifier ni résilier celui-ci sans avoir obtenu l'accord de chaque emprunteur. Le fondement ci-dessous se trouve dans **l'article 98 du code CIMA**.

§2 : LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Ce contrat d'assurance prend effet à partir du moment où il est conclu et que l'adhérent commence à s'acquitter. En effet, les sommes dues par lui au souscripteur doivent lui être décomptées directement à la source en dehors de tout autre contrat. Dès lors l'adhérent bénéficie des garanties de ce contrat au regard de **l'article 96 du code CIMA**. Toutefois il peut perdre ses privilèges si le lien qui l'unit au souscripteur est rompu ou s'il cesse de payer la prime ou la cotisation. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le souscripteur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Et cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Et le souscripteur doit informer l'adhérent de son éventuel exclusion. Si l'exclusion est prononcée, les prestations acquises par l'adhérent en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement sont des droits pour lui. Toutefois le souscripteur ici, le chef d'entreprise doit lui proposer la souscription d'un contrat indifférent, en cas de refus, on doit lui reverser le montant de la provision mathématique qui lui revient.

3^{ème} PARTIE :

***LES INSTITUTIONS D'ASSURANCE
DANS LA ZONE CIMA***

C'est l'article 2 du traité instituant une organisation intégrée de l'industrie des assurances dans les Etats Africains du 10 juillet 1992 signé à Yaoundé au Cameroun qui représente le système institutionnel d'assurance dans la zone CIMA en ces termes : « en vu de la pleine réalisation des objectifs qu'elles se sont assignées, les Hautes Parties Contractantes décident de :

1— maintenir en place les institutions

— L'Institution Internationale des Assurances (I.I.A)

— La Compagnie commune de réassurance des Etats membres de la CICA en abrégé CICA-RE

2— réorganiser ou créer les organes ci après :

— Le conseil des ministres de la conférence

— La commission régionale de contrôle des assurances

— Le secrétariat générale de la conférence »

A côté de ces institutions on a le Fonds de Garantie Automobile. Au regard de ce qui précède, les deux premières institutions I.I.A et la CICA-RE, ainsi que le Fonds de Garantie sont des institutions. Alors que le Conseil des Ministres et la Commission Régionale sont des institutions de décision ; la première (C.M) est une institution de régulation alors que la seconde (C.R) est une institution de

contrôle. Quand au secrétariat général c'est une institution d'exécution. Il faut aussi citer les directions nationales des assurances.

TITRE I :

LE CONSEIL DES MINISTRES

Il s'agit de saisir les pouvoirs de ce conseil et les effets de ses décisions.

CHAPITRE I :

***LES POUVOIRS DU CONSEIL DES MINISTRES DE
LA CIMA***

C'est ***l'article 6 du code CIMA*** qui dispose que le conseil des ministres est l'organe directeur de la conférence et assure la réalisation des objectifs suivants. À cette fin :

« ***a-*** *il adopte la législation unique des assurances.*

b- *il définit la politique de la conférence, en matière de formation dans le secteur des assurances.*

c- *il veille à l'application de la législation unique par les Etats membres et à l'exécution par eux des obligations découlant du présent traité.*

d- *il constitue l'unique instance de recours contre les sanctions disciplinaires prononcée par la commission régionale des assurances.*

e- *il fixe son règlement intérieur, les statuts des organes de la conférence et des institutions spécialisées.*

f- *il adopte le règlement intérieur du comité des experts. »*

CHAPITRE II :

**LES EFFETS DES DECISIONS DU CONSEIL
DES MINISTRES**

Le conseil se réunit au regard de *l'article 11 du code CIMA* en session ordinaire deux fois par an en marge de la réunion des ministres de la zone franc et est composé des ministres de la zone franc en charge des assurances de chaque Etat membre.

Il s'agit des Etats membres de la zone franc. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président à l'initiative de celui-ci ou à la demande d'au moins 2 de ces membres. *L'article 13 dudit code* précise que :

« Les délibérations du conseil sont acquises à l'unanimité des membres présents ou représentés, l'obtention des membres présents ou représentés ne fait pas obstacle à la manifestation de l'unanimité sauf si le nombre des obtentions est supérieur à celui des votants ».

Lorsque le conseil prend un acte en application des *articles 6 alinéa e, 22, 23, 32, 34, 36, 37, 39 alinéa b, 46 alinéa b, 48, 55, 57 et 58* du présent traité, ces délibérations sont requises à la majorité qualifiée des deux tiers tel est le sens de *l'article 14* du présent code. Lorsque les questions soumises sont adoptées au regard des règles de fond et de formes du traité instituant CIMA, elles prennent et produisent effets.

TITRE II :

***LA COMMISSION REGIONALE DE
CONTROLE***

On étudiera d'une part sa composition et ses pouvoirs et ses sanctions d'autre part.

CHAPITRE I :

**COMPOSITION ET POUVOIRS DE LA COMMISSION
DE CONTROLE**

C'est *l'article 23* qui présente sa composition en ces termes :

« 1- sont membres de la commission avec voix délibératives :

– Un juriste consultant ayant une expérience en matière d'assurance nommé par le conseil.

– Une personnalité extérieure ayant exercée des responsabilités dans le secteur des assurances, choisie pour expérience du marché Africain des assurances et nommée par le conseil.

– Une personnalité ayant acquise une expérience des problèmes du contrôle des assurances dans le cadre de l'aide technique fournit par les Etats tiers ou les organes internationaux et nommée par le conseil.

– 6 représentants des directions nationales des assurances nommés par le conseil.
– Le DG de la CICA-RE

2- siégeant à la commission sans voix délibératives

– Le président de la FANAF.

– Le SG de la conférence.

– Le D.G DE L'I.I.A

– Un représentant du ministre en charge de l'assurance dans l'Etat membre où opère chaque société faisant l'objet d'une politique disciplinaire ou sollicitant un octroi d'agrément ».

L'article 16 quand à lui nous expose les pouvoirs de la commission en disant qu'elle est l'organe régulateur de la conférence. Elle est chargée du contrôle des sociétés, elle assure la surveillance générale et concourt à l'organisation des marchés nationaux d'assurance. Les articles 18 et 20 expliquent les modalités de mises en œuvre de ses pouvoirs. Par ailleurs, elle émet son avis avant que le ministre en charge du secteur des assurances n'octroie un agrément à une société demandant à être une société d'assurance. C'est ce que précise **l'article 20 alinéa a** du présent code.

CHAPITRE II :

LES SANCTIONS PRONONCEES PAR LA COMMISSION DE CONTROLE

C'est **l'article 17 alinéa b** qui précise que :

« *Quant elle constate la non observation des réglementations des assurances ou un comportement mettant en péril l'exécution des engagements contractés envers les assurés, la commission enjoint à la société d'assurance concerné de prendre les mesures de redressement qu'elle désigne. L'absence d'exécution des mesures de redressement dans les délais prescrits sont passibles de sanctions énumérées à l'alinéa c infra qui stipule que : "quand elle constate à l'encontre d'une société soumise à son contrôle une infraction à la législation des assurances, la commission prononce des sanctions disciplinaires suivantes :*

- *l'avertissement*
- *le blâme*
- *la limitation ou l'interdiction de tous ou partie des opérations*
- *toutes autres limitations dans l'exercice de la profession*
- *la suspension ou la démission d'office*
- *le retrait d'agrément" ».*

Par ailleurs la commission peut en outre infliger des amendes et prononcer le transfert d'office du portefeuille des contrats. En outre les décisions doivent être motivées et exécutoires dès leurs notifications mais pour le retrait d'agrément, celui-ci n'intervient qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la communication de la décision au ministre en charge du secteur des assurances, ce délai peut être prorogé au regard de **l'article 22** du présent code.

Enfin notons que les décisions de la commission peuvent être frappées de recours que devant le conseil des ministres et dans un délai de 2 mois à compter de leur notification. Les recours n'ont pas de caractère suspensif. Le conseil a la faculté d'annuler les décisions de la commission.

Notons que lorsque la commission prononce le transfert d'office des portefeuilles des contrats ou le retrait d'agrément, elle peut par la demande du ministre en charge du secteur des assurances dans l'Etat membre concerné, autoriser sous condition précisée par elle la poursuite de l'activité de la société pendant une durée maximale de 6 mois à compter de la notification de la décision du conseil des ministres sur un éventuel recours.

TITRE III :

***LE SECRETARIAT GENERAL DE LA
CONFERENCE***

Il faut présenter ses missions et son fonctionnement.

CHAPITRE I :

LES MISSIONS DU SECRETARIAT GENERALE

Le secrétariat général de la conférence concourt à la réalisation des objectifs du présent traité au regard de *l'article 31 dudit traité*. A cette fin il :

« **a**– assure la préparation, l'exécution et le suivi des travaux du C.M et de la commission

b– fait s'il l'estime nécessaire au conseil des ministres toutes propositions tendant à modifier ou à compléter la législation unique et donne tout avis relatif à la réalisation des objectifs du présent traité

c– arrête les règlements d'application des actes établis par le conseil

d– effectue de sa propre initiative ou par une structure de la commission, le contrôle des sociétés d'assurance ou de réassurance agréées

e- transmet au C.M les dossiers soumis par le D.G de l'I.I.A. et le D.G de la CICA-RE

f- transmet au C.M un rapport annuel par l'exécution de ses missions, par l'activité de la conférence et par la situation du secteur des assurances ».

CHAPITRE II :

LE FONCTIONNEMENT DU SECRETARIAT

C'est le dernier *alinéa de l'article 31 du code* qui nous indique que la responsabilité de la direction et de la gestion du secrétariat général incombe au S.G de la conférence. Celui-ci est désigné par le conseil des ministres pour une durée de 5 ans.

Il exerce ses pouvoirs en pleine indépendance au regard des pouvoirs propres qui lui sont dévolus. C'est à lui que revient d'établir l'organigramme et de pouvoir aux emplois. Cependant, l'article 36 du code précise que les 2 S.G.Adjoints sont nommés par le conseil des ministres pour une durée de 5 ans renouvelable une seule fois.

TITRE III :

***LES DIRECTIONS NATIONALES
DES ASSURANCES***

C'est *l'annexe 2* du traité instituant la CIMA qui parle des directions nationales des assurances en précisant d'une part les attributions nationales et les attributions spécifiques d'autre part.

CHAPITRE I :

LES ATTRIBUTIONS GENERALES

Les directions nationales servent de relai à l'action de la commission dans les Etats membres. A cet effet, elle assure notamment dans les Etats membres :

- La promotion du secteur des assurances.

- La sauvegarde des intérêts des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurance et de capitalisation.

- Le rôle d'expert et conseil immédiat en matière d'assurance auprès des autorités nationales.

- La protection de l'épargne détenue par les compagnies d'assurance en contrepartie des provisions techniques.

- La surveillance générale du marché des assurances par le territoire national.

- Enfin elle communique à la commission de contrôle tous les renseignements par les états des compagnies et l'évolution du marché afin que cette dernière soit en mesure de prendre les décisions appropriées.

CHAPITRE II :

LES ATTRIBUTIONS SPECIFIQUES

A ce niveau les directions nationales des assurances assurent le respect de l'application dans la réglementation qui est l'application de la législation unique, étudient les contrats d'assurance destinés au public et apposent son visa.

Par ailleurs elles peuvent suivre le déroulement des litiges nés par le marché entre assureurs d'une part et entre assureurs, assurés et bénéficiaires des contrats d'autre part. Elles communiquent à la Commission les résultats des contrôles techniques qu'elles effectuent, et effectuent la collecte des données nécessaires : statistiques, bilan, études, enquêtes mais aussi une pré-étude des dossiers de demande d'agrément. Faisant observer qu'elles peuvent gérer les contrats d'assurance souscrits par l'Etat et veiller à la bonne rédaction de leurs clauses. Toujours dans ses attributions, elles autorisent l'exercice de la profession d'intermédiaire et assurent le respect des règles de qualification professionnelle et de solvabilité qui s'imposent à cette profession. On lui reconnaît aussi le contrôle sur les experts techniques qui concourent à l'évaluation des sinistres et à la bonne exécution des contrats.

Enfin il est recommandé aux Etats membres de définir en temps opportun un statut particulier des inspecteurs et contrôleurs des assurances dont les attributions ont été énumérées ci-dessus.

CONCLUSION

L'article 39 du code CIMA insiste pour dire que dans l'accomplissement de leur mission et dans les conditions prévues par le présent traité les organes de la Conférence adoptent : a) des règlements et des décisions ; b) des recommandations et des avis.

En fait son *article 40* nous permet de comprendre la force de ces textes. En effet, les règlements et les décisions sont obligatoires. Le règlement a une portée générale et est directement applicable dans tous les États membres. Quant à la décision, elle désigne ses destinataires et est directement applicable.

Quant aux recommandations et aux avis, ils n'ont pas de portée obligatoire. Ce sont des *soft law* c'est-à-dire des lois souples.

Par ailleurs *l'article 41* de ce même code dispose que les règlements et décisions doivent être motivés et *l'article 42* de conclure que Les règlements sont publiés au Bulletin Officiel de la Conférence. Ils deviennent exécutoires le premier jour du mois suivant la date de leur publication. Les décisions quant à elles deviennent exécutoires dès leur notification aux intéressés. Et le Conseil arrête la liste des décisions qui sont publiées au Bulletin Officiel de la Conférence. Enfin sauf décision expresse contraire du Conseil, les recommandations formulées par lui sont publiées au Bulletin Officiel de la Conférence.

Il faut cependant faire observer que *l'article 47* du présent code nous informe par le fait que les juridictions nationales doivent appliquer les dispositions du présent Traité et les actes établis par les organes de la Conférence nonobstant toute disposition nationale contraire antérieure ou postérieure à ces textes. C'est le cas du code CIMA.