

**INTERPRÉTATION DES ARTICLES
DU CODE DES ASSURANCES
PAR LE CONSEIL DES MINISTRES DES ASSURANCES (CMA)**

INTERPRÉTATIONS DES ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES PAR LE CONSEIL DES MINISTRES DES ASSURANCES

Conformément aux dispositions de l'article 49 du Traité instituant une organisation intégrée de l'industrie des assurances dans les Etats Africains, le Conseil des Ministres des Assurances (CMA) statue sur l'interprétation de ce Traité et des actes établis par les organes de la CIMA à la demande d'un État membre, ou de sa propre initiative s'il apparaît que des divergences d'interprétation dans les décisions des juridictions nationales sont susceptibles de faire obstacle à l'application uniforme du Code des assurances.

Les interprétations établies par le Conseil s'imposent à toutes les autorités nationales administratives et judiciaires.

Depuis l'entrée en vigueur du Code des assurances le 6 février 1995 à avril 2008, vingt-huit (28) articles ont fait l'objet d'une interprétation du Conseil des Ministres des Assurances. Il s'agit des articles suivants : : 13 alinéa 2 - 18 - 28 - 29 - 206 - 210 - 232 - 226 - 229 - 239 alinéa 1 - 258 - 259 - 260 a) alinéa 3 - 260 b - 265 - 304 - 308 - 308 alinéa 2 - 308-1 - 325-6 - 325-7 alinéa 2 - 329 - 329-8 - 330-14 alinéa 5 - 503 - 524 - 530 - 532.

Article 13 alinéa 2

(Conseil des Ministres du 11 septembre 2006 à Paris).

Il s'agit d'un litige qui oppose une société d'assurances à un de ses assurés du fait du non-paiement des arriérés de primes sur un contrat à tacite reconduction.

La société réclame le paiement de ces arriérés de primes alors que l'assuré conteste en fondant son refus sur les dispositions de l'article 13 alinéa 2 du code des assurances qui stipulent : « la prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement de la prime... ». En conséquence, n'ayant pas réglé ses primes, l'assuré estime qu'aucune obligation contractuelle ne le lie à l'assureur pour l'échéance suivante.

Le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« L'alinéa 2 de l'article 13 du Code des assurances dispose que : " la prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement de la prime par l'assuré". Ce principe admet cependant des exceptions.

Il est loisible à l'assureur d'accorder sa garantie en dépit du non paiement de la prime notamment pour les contrats à tacite reconduction. Ainsi l'alinéa 3 de l'article 13 du Code des assurances laisse la latitude à l'assureur de suspendre ou non sa garantie en cas de non paiement de prime pour un contrat renouvelé par tacite reconduction.

Dans le litige opposant la société d'assurances à l'un de ses assurés, la garantie de l'assureur est restée acquise à l'assuré entre la date de renouvellement et la date de suspension ou de résiliation, en dépit du non paiement des primes au renouvellement du contrat. En contrepartie de la garantie offerte, la prime reste due pour la période courue entre la date de renouvellement et la date effective de résiliation par l'une des parties ».

Article 18

(Conseil des Ministres du 02 avril 2008 à Paris).

Il s'agit d'un accident de la circulation impliquant deux véhicules dont un assurant de façon non professionnelle le transport public de voyageurs.

L'assureur du véhicule mis en cause oppose une exception de garantie aux victimes en arguant que son assuré, de façon volontaire, n'avait pas déclaré l'usage réel du véhicule, d'où la nullité du contrat, sur la base de l'article 18 du Code des assurances.

L'assureur de la partie adverse, soutient que la société mise en cause ne devrait pas évoquer la nullité du contrat puisqu'il s'agit d'un changement d'usage et que la déchéance qui en découle ne saurait être opposée au tiers, conformément aux dispositions du 2°) de l'article 210 du Code des assurances.

Par rapport à cette situation, le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Le contrat d'assurance automobile peut exclure de la garantie la responsabilité civile encourue par un assuré non professionnel du transport public de voyageurs du fait des dommages subis par les personnes transportées à titre onéreux.

Cette exclusion n'est pas opposable aux tiers notamment aux victimes des accidents et à leurs ayants droit. La garantie de l'assureur leur est acquise et ce dernier ne peut pas se détourner de l'obligation qui lui incombe, en application des dispositions de l'article 210 du Code des assurances, même lorsqu'il y a changement d'usage du véhicule assuré.

L'assureur pourra exercer un recours contre son assuré en remboursement de toutes les sommes qu'il a ainsi payées ou mises en réserve à sa place. »

Articles 28 et 29

(Conseil des Ministres du 04 avril 2007 à Lomé).

Les faits ayant nécessité l'interprétation des articles 28 et 29 du Code des assurances sont les suivants :

- Pour garantir le remboursement d'un emprunt en cas de décès, un emprunteur a conclu au profit de son banquier, un contrat d'assurance avec la société d'assurances. Par la suite, il décède avant d'avoir remboursé la totalité du prêt. A cet effet, du fait des garanties offertes dans le cadre du contrat d'assurance, la banque présente sa réclamation à la compagnie d'assurances dès le décès de l'assuré afin d'obtenir le paiement du solde du prêt. Toutefois, aucune autre action ne sera entreprise au cours des dix années qui vont suivre, ni par la compagnie d'assurances (pas de début de paiement), ni par la banque (pas de nouvelle réclamation).

- Cependant, dix (10) années après l'action initiale, la banque intente une deuxième action contre la compagnie d'assurances pour obtenir au moins le paiement du solde du prêt.

La compagnie estime que conformément à l'article 28 du Code des assurances, la déclaration devait intervenir dans les cinq (5) ans qui suivent le décès de l'assuré. Par contre, conformément à l'article 29 du code des assurances, elle pense qu'il y a prescription si aucune action n'est faite pendant les cinq (5) années suivant la dernière réclamation.

Dans le cas d'espèce, aucune action n'ayant été entreprise dans les dix (10) ans qui ont suivi la dernière réclamation, la compagnie conclut donc que toute action de la banque est prescrite.

La banque, par contre, estime qu'il suffit d'engager une action au cours des cinq (5) années qui suivent le décès, pour que la prescription civile s'applique, soit une période trentenaire. Ainsi, étant donné qu'une déclaration a été effectuée dès le décès de l'assuré, la banque juge que la compagnie n'est pas fondée à évoquer la prescription quinquennale. A son sens, la prescription étant de trente (30) ans, elle est fondée même au bout de dix (10) ans à faire jouer la garantie résultant du contrat d'assurance.

La question est de savoir si l'interruption de la prescription entraîne automatiquement la reprise du cours d'un nouveau délai de prescription et la durée de ce nouveau délai de prescription.

Le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Lorsque la prescription biennale ou quinquennale, objet de l'article 28 du Code des assurances, est interrompue par l'une des causes d'interruption prévues à l'article 29 du même Code, un nouveau délai de prescription recommence immédiatement à courir et le nouveau délai est lui aussi de deux ans ou de cinq ans suivant les cas ».

Article 206

(Conseil des Ministres du 25 avril 2001 à Abidjan).

Un véhicule de société conduit par le chauffeur se renverse. L'employeur du conducteur présent dans le véhicule est blessé pendant cet accident. A-t-il droit à l'indemnisation ?

La question posée semble se fonder sur les dispositions de l'article 206-1 du Code des assurances relatives aux exclusions autorisées. Cet article est libellé comme suit :

«Par dérogation aux dispositions qui précèdent, l'obligation d'assurance ne s'applique pas à la réparation :

1°) des dommages subis :

a) par la personne conduisant le véhicule ;

b) pendant leur service, par les salariés ou préposés de l'assuré responsable des dommages ».

À la lumière de cet article, peut-on assimiler l'employeur du conducteur à un salarié ou à un préposé ? La réponse à cette question détermine le sens de la solution au problème posé.

En effet, si l'employeur est considéré comme un salarié ou un préposé, alors il ne peut bénéficier de la réparation des dommages qu'il a subis, parce qu'il est couvert par les organismes de Sécurité Sociale, en cas d'accident de travail.

Par contre, si l'employeur ne peut être considéré comme salarié ou préposé, étant donné l'absence d'un lien de subordination, alors, il n'est pas visé par l'exclusion de l'article 206-1°) b), auquel cas il est couvert par l'assureur du véhicule de sa société. Ce qui est conforme à l'esprit du législateur qui n'entend plus exclure, comme auparavant, le propriétaire du véhicule, même lorsqu'il est transporté. Le propriétaire du véhicule, tant qu'il n'est pas lui-même conducteur, est considéré comme « tiers » et a droit à la réparation des dommages qu'il a subis.

Par ailleurs, l'exclusion des «représentants légaux de la personne morale propriétaire du véhicule» (gérants, présidents directeurs généraux, administrateurs...) qui avait prévalu auparavant, n'a plus été retenue par le législateur au sens de l'article 206 du Code des assurances.

En conséquence, le Conseil des Ministres a donné son interprétation de cet article comme suit :

« Selon les termes de l'article 206, l'employeur du conducteur ou le représentant légal de la personne morale propriétaire du véhicule assuré n'est pas exclu de la garantie de l'assurance. Il conserve son droit à indemnisation en cas de sinistre ».

Article 210

(Conseil des Ministres du 11 avril 2011)

Une victime a adressé une requête pour dénoncer le traitement fait de son dossier sinistre par une compagnie d'assurances. Après avoir relaté les circonstances du sinistre et joint en annexes les différentes pièces justificatives, ainsi que les correspondances échangées avec la société, la victime sollicite un arbitrage de la CIMA afin de se voir indemniser par l'assureur du responsable du sinistre et ce, conformément au code des assurances.

En effet, l'assureur fonde son refus à donner une suite favorable à la victime en invoquant la suspension de plein droit de la garantie, à la suite de l'aliénation d'un véhicule terrestre à moteur mentionnée à l'article 41 du code des assurances.

Pour apporter une réponse à cette requête, le Conseil des Ministres a donné l'interprétation de l'article 210 du code des assurances, notamment en ce qui concerne les exclusions non opposables aux tiers, comme suit :

« Les déchéances non opposables aux victimes et à leurs ayants droit objet du paragraphe 2) de l'article 210 du code des assurances comprennent tous les cas de suspension de garantie, à l'exception seulement de la suspension régulière de garantie pour non paiement de primes. Les exceptions de l'article 210 du code des assurances sont limitatives.

La suspension de plein droit de l'article 41 du code des assurances en cas d'aliénation du véhicule n'est donc pas opposable aux victimes et à leurs ayants droit ».

Articles 226, 229 et 265

(Conseil des Ministres du 17 septembre 2011 à Paris).

La Direction des Assurances du Gabon a transmis au Secrétariat Général de la CIMA un dossier relatif à la prise en charge des enfants nés après le décès d'un parent.

Il s'agit d'un accident de la circulation ayant entraîné le décès d'un motocycliste qui laisse une concubine enceinte de leur deuxième enfant. Au titre de l'indemnisation des ayants droit de la victime, la société d'assurances a reçu deux réclamations :

- l'une provenant du mandataire familial muni d'un jugement d'homologation du procès verbal de conseil de famille délivré par le tribunal ;
- l'autre émanant de la concubine munie d'un jugement de garde juridique des enfants faisant une réclamation pour son compte et celui de ses enfants.

Les préoccupations posées par la société se déclinent en deux questions :

- la première concerne l'enfant né après l'accident, il s'agit de savoir s'il doit bénéficier d'une prise en charge dans le cadre de l'indemnisation des ayants droit de la victime.
- la seconde question porte sur la désignation de celui entre les mains de qui les indemnités devront valablement être payées.

Pour la première question, le Conseil des Ministres a indiqué que sa réponse relève des procédures civiles de la République Gabonaise.

S'agissant de la deuxième question, le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« L'enfant d'une victime décédée conçu mais non encore né au moment de l'accident, doit être pris en charge par l'assureur du tiers responsable dans le cadre de l'indemnisation des ayants droit de la victime décédée, pourvu qu'il naisse vivant et viable ».

Articles 232

(Conseil des Ministres du 04 octobre 2001 à Paris).

La Direction des Assurances du Congo a, conformément à l'article 43 du Traité, introduit une demande d'interprétation de l'article 232 du code des assurances dans la perspective d'éclairer les associations et personnes qui se proposent de venir en aide aux victimes d'accidents de la circulation dans le processus de leur indemnisation.

L'article 232 du code des assurances prévoit que : « A l'occasion de sa première correspondance avec la victime, l'assureur est tenu, à peine de nullité relative de la transaction qui pourrait intervenir, d'informer la victime qu'elle peut obtenir de sa part, sur simple demande, la copie du procès-verbal d'enquête de la force publique et de lui rappeler qu'elle peut à son libre choix, et à ses frais, se faire assister **du conseil de son choix**.

Toutefois, même en présence de conseil, les chèques et autres moyens de paiement devront être libellés exclusivement aux noms de la victime et/ou des ayants droit ».

A côté des avocats-conseils et face à un certain vide le marché a vu fleurir depuis quelques années d'autres catégories de conseils notamment les « agents d'affaires » et les associations d'aide aux victimes d'accident de la circulation.

Cette floraison est principalement imputable à l'absence de diligence des assureurs pour retrouver et indemniser les victimes qui sont laissées pour compte. Elle s'explique également par le peu d'intérêt des avocats conseils dans l'accompagnement des victimes à la suite de la barémisation et des dispositions prises par la CIMA pour éviter certains abus.

Sur certains marchés, les « agents d'affaires » font preuve d'une importante activité pour rechercher les victimes pour leur indemnisation moyennant rémunération. Cette activité semble déplaire à certains assureurs qui refusent catégoriquement de traiter avec les « agents d'affaires ». La principale récrimination des assureurs à leur encontre est qu'ils sont à la source de fraudes et de faux sinistres.

La problématique posée par la Direction des Assurances du Congo revient à savoir si la notion de « conseil de son choix » doit être perçue dans son acception la plus large possible ou si elle doit être perçue de façon restrictive. Et dans ce dernier cas, quelles sont ces restrictions ?

Examinant à cette demande de la Direction des Assurances du Congo, le Conseil des Ministres a interprété les dispositions de l'article 232 ainsi qu'il suit :

« La notion de « conseil de son choix » de l'article 232 du code des assurances s'entend de la façon la plus large possible. Cette liberté de choix du conseil est nécessaire pour permettre à la victime de se faire accompagner de façon graduée dans sa quête d'indemnisation afin d'éviter de générer des coûts additionnels à la charge de la victime en privilégiant une catégorie de conseils.

Un assureur ne peut refuser de recevoir et de traiter une demande d'indemnisation présentée par un conseil librement choisi par une victime ».

Articles 239 alinéa 1 et 260 alinéa 3

(Conseil des Ministres du 25 avril 2001 à Abidjan).

Des divergences d'interprétation des articles 239 alinéa 1 et 260 alinéa 3 du Code des assurances opposent les acteurs d'un marché de la zone CIMA :

- certains estiment que ces articles, tels que libellés, offrent à l'assureur la faculté de transiger et de proposer aux victimes des indemnités inférieures à celles du barème ;

- d'autres, par contre, soutiennent qu'au regard de l'article 243, l'indemnité servie doit être, dans tous les cas, conforme à celle prévue par le code.

De l'examen de ces articles, il ressort :

1 °) que les articles 239 alinéa 1 et 260 alinéa 3 donnent à l'assureur et à la victime la faculté de transiger librement dans les douze mois suivant la survenance du sinistre et de trouver un accord sur l'indemnité. S'ils ne sont pas parvenus à un accord dans ce délai, l'indemnité est calculée suivant les modalités des articles 258 et suivants.

2 °) les articles 231 et 243 précisent le contenu de l'offre en imposant à l'assureur d'y mentionner tous les éléments indemnisables du préjudice, sans préciser que le contenu de l'offre doit être conforme aux articles 258 et suivants.

Par conséquent, les deux groupes d'articles se complètent.

Ainsi, dans les douze mois de la survenance du sinistre, l'assureur doit faire parvenir à la victime une offre d'indemnité comprenant tous les éléments indemnisables du préjudice. Les indemnités prévues dans cette offre peuvent ne pas être conformes aux articles 258 et suivants du Code. La victime est libre d'accepter ou de refuser l'offre de l'assureur.

Si à l'expiration du délai de douze mois, à compter de l'accident, les deux parties ne sont pas parvenues à s'accorder sur le montant de l'indemnité, cette dernière est calculée, même lorsque l'affaire est portée en justice, sur la base du barème prévu par les articles 258 et suivants du Code.

En effet, l'objectif recherché est double :

- réduire les délais de paiement des sinistres,
- indemniser le plus grand nombre de victimes sans rompre l'équilibre des compagnies d'assurances.

C'est ce qui justifie, d'une part, l'institution d'une obligation de transaction préalablement à toute saisine de la justice et, d'autre part, le glissement du droit à la réparation intégrale vers le droit à une indemnisation sur la base d'un barème qui, si elle se traduit par une baisse relative des coûts de sinistres, induit la prise en charge d'un nombre plus important de victimes.

C'est dans ce sens que le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Aux termes des articles 239 al 1 et 260 al 3, dans les délais prévus à l'article 231, l'assureur et l'assuré sont libres de transiger sur le montant de l'indemnité. Par conséquent, ils ne sont pas tenus d'appliquer le barème prévu aux articles 258 et suivants du Code. Au-delà de cette période, l'application du barème devient impérative même lorsque l'affaire est portée devant les tribunaux ».

Article 258 alinéa 4

(Conseil des Ministres du 11 avril 2011)

La Direction Nationale des Assurances du Gabon a introduit la requête d'une société d'assurance relative à une demande d'interprétation de l'article 258 alinéa 4 du code des assurances et portant sur la méthodologie d'évaluation des frais futurs relatifs aux prothèses et consécutifs à un accident de la circulation.

Suite à cette demande, le Conseil des Ministres a constaté que l'article 258 alinéa 4 du code des assurances ne nécessite pas d'interprétation.

Pour la détermination du montant à payer à la victime au titre des frais futurs liés à l'entretien des prothèses, il n'existe pas une méthodologie arrêtée par le code des assurances. Il s'agit d'un montant forfaitaire raisonnable et indispensable au maintien de l'état de santé de la victime postérieurement à la consolidation que la société détermine après avoir recueilli l'avis d'un expert. Toutefois, le Comité des Ministres a demandé au Secrétariat Général de la CIMA, dans le cadre de la révision du barème d'indemnisation des préjudices subis par les victimes d'accident de la circulation routière, d'examiner la possibilité de réviser les dispositions du code afin de permettre à la victime de faire un choix entre un capital constitutif de rente et la prise en charge des frais et dépenses par l'assureur au fur et à mesure de leur exposition.

Article 259

(Conseil des Ministres du 08 avril 2016 à Yaoundé)

Il s'agit d'une demande d'un état membre sur la définition de l'expression **personne majeure ne pouvant justifier de revenus** employée dans cet article dans le cadre de l'incapacité temporaire consécutive à un accident de la circulation :

Sur cette question, le Conseil des ministres a donné l'interprétation suivante :

« Dans l'indemnisation de l'incapacité temporaire prévue à l'article 259 du code des assurances, le vocable personne majeure ne pouvant justifier de revenus s'entend de toute personne majeure ne pouvant produire les documents probants prévus audit article pour justifier un revenu salarial ou un revenu non salarial. Ces personnes majeures sont indemnisées sur la base du SMIG. Le fait d'avoir la qualité d'étudiant, d'inactif, de femme au foyer, de retraité, d'apprenti etc. ne saurait justifier leur exclusion du droit à l'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire »

Article 260 b

(Conseil des Ministres du 15 septembre 2003 à Paris).

Il a été attribué un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % à une victime d'un accident de la circulation routière. Peut-elle bénéficier du préjudice économique si elle n'est pas en mesure de justifier d'une perte de revenus ?

Les dispositions de l'article 260 b) stipulent que le préjudice économique n'est indemnisé que s'il est lié à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50%.

L'indemnité est calculée :

- pour les salariés, en fonction de la perte réelle et justifiée.
- pour les actifs non salariés, en fonction de la perte de revenus établie et justifiée.

Il est également précisé que, dans tous les cas, l'indemnité est plafonnée à sept fois le montant du SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident.

Le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Le préjudice économique est indemnisé selon les conditions suivantes :

- **la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % ;**
- **la victime apporte la preuve d'une perte de revenus.**

Ces deux conditions sont cumulatives. Les victimes dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 50 % et qui ne peuvent pas apporter la justification de leur perte de revenus, sont exclues du bénéfice du préjudice économique.

Le plafonnement prévu au dernier alinéa de l'article 260b) représente le montant maximum de l'indemnisation au titre du préjudice économique. Il est applicable aux victimes justifiant d'une perte de revenus après que le calcul de leurs indemnités ait été effectué sur la base de la perte réelle justifiée ».

Article 304

(Conseil des Ministres du 25 avril 2001 à Abidjan).

L'article 212 du Code des assurances dispose que les entreprises déterminent librement leurs tarifs en responsabilité civile (RC) automobile à condition que ceux-ci soient supérieurs ou égaux au minimum approuvé par la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) pour chaque Etat membre.

Or l'article 304 du Code des assurances stipule que « les entreprises d'assurance doivent, avant d'appliquer leurs tarifs, obtenir le visa du Ministre en charge du secteur des assurances »

Si tel est le cas, le visa du Ministre en charge du secteur des assurances devra-t-il être requis pour tout relèvement du tarif en RC automobile au-delà du minimum approuvé par la CRCA ?

Au regard des dispositions réglementaires, le principe du visa préalable édicté par l'article 304 du Code des assurances, tout comme son fondement technique est de veiller à ce que le tarif pratiqué garantisse l'équilibre de la branche concernée sans pénaliser les souscripteurs. Ce souci d'équilibre et d'équité ne souffre d'aucune ambiguïté mais il peut se poser la question de son utilité pour le tarif responsabilité civile automobile lorsque le minimum est imposé par les autorités.

C'est pourquoi, le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Aux termes de l'article 304, le visa, par les autorités de tutelle, des tarifs pratiqués par les sociétés d'assurances est obligatoire pour toutes les branches. Aucune dérogation n'est prévue pour le tarif responsabilité civile automobile ».

Articles 308

(Conseil des Ministres du 08 avril 2003 à Niamey).

Certaines chancelleries occidentales (France, Allemagne, etc.) exigent pour toute demande de visa émanant des ressortissants de certains pays que le demandeur soit détenteur d'un contrat d'assurance le couvrant du risque maladie durant son séjour dans leur pays.

A cet effet, une société de courtage d'assurance commercialise, pour le compte des sociétés installées à l'étranger, un produit d'assurance maladie destiné aux personnes qui souhaitent se rendre en France à l'occasion des congés ou en voyage d'affaires. Ce qui paraît contraire aux dispositions de l'article 308 du Code des assurances.

Le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Les dispositions de l'article 308 du Code des assurances interdisent, sauf dérogation accordée par le Ministre en charge des assurances, à une société non agréée de souscrire une assurance directe d'un risque concernant un bien, une personne ou une responsabilité situé sur le territoire d'un État membre.

En conséquence, la commercialisation, par des intermédiaires, de contrats d'assurance couvrant les risques de maladie lors de séjours en Europe, pour le compte de sociétés non agréées est illégale.

Toutefois, dans les États membres où ce type de garantie n'est pas disponible, des dérogations peuvent être accordées par l'autorité de tutelle à des sociétés étrangères souscrivant par le biais d'entreprises d'assurance agréées, à condition que les règles relatives à la mise en circulation des produits d'assurances soient respectées ».

Article 308

(Conseil des Ministres du 29 septembre 2016 à Paris).

Certaines sociétés avaient obtenu des dérogations pour céder une partie de leurs risques à l'étranger notamment ceux relatifs à l'assurance vie. Ces sociétés ont interrogé leur Ministre sur la validité de ces dérogations au regard des modifications apportées aux dispositions de l'article 308 du code des assurances notamment celles interdisant la cession à des réassureurs étrangers sur certaines branches.

A cet égard :

« Le Conseil des Ministres des Assurances réaffirme l'interdiction faite au 3ème alinéa de l'article 308 du code des assurances. Toutes les dérogations préalablement accordées par les Ministres prennent fin et les sociétés bénéficiaires disposent d'un délai d'un (01) an pour se conformer ».

Article 308, alinéa 2

(Conseil des Ministres du 02 octobre 2014 à Paris).

La demande d'interprétation de l'alinéa 2 de l'article 308 a été formulée par les autorités camerounaises au sujet de la classification parmi les branches de la nomenclature de l'article 328 du code des assurances, des risques liés aux plateformes pétrolières installées en mer (Offshore).

Examinant cette demande, le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Les risques liés aux plateformes pétrolières installées en mer (Offshore) sont classés dans la branche 6 de la nomenclature des risques prévue à l'article 328 du code des assurances »

Articles 308-1 et 530

(Conseil des Ministres du 14 avril 2004 à Brazzaville).

Les risques d'une société basée dans un État membre de la CIMA ont été souscrits et placés par une société de conseil et de courtage d'assurances d'un État membre voisin.

Les autorités du pays où est situé le risque estiment que cette souscription s'est faite en violation des dispositions des articles 308 et 530 du Code des assurances.

Article 308-1

Le Conseil des Ministres, ayant constaté que l'article 308 du Code des assurances énonce sans le définir « la notion de situation de risque », s'est référé sur les dispositions de l'article L. 310-4 du Code des assurances français, pour donner la définition suivante :

« Est regardé comme Etat de situation de risque :

1°) L'État où les biens sont situés, lorsque l'assurance est relative à des immeubles et à leur contenu dans la mesure où ce dernier est couvert par la même police d'assurance ;

2°) L'État d'immatriculation, lorsque l'assurance est relative à des véhicules de toute nature ;

3°) L'État où a été souscrit le contrat, s'il s'agit d'un contrat d'une durée inférieure ou égale à quatre (4) mois, relatif à des risques encourus au cours d'un déplacement quelle que soit la branche dont ceux-ci relèvent ;

4°) Dans tous les cas autres que ceux mentionnés aux 1°), 2°) et 3°) ci-dessus, l'État dans lequel le souscripteur a sa résidence principale ou si le souscripteur est une personne morale, l'État où est situé l'établissement de cette personne morale auquel le contrat se rapporte ».

Se basant sur la notion de « situation du risque » définie dès lors à l'article 308-1 du Code des assurances CIMA, le Conseil des Ministres a décidé que :

« - pour les biens matériels, l'assurance se fera proportionnellement à la valeur des biens situés sur chaque territoire ;

- pour les risques immatériels comme la perte d'exploitation et la responsabilité civile, l'assurance est souscrite dans l'État où le souscripteur a sa résidence principale ou, si le souscripteur est une personne morale, l'État où est situé le siège social de la personne morale auquel le contrat se rapporte ».

Article 530

Pour le placement de l'assurance des risques transnationaux, le Conseil des Ministres a décidé qu'au terme de l'article 530 :

« Le courtier habilité à placer le risque est celui du pays de la situation du risque ».

Articles 325-6 et 325-7 Alinéa 2

(Conseil des Ministres du 25 septembre 2001 à Paris).

Les travailleurs d'une société en liquidation, en se basant sur les articles 325-6 et 325-7 alinéa 2, réclament le versement immédiat de « salaires correspondant aux soixante derniers jours de travail » et le versement immédiat aux salariés à titre provisionnel, « d'une somme égale à un mois de salaire impayé sur la base du dernier bulletin de salaire ».

Le Liquidateur et le Juge Contrôleur ont voulu savoir si ces réclamations sont fondées.

Le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Aux termes de l'article 325-6, il s'agit d'un privilège rattaché à la rémunération d'un travail effectué. C'est ce droit qui place les salariés de l'entreprise au-dessus de tous les créanciers privilégiés.

C'est ce que confirme l'article 325-7 dans son alinéa 1er qui dispose que nonobstant l'existence de toute autre créance, les créances que garantit le privilège établi à l'article 325-6 doivent être payées par le liquidateur dans les dix jours du retrait d'agrément si le Liquidateur a les fonds nécessaires.

Par conséquent les réclamations du personnel de la société en liquidation qui estime qu'il s'agit d'un droit qui peut être lié à une cessation d'activité ne sont pas fondées.

Il convient de considérer que le privilège accordé par l'article 325-6 se rapporte aux arriérés de salaires et que l'alinéa 2 de l'article 325-7 précise le paiement prioritaire des salaires impayés ».

Articles 329

(Conseil des Ministres du 08 avril 2003 à Niamey).

Pour être éligible au poste de Directeur Général, les postulants doivent être titulaires d'un diplôme d'études supérieures en assurance ou en actuariat ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

Etant donné la diversité de diplômes délivrés au niveau de l'enseignement supérieur, la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) avait rencontré quelques difficultés dans l'appréciation de la capacité professionnelle.

Pour permettre une meilleure appréciation de la notion de diplôme d'études supérieures, le conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« - le diplôme d'études supérieures s'entend par tout diplôme de fin d'études supérieures obtenu à l'issue d'une formation d'au moins quatre (4) ans après le baccalauréat;

- les Directeurs Généraux, les Directeurs Généraux Adjointes ainsi que tous les cadres assimilés à des Directeurs Généraux Adjointes doivent remplir les conditions prévues aux articles 306 et 329 du Code des assurances;

- les dirigeants concernés qui étaient en activité préalablement au 1er août 1999, date d'entrée en vigueur des modifications de l'article 329 ne sont pas concernés par lesdites modifications. Toutefois, même si les conditions de qualification prévues à l'article ne leur sont pas opposables lorsqu'ils changent de société, ils doivent respecter les dispositions de l'article 306 du Code des assurances ».

Article 329-8

(Conseil des Ministres du 25 septembre 2001 à Paris).

L'article 329-8 « Dividendes, répartition » stipule que « Il ne peut être procédé à une distribution de dividendes qu'après constitution des réserves et provisions prescrites par les lois et règlements en vigueur, après amortissement intégral des dépenses d'établissement et après que les dispositions réglementaires concernant la marge de solvabilité et la couverture des engagements réglementés aient été satisfaites ».

Une société du marché CIMA se demande s'il faut entendre par « dépenses d'établissement » les « frais d'établissement » ou les « frais de constitution ». Elle souhaiterait que la CIMA spécifie davantage les dépenses qui sont visées par ledit article « quand on sait que les frais d'établissement comprennent les frais de constitution de l'entreprise (honoraires, droits d'enregistrement, frais de formalités légales, frais de prospection, frais de publicité et de lancement), mais également les frais d'acquisition d'immobilisation (honoraires, droits d'enregistrement, commissions, frais d'acte)».

L'interrogation de cette société semble pertinente, si l'on se réfère au bilan d'une société d'assurance tel qu'il figure dans le Code des assurances. En effet, dans le livre IV, chapitre III « Plan comptable particulier à l'assurance et à la capitalisation », section IV, « états modèles », le compte 20 « **frais d'établissement et de développement dans l'Etat membre** » se compose de huit (8) sous comptes qui se déclinent en plusieurs comptes divisionnaires (voir art. 431 : liste des comptes).

De cette énumération, il découle qu'aucun des comptes et sous comptes du compte 20 « frais d'établissement et de développement » n'est intitulé « dépenses d'établissement ». En outre, réduire ces dépenses aux seuls « frais d'établissement » (compte 201), correspond à laisser de côté les frais de constitution (compte 200). Il convient, par conséquent, de donner un contenu ou une interprétation précise à ce concept.

Deux possibilités existent : soit on considère comme « dépenses d'établissement » l'ensemble des frais enregistrés dans le compte 20, soit on essaie d'isoler, dans ce compte, les frais qui reflètent l'esprit de l'article 329-8.

Selon toute vraisemblance, la première hypothèse n'est pas envisageable car considérer que le compte 20 dans son intégralité doit être pris en compte ne serait pas conforme à l'esprit du Législateur, dans la mesure où l'article 329-8 ne vise qu'un objectif : faire en sorte que la distribution de dividendes ne soit ouverte qu'aux sociétés dont la santé financière est incontestable.

Or, si l'on considère qu'il faut entendre par « dépenses d'établissement » le compte 20 dans son intégralité, les sociétés qui augmentent leur capital pour quelque motif que ce soit, celles qui acquièrent des immobilisations, celles qui émettent des obligations etc., bref, les sociétés qui posent des actes de gestion susceptibles de renforcer leur santé financière ne pourront pas, quel que soit le motif qui sous-tend ces actes de gestion, distribuer de dividendes.

Retenir cette hypothèse reviendrait à interdire toute distribution de dividendes car ces frais qui figurent en permanence dans les comptes de la quasi-totalité des sociétés, qu'elles évoluent dans le secteur des assurances ou en dehors, ne constituent pas un indicateur de la situation financière des entreprises. Qu'est ce qui inciterait alors à investir dans le secteur des assurances si l'on est certain de ne jamais percevoir de dividendes ? L'objectif visé par le législateur n'est certainement pas de créer cette situation.

L'expérience montre que les sociétés qui démarrent leurs activités ont souvent une situation financière précaire dans la mesure où, d'une part, elles ont opéré des ponctions importantes sur leurs fonds propres pour faire face aux charges liées à leur constitution, et, d'autre part, elles ont des difficultés à atteindre leurs objectifs de recettes.

Une contrainte supplémentaire s'imposait donc pour dissuader les entreprises nouvellement agréées de distribuer des dividendes, dans cette phase où les résultats affichés ne reflètent pas forcément la réalité de l'entreprise : c'est l'amortissement intégral des dépenses d'établissement, qui produit les mêmes effets qu'une interdiction de distribuer des dividendes au cours des trois ou cinq premières années de l'entreprise.

Ainsi, le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Aux termes de l'article 329-8 du Code des assurances, les dépenses d'établissement sont définies comme étant des dépenses de premier établissement engagées par une entreprise en vue de sa constitution. Il s'agit notamment des frais de constitution (compte 200), des frais de prospection, de recherches, d'études et de publicité (compte 201) engagés préalablement à l'agrément de l'entreprise ».

Article 330-14 Alinéa 5

(Conseil des Ministres du 15 octobre 2007 à Paris).

Dans un souci de mieux maîtriser la base de détermination des rémunérations des administrateurs, une société mutuelle voudrait être bien située sur le sens de l'expression « traitement annuel fixe du Directeur Général », et plus spécifiquement ce que recouvre le terme « fixe » dans l'article 330-14 du Code des assurances.

Le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Sans entrer dans les détails de la détermination de la rémunération des Administrateurs de sociétés d'assurances mutuelles qui est laissée à l'appréciation de l'Assemblée Générale, l'article 330-14 Alinéa 5 en détermine un plafond annuel qui est :

- soit le traitement annuel fixe du Directeur Général,
- soit le pourcentage des frais de gestion tel que prévu par l'Assemblée Générale.

Le plafond à retenir est le moins élevé des deux. Ce qui signifie que si l'Assemblée décide de fixer le traitement des Administrateurs en pourcentage des frais généraux, celui-ci ne saurait dépasser le traitement annuel fixe du Directeur Général.

Par « traitement annuel fixe » du Directeur Général, il faut entendre le montant en valeur absolue ou en unités de franc CFA auquel le Directeur Général est en droit de s'attendre. Le mot « fixe », dans cet article, est synonyme du mot « invariable ». Il est en effet d'usage, dans certaines entreprises, que la rémunération du Directeur Général soit déterminée en tout ou partie par rapport à une autre grandeur, elle même fluctuante. C'est par exemple le cas lorsqu'il est prévu une participation des salariés au bénéfice de la société.

Dans tous les cas, cet article exclut tout élément variable du champ de la rémunération du Directeur Général ou de tout autre employé d'une mutuelle d'assurances ».

Article 503

(Conseil des Ministres du 24 septembre 2002 à Paris).

Une société du marché CIMA a voulu savoir si les banques, les établissements financiers, les institutions de micro finance agréées, les caisses d'épargne et la poste sont habilités à présenter les opérations d'assurance IARD de la même manière que les banques présentent à leurs guichets les opérations d'assurances sur la vie.

Le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« Les dispositions de l'article 503 du Code des assurances n'autorisent pas la présentation des opérations d'assurances autres que la vie, la Capitalisation et l'Assistance par les banques et établissements financiers ».

Toutefois, le Conseil a demandé qu'une réflexion soit menée par le Secrétaire Général de la CIMA en vue de permettre l'utilisation des nouveaux canaux de distribution pour les assurances dommages.

Ainsi, l'article 503 a été modifié par décision du Conseil des Ministres en date du 21 avril 2004 pour permettre la présentation des opérations d'assurances par de nouveaux canaux de distribution.

Article 524

(Conseil des Ministres du 17 septembre 2011)

La Direction Nationale des Assurances de la République de Côte d'Ivoire a saisi la CIMA pour recueillir son avis sur la recevabilité des attestations de caution délivrées gracieusement par des compagnies d'assurance à des courtiers au titre de la garantie financière exigée par le code des assurances.

Pour apporter une réponse à cette requête, le Conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante de l'article 524 du code des assurances :

« Lorsque la garantie financière prévue à l'article 524 du code des assurances est délivrée par une compagnie d'assurance, celle-ci doit être au préalable agréée pour pratiquer la branche 15 – caution prévue à l'article 328 du code des assurances. Le contrat d'assurance caution est un contrat à titre onéreux. Il doit être établi en conformité avec les conditions générales et le tarif de la compagnie visés par la Direction Nationale des Assurances ».

Article 532

(Conseil des Ministres du 25 avril 2001 à Abidjan).

Il s'agit d'un employé d'une société d'assurances qui, à la faveur d'une mise en disponibilité, a créé une société de courtage dont il est gérant statutaire avec 40 % des parts sociales.

A l'issue de sa période de disponibilité de deux (02) ans, l'intéressé exprime le désir de retrouver son emploi en démissionnant de ses fonctions de gérant de la société de courtage tout en restant détenteur de 40 % des parts sociales.

En rappel, l'article 532 du Code des assurances stipule que l'exercice de la profession de courtier est incompatible avec les activités exercées par les employés des sociétés d'assurances.

Il paraît évident qu'un simple associé ou actionnaire, ne pouvait être considéré comme courtier. Il ne semble donc pas visé par les incompatibilités prévues par ce texte, fut-il employé d'une société d'assurances.

Le conseil des Ministres a donné l'interprétation suivante :

« L'article 532 du Code des assurances, dans sa rédaction actuelle n'interdit pas à un salarié d'une compagnie d'assurance d'être actionnaire d'une société de courtage ».