



CONFÉRENCE INTERAFRAICAINE DES MARCHÉS D'ASSURANCE
(CIMA)
INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES
BP. 1575 YAOUNDE – Tél : (+237) 2 22 20 71 52 – FAX : (+237) 2 22
20 71 51



E – mail : ija@cameroun.com
Site web : <http://www.iiacameroun.com>
Yaoundé / Cameroun

**RAPPORT DE STAGE ET DE FIN D'ÉTUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAÎTRISE EN SCIENCES ET
TECHNIQUES D'ASSURANCES (MST-A)**

(Cycle II : 12^{ème} promotion 2014 - 2016)

THÈME :

**ANALYSE DU PROCESSUS D'INDEMNISATION DU
PRÉJUDICE CORPOREL DES VICTIMES D'ACCIDENT
DE LA CIRCULATION ROUTIÈRE : CAS DE NSIA
ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE**



Présenté et soutenu par :
TA Bi Gohou Benjamin

Sous la direction de :
MEL Lohoues Roméo BEDJE
Responsable des Prestations

(Novembre, 2016)

DÉDICACE

À mes Frères et Sœurs de la Famille TA et DJÈ, particulièrement à ma grande sœur **DJÈ LOU SIMONE** pour son soutien sans faille.

Trouvez à travers ce travail la conjugaison des efforts de tous et l'expression de mes sentiments de fraternité et d'amour.

REMERCIEMENTS

Nous voudrions bien saisir cette opportunité pour adresser nos sincères remerciements et exprimer notre profonde gratitude à :

Monsieur DOSSOU YOVO Jean-Raoul, Directeur Général de l'Institut International des Assurances de Yaoundé pour tous les moyens mis à notre disposition dans le cadre de cette formation ;

Monsieur DANFAKHA Dembo, Directeur des Études et son Adjoint pour leur engagement dans la formation des cadres des Assurances ;

Tout le corps professoral de l'Institut pour les enseignements de qualité qui nous ont été dispensés ;

Monsieur Karim DIARRASOUBA, Directeur National des Assurances de la Côte d'Ivoire, pour tous ses efforts menés dans le cadre de notre formation ;

Tous les contrôleurs de la Direction Nationale des Assurances, pour toutes leurs contributions ;

Ma structure d'accueil, NSIA Assurances Côte d'Ivoire ;

La Directrice des Prestations IARDT et Santé, Madame Nicole COULIBALY ;

Mon encadreur MEL Lohoues Roméo BEDJE, Responsable des Prestations IARDT ;

Tous les gestionnaires prestations particulièrement à Messieurs KISSI Honoré, AMON ALAIN et Madame N'GUESSAN Sonia pour avoir bénéficié de leurs conseils et leurs expériences ;

Tous les Aînés de la 21^{ème} Promotion pour leurs conseils et leurs soutiens ;

Tous mes Camarades de la 22^{ème} Promotion DESS-A et de la 12^{ème} Promotion MST-A ;

Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette formation, trouvez dans ce travail le fruit de votre soutien indéfectible.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGCI : Assurances Générales de Côte d'Ivoire

AGF : Assurances Générales de France

AGS : Assurances Générales du Sénégal

AU OHADA : Acte Uniforme relatif à l'Organisation pour l'Harmonisation du Droit des Affaires en Afrique

BNC : Banque Nationale du Canada

BNI : Bureau National Ivoirien

BRVM : Bourse Régionale des Valeurs Mobilières

CEDEAO : Communauté Economique pour Développement des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CFA : Communauté Financière Africaine

CIMA : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances

CIRA : Convention d'Indemnisation Rapide des Assurés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ECP : Emerging Capital Partner

FANAF : Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaine

FGA : Fonds de Garantie Automobile

FPM : Fonds de Prévoyance Militaire

IARDT : Incendie Accident Risques Divers et Transports

IIA : Institut International des Assurances

IPP : Incapacité Permanente Partielle

ITT : Incapacité Temporaire de Travail

NSIA : Nouvelle Société Interafricaine des Assurances

OSER : Office de la Sécurité Routière

RC : Responsabilité Civile

SMIG : Salaire Minimal Interprofessionnel Garanti

SMQ : Système Management de Qualité

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

VTM : Véhicule Terrestre à Moteur

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Chiffre d'affaires des compagnies vie de NSIA de la zone CIMA 2013, 2014 en milliers	11
Tableau 2 : Chiffre d'affaires des compagnies non-vie de NSIA 2013, 2014 en milliers .	12
Tableau 3 : Chiffres d'affaires de NSIA Holding en 2014 en US Dollars	13
Tableau 4 : Chiffre d'affaire des activités hors banque et assurances en2014 en US Dollar	13
Tableau 5 : Tableau d'analyse d'échantillon de dossiers de sinistres corporels	41

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition du chiffre d'affaires des compagnies non-vie en Côte d'Ivoire en 2015.....	8
Graphique 2 : Évolution du chiffre d'affaires de la NSIA Côte d'Ivoire de 2010 à 2015..	9
Graphique 3 : Répartition de l'actionnariat du groupe NSIA.....	15
Graphique 4 : Structure du portefeuille de NSIA Côte d'Ivoire en 2015	21
Graphique 5 : La sinistralité du portefeuille NSIA Assurances Côte d'Ivoire 2015.....	23

RÉSUMÉ

Le présent rapport est intitulé « Analyse du processus d'indemnisation du préjudice corporel des victimes de l'accident de circulation routière : Cas de NSIA Assurances Côte d'Ivoire ». Il comporte deux(2) parties. La première partie retrace les activités de la compagnie, passe en revue l'historique de la NSIA de sa création à sa constitution en Holding, d'une part. Et d'autre part, décrit son organisation et fonctionnement en s'appuyant sur son organigramme. Elle est scindée en plusieurs départements constituant des directions au sommet desquels se trouvent des organes de décision. Quant à la deuxième partie, elle traite du thème précité. Le premier chapitre, fait cas de la mise en exécution du processus par la compagnie en application du code CIMA. Il fait ressortir les différents intervenants et leurs actions dans le processus. Dans le deuxième chapitre, la proposition chiffrée, montre les différents chefs de préjudice indemnisables et les mesures prises par la compagnie pour l'indemnisation des victimes et ayants droit. Dans ce travail, nous analysons le processus d'indemnisation tel qu'appliqué par la compagnie à la lumière du code CIMA en relevant ses difficultés et spécificités afin d'y apporter des améliorations.

ABSTRACT

This report with the heading « The indemnification process of the traffic accident victims' bodily process analysis : Case of NSIA Insurance Côte d'Ivoire ». It comprises two(2) parts. The first part deals with the company and its activities presentation. It goes over NSIA history from its founding to the setting up into an Holding Company, on the one hand. On the other hand, describes its organization and functioning through the organization chart. NSIA is structured into departements constituting managements headed by the decision maker organ. As for the second part, it deals with the aforementioned theme. The first chapter values the starting of the process by process enforcing the CIMA code. It brings out the different intervening parties and their actions during the process. In the second chapter, the assessed offer, we show the different compensable prejudices and measures taken by the company for victims and entitled beneficiaries indemnification. In this work, we analyse the indemnification process as applied by the company, in the light of the CIMA code, underlining its difficulties and specificities in order to bring some improvements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE I: LA PRÉSENTATION DE LA NOUVELLE SOCIÉTÉ INTERAFRICAINNE DES ASSURANCES	5
SECTION 1 : LES ÉTAPES LA CRÉATION DE NSIA ASSURANCES	5
SECTION 2 : LA CONSTITUTION DE LA HOLDING (NSIA PARTICIPATIONS)	11
CHAPITRE II : LA DESCRIPTION DU CADRE DU STAGE.....	16
SECTION 1 : L'ORGANIGRAMME DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE	16
SECTION 2 : LA DESCRIPTION DES ACTIVITÉS.....	27
DEUXIÈME PARTIE : L'ANALYSE DU PROCESSUS D'INDEMNISATION DU PRÉJUDICE CORPOREL DES VICTIMES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION ROUTIÈRE : CAS DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE	30
CHAPITRE 1 : LA MISE EN EXÉCUTION DU PROCESSUS.....	31
SECTION 1 : L'ACTION DES PARTIES À L'OFFRE DE TRANSACTION	31
SECTION 2 :L'INSTRUCTION DU DOSSIER DE SINISTRES CORPORELS	39
CHAPITRE 2 : LA PROPOSITION CHIFFRÉE	46
SECTION 1 : LA DÉTERMINATION DE LA PROPOSITON CHIFFRÉE.....	46
SECTION 2 : L'ACCEPTATION DE L'OFFRE DE TRANSACTION.....	56
CONCLUSION GÉNÉRALE	62

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le besoin de sécurité et de protection est fondamental chez l'Homme. Il est constamment à la recherche des moyens pouvant protéger sa personne, sa famille, son patrimoine, ses gains et ses biens contre les aléas ou risques auxquels ils pourraient être exposés.

Le risque peut être défini comme un événement aléatoire et dommageable, un événement malheureux ou une malchance dont il craint la survenance et contre lequel il va se prémunir. Ces événements peuvent être dangereux, lourds de conséquences et constituer un obstacle à la réalisation de ses projets. On peut citer entre autres événements : l'accident, la maladie, l'incendie et même le risque de décès.

Pour faire face à de telles situations imprévisibles, plusieurs mécanismes de protection existent. Ce sont : la solidarité, l'épargne, la prévention, la ségrégation et la mitigation. Ces mécanismes ont pour objet de mettre l'Homme à l'abri de ces événements redoutables ou du moins atténuer les conséquences dommageables de leur survenance ou leur réalisation. Cependant aucun des moyens énumérés ci-dessus ne pourrait répondre efficacement aux besoins de réparer entièrement les préjudices subis par l'Homme. Ces moyens sont limités et peuvent par conséquent demeurer inefficaces face à l'ampleur des dégâts causés par ces événements précités ci hauts. Seule l'assurance s'avère être le moyen efficace et approprié pour répondre à ces préoccupations. Plusieurs auteurs ont défini le terme assurance. Mais la définition la plus satisfaisante et complète est celle du Professeur **JOSEPH HEMARD** qui précise en ces termes : « **L'assurance est une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre moyennant une rémunération, la prime pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation du risque, une prestation par une partie, l'assureur qui, prenant en charge un ensemble de risques les compense conformément aux lois de la statistique** ». Cette définition fait ressortir quatre(4) éléments essentiels qui particularisent l'opération d'assurance: le risque, la prime, la prestation et la compensation.

Le secteur des Assurances est réglementé par le code CIMA. Cette législation (le code) CIMA, en son article 328, classe les activités des compagnies d'assurances en deux principales branches : les assurances IARD et les assurances sur la Vie. L'assurance Responsabilité Civile (RC) des Véhicules Terrestres à Moteur (VTM) est logée dans la branche IARD. La RC des VTM est une assurance obligatoire instituée par l'État. Elle a pour but principal d'apporter un soutien financier face aux pertes causées par un assuré à une tierce

personne suite à un évènement ou un risque couvert. De nos jours, avec le progrès technique et l'augmentation rapide des populations, le Véhicule Terrestre à Moteur semble être le moyen de transport le plus utilisé par l'Homme pour ses activités professionnelles et ses déplacements quotidiens. Se faisant, la croissance de la population et du parc automobile devient l'une des causes principales du risque d'accident de circulation. Ces évènements brusques, qui arrivent par hasard, en dehors de toute intervention intentionnelle de l'Homme sont source de dommages susceptibles d'être causés au tiers (piétons, passagers, cyclistes ou même les riverains des voies publiques) par les propriétaires ou conducteurs de ces véhicules.

Et comme on le sait, la responsabilité civile générale est régie par les articles 1382 et suivants du code civil en vertu duquel : « Tout fait quelconque de l'Homme qui cause un dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Cette obligation de réparation s'étend aux choses dont on est responsable ou on a la garde. Pendant longtemps, c'est sur la base de ce texte que l'indemnisation du préjudice subi par la victime d'un accident de circulation routière était fondée pour une réparation intégrale. Or la personne responsable d'un accident de circulation peut être insolvable ou dans l'incapacité financière de faire face aux dommages causés aux tiers. C'est sans doute pour éviter cette situation d'insolvabilité que dans la plupart des pays, le législateur a rendu obligatoire l'assurance des VTM.

En Côte d'Ivoire, l'assurance de la responsabilité civile des VTM a été rendue obligatoire par la loi n°60-342 du 23 Octobre 1960 modifiée par la loi n° 89-1301 du 18 Décembre 1989. Dans le souci d'intégration, d'harmonisation et le respect du principe de la primauté des normes communautaires sur les normes nationales, l'application de cette loi est laissée au profit du code CIMA. D'ailleurs, il est nécessaire de retenir qu'en la matière, cette norme communautaire est inspirée de la loi française n°85-677 du 5 juillet 1985 dite Loi Badinter. Cette loi vise l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de circulation et l'accélération des procédures d'indemnisation.

Aujourd'hui, le bilan des accidents de circulation en Côte d'Ivoire est triste. Des études menées par l'Office de Sécurité Routière (OSER) sur les accidents de circulation routière de 2000 à 2014 et publiée en Avril 2015, nous donne les informations qui suivent. Les accidents ont occasionné en moyenne 13.000 blessés et 600 morts par an. L'année 2014 enregistre les chiffres les plus élevés avec plus de 8.262 accidents entraînant 14.291 blessés dont 8.826 blessés légers, 5.465 blessés graves et 816 morts. Ces évènements entraînent plusieurs conséquences puisqu'ils affectent le patrimoine de ces personnes et leur propre intégrité physique. Quelle assistance apporter à ces victimes et comment l'assureur de la RC des véhicules en cause peut-il faire face à la réparation de ces préjudices?

Cette interrogation soulève le problème relatif à l'indemnisation des dommages subis par les victimes d'accident de circulation routière. En général, l'indemnisation a pour but de remettre l'assuré dans la situation qui était la sienne avant la réalisation du sinistre. Pour ce qui est des accidents de circulation routière, les victimes peuvent subir deux (2) sortes de préjudices : les préjudices matériels et les préjudices corporels. Les préjudices matériels sont les dommages liés aux véhicules automobiles qui pourront être indemnisés en tenant compte de la garantie souscrite par l'assuré. Quant aux préjudices corporels, ils renvoient à une atteinte portée à l'intégrité physique d'une personne, dommage causé par le conducteur d'un VTM. Comment partir de la réalisation du sinistre jusqu'à l'indemnisation de la victime ? Cela fait appel à une démarche, un processus. Il existe deux modes d'indemnisation. La procédure judiciaire qui demeure subsidiaire dans la plupart des compagnies et, dira-t-on le processus amiable dont le cadre général est édicté par le code CIMA.

La notion de processus fait appel à une suite d'actions conduisant à un but défini .Il fait souvent l'objet d'un écrit mais n'est pas nécessairement contraignant. Il s'agit d'un enchaînement de démarches ou étapes à suivre dont on attend un résultat. Elle diffère de la procédure qui est un ensemble de formalités qui doivent être suivies pour soumettre une prétention à un juge. La procédure s'intéresse à la façon d'accomplir une opération de manière précise. Elle est confinée dans un corps de texte qui est appliqué de manière systématique dont le non-respect aboutit au rejet de l'opération en question pour vice de procédure. Alors que le processus s'intéresse au résultat à atteindre. Parlant du processus d'indemnisation du préjudice corporel, il a toujours tendance à être amélioré par le législateur afin d'aboutir à la réparation du dommage corporel causé aux victimes le plus rapidement possible, soit. Qu'en est-il de la réalité pratique de ce processus dans les compagnies d'assurances ?

L'analyse de ce processus d'indemnisation nous amène à examiner les différentes étapes de ce processus de la survenance du sinistre jusqu'à l'indemnisation de la victime en faisant relever ses spécificités et solutionner ses encombres. Le présent travail soumis à notre réflexion s'articulera autour de deux (2) axes : après avoir présenté le cadre du stage (NSIA Assurances Côte d'Ivoire) dans une première partie, nous consacrerons notre deuxième partie à **l'analyse du processus d'indemnisation du préjudice corporel des victimes d'accident de la circulation routière : cas de NSIA Assurances Côte d'Ivoire.**

PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE DU STAGE

Cette partie s'intéressera à l'environnement de notre stage. Elle est subdivisée en deux chapitres :

- La présentation de la Nouvelle Société Interafricaine des Assurances (chapitre 1) ;
- La description du cadre de stage (chapitre 2).

CHAPITRE I : LA PRÉSENTATION DE LA NOUVELLE SOCIÉTÉ INTERAFRICAINES DES ASSURANCES

Signé le 10 Juillet 1992 à Yaoundé (Cameroun) et entré en vigueur le 15 Janvier 1995, le traité CIMA s'est fixé plusieurs objectifs. L'un des principaux objectifs de ce traité est de renforcer la coopération dans le domaine des assurances, dans les États membres en instituant un marché élargi et intégré de l'industrie des assurances réunissant les conditions d'un équilibre satisfaisant au point de vue technique, économique et financier. Les États signataires fédèrent donc leurs efforts pour atteindre ces objectifs. La Côte d'Ivoire, pays qui occupe une place prépondérante dans la zone, ne reste pas en marge de ces efforts. L'une des compagnies ivoiriennes dans laquelle nous avons effectué notre stage de fin de formation en vue de la validation du diplôme de Maîtrise en Science et Techniques des Assurances (MST-A) est la Nouvelle Société Interafricaine des Assurances (NSIA). D'emblée, il semble nécessaire de nous intéresser dans les premières lignes ce travail aux étapes de la création de la Nouvelle Société Interafricaine des Assurances de Côte d'Ivoire, cadre de notre stage (section 1) avant d'aboutir à sa constitution en une Holding (section 2).

SECTION 1 : LES ÉTAPES LA CRÉATION DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE

Partant de sa genèse (paragraphe 1), nous aboutirons à la place qu'occupe la société dans le marché des Assurances (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La genèse de la NSIA Assurances de Côte d'Ivoire

Après sa création(A), une impulsion lui est donnée par le rachat des AGCI(B). Aussi la compagnie se donne-t-elle une mission en se basant sur certaines valeurs (C).

A- La création de la NSIA

La Nouvelle Société Interafricaine des Assurances de Côte d'Ivoire est une société de droit ivoirien. La NSIA obtient son agrément délivré par le Ministre de l'économie et des finances de l'État de Côte d'Ivoire le 03 février 1995. L'obtention de cet agrément est rendue publique à l'Assemblée Générale de la Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines(FANAF) du 06 au 09 février à Ouagadougou au Burkina Faso. Par la même occasion, elle adhère à cette fédération et en devient membre.

Elle débute ses activités en Juillet 1995. En fin de la même année, elle fait un chiffre d'affaires de neuf cents millions de francs CFA (900.000.000). Plus tard, elle est renforcée par l'acquisition des AGCI

B - L'impulsion donnée par les AGCI

Le rachat de l'AGCI (Assurances Générales de Côte d'Ivoire) a joué un rôle très important dans la prise d'envol de la NSIA. En effet, le groupe Assurances Générales de France (AGF) était une société des assurances française. Elle a été créée en 1816, nationalisée en 1945 et privatisée en 1997. Cette société a finalement été absorbée par le groupe allemand Allianz en 2009. Les AGF disposaient des filiales et agences en Afrique où elles avaient les Assurances Générales du Sénégal (AGS) et notamment les Assurances Générales de Côte d'Ivoire (AGCI). Dans les années 1980, l'assurance automobile obligatoire en France tout comme en Côte d'Ivoire était source de contentieux et de déboires pour l'ensemble des compagnies d'assurances. Les juges statuaient sur la plupart des cas et accordaient aux victimes d'accidents de circulation routière en guise d'indemnités des montants faramineux et fantaisistes. À titre d'illustration, le Tribunal Correctionnel de Toumodi, dans son jugement du 23 mai 1986, a alloué la somme de 287.020.000 FCFA aux ayants droit d'un défunt, pharmacien de profession, victime d'un accident de circulation routière.

Les AGF enregistraient des pertes considérables qui s'élevaient à plus de 2.000.000.000 FCFA en début des années 1990. Après plusieurs tentatives de relance de la compagnie, l'ultime solution qui s'imposait était la cession. C'est ainsi que la NSIA acquiert les compagnies AGCI-IARDT et AGCI-VIE pour créer NSIA-AGCI en avril 1996. Cette acquisition modifie aussi bien la taille que le portefeuille de la compagnie car désormais il y a trois (3) compagnies à gérer : NSIA, AGCI-IARDT et AGCI-VIE. En août 2002, AGCI-VIE devient NSIA-VIE. Quant à AGCI-IARDT et NSIA, elles fusionnent en NSIA Assurances Côte d'Ivoire. Aujourd'hui, on parle de NSIA Groupe qui s'est assigné une mission basée sur des valeurs.

C- Mission et valeurs de la NSIA

Présentons la mission de la compagnie puis ses valeurs.

1- Mission

NSIA est un groupe financier (banque et assurances) africain. Elle offre par son professionnalisme et l'engagement de son équipe des solutions compétitives et innovantes en assurances et en banque en vue de fournir aux clients protection et financement et participer ainsi au développement économique et social des pays. Il a pour ambition de bâtir en 2017, selon les standards internationaux, le premier groupe financier africain de référence leader en bancassurance. Pour cela, NSIA prône certaines valeurs.

2- Valeurs

La culture et l'organisation de l'entreprise se fondent sur certaines valeurs regroupées sous l'acrostiche RICIP. Ce sont : Responsabilité, Innovation, Culture client, Intégrité Performance.

✚ Responsabilité

Assumer les conséquences de ses actes et ceux des collaborateurs dont on a la charge.

✚ Innovation

Anticiper ou percevoir les changements et y apporter des réponses nouvelles en vue d'une amélioration permanente.

✚ Culture client

Être à l'écoute du client, répondre à ses préoccupations.

✚ Intégrité

Faire preuve d'honnêteté et de probité vis-à-vis des clients, du personnel, des parties prenantes de la société. Respecter la déontologie et agir avec rigueur et droiture.

✚ Performance

Rechercher en permanence à produire les meilleurs résultats.

Ces valeurs ont certainement permis à la compagnie de se faire une place dans le marché des assurances.

Paragraphe 2 : La place de NSIA dans le marché des Assurances

Le poids de cette compagnie peut se mesurer sur le marché des assurances à travers sa part dans le marché ivoirien des assurances (A) qui est en partie l'œuvre de son réseau de distribution (B).

A- La part de NSIA dans le marché ivoirien des assurances

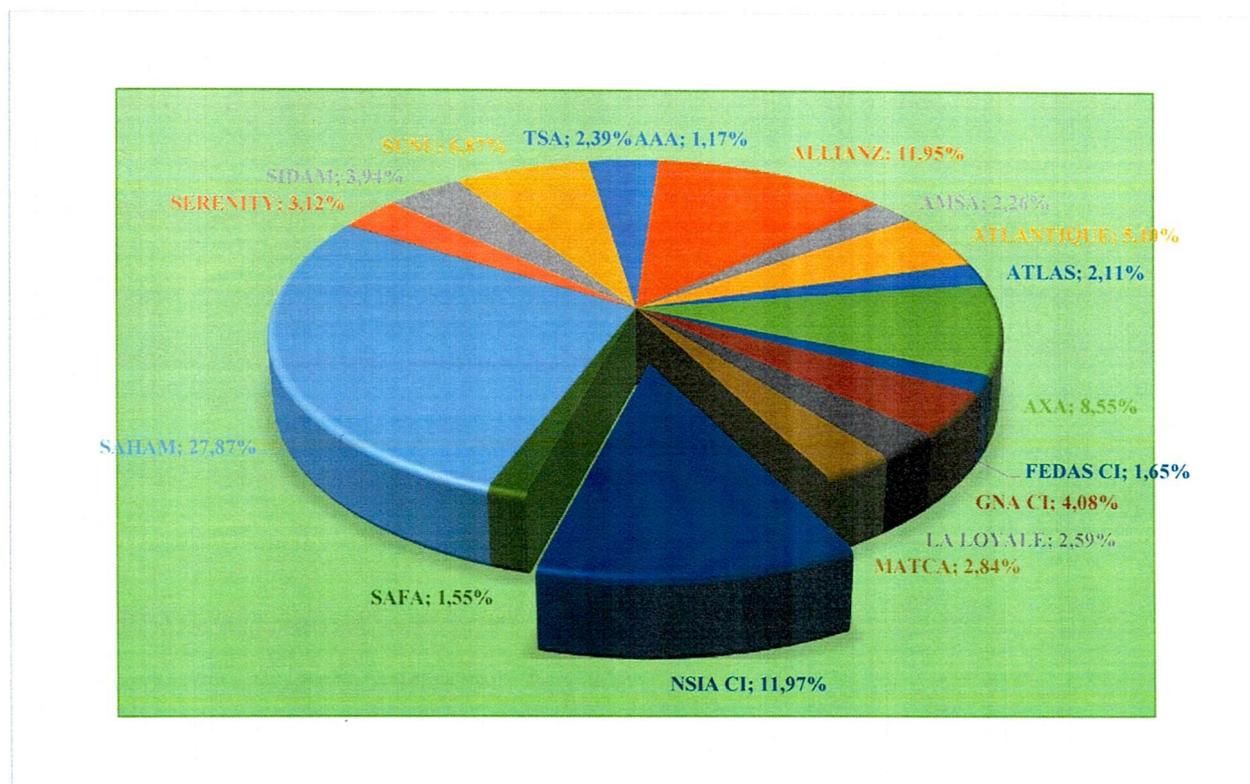
Le marché des assurances en Côte d'Ivoire à l'instar des pays d'Afrique Subsaharienne est jeune. En Côte d'Ivoire, il existe 27 compagnies d'assurances dont 17 non-vies et 10 compagnies d'assurances vie. A celles-ci s'ajoutent le fonds de garantie automobile, la CNPS et 6 compagnies de réassurance. Ce marché se distingue des autres par son dynamisme. En effet, la Côte d'Ivoire représente le principal marché de la CIMA (Conférence Interafricaine des Marchés des Assurances). En 2014 le chiffre d'affaires des compagnies s'élevait à 251.085.114.765 francs CFA dont 139.738.316.939 francs CFA pour les compagnies Non -vie et 111.346.797.826 francs CFA pour les compagnies Vie, soit 26,70% des chiffres d'affaires de la CIMA. La part de la NSIA est de 19.482.853.885 francs CFA en assurance vie soit (17,50%) et de 19.200.376.587 francs CFA soit (13,74%). En 2015 ce

chiffre connaît une nette augmentation avec un montant total de 280.945.362.867 francs CFA dont un chiffre d'affaires pour NSIA de 40.863.728.523 francs CFA, soit 14,55% du marché national réparti comme suit :

- 19.366.003.246 francs CFA pour la branche non-vie (11,97%) ;
- 21.497.725.277 francs CFA pour les activités vie (17,93%).

L'illustration en est faite à travers le camembert ci-dessous.

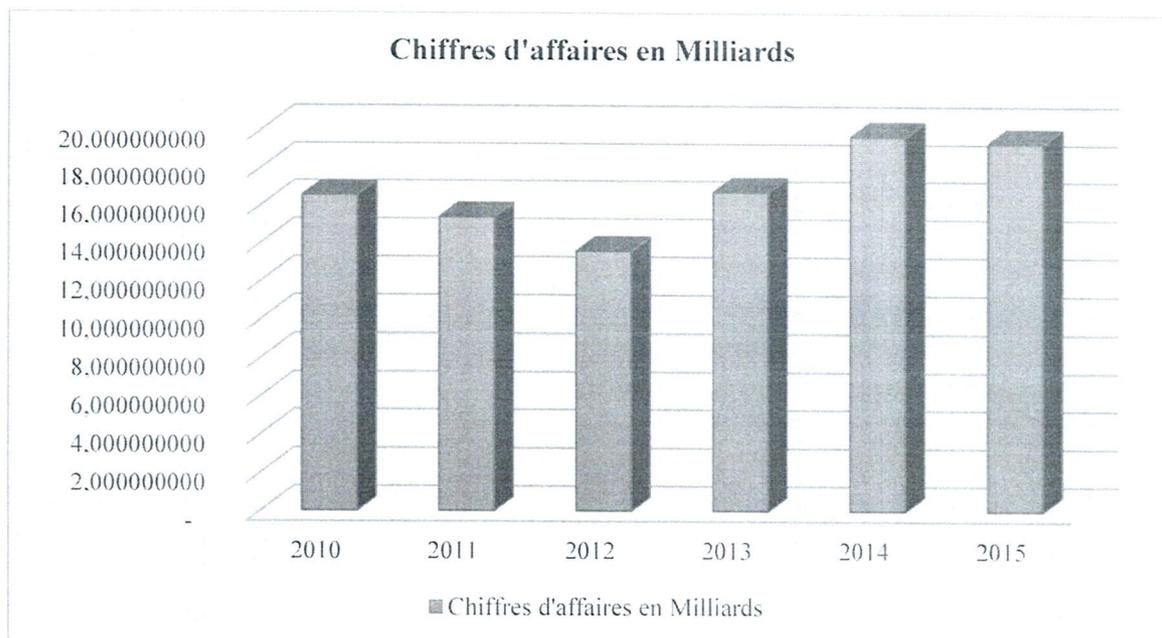
Graphique 1 : Répartition du chiffre d'affaires des compagnies non-vie en Côte d'Ivoire en 2015



Source : ASACI, *L'assurance ivoirienne en 2015*, p.10

Avec une part de marché de 11,97%, NSIA occupe la deuxième place du après SAHAM dans la branche IARD. Cette performance est en partie l'œuvre du dynamisme de son réseau de distribution grâce à son implantation dans les grandes agglomérations du pays. Elle est une compagnie est un peu mitigée comme l'illustre le graphique ci-dessus à travers l'évolution de son chiffre d'affaire de 2010 à 2015.

Graphique 2 : Évolution du chiffre d'affaires de la NSIA Côte d'Ivoire de 2010 à 2015



SOURCE : ASACI, *L'assurance ivoirienne en 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.*

En 2010, la compagnie fait un chiffre d'affaires de plus 16 milliards. Mais en 2011 on assiste à une légère baisse du chiffre d'affaires due à la période de crise. Cette baisse s'accroît sensiblement en 2012. Avec le retour de la paix et la reprise des activités économiques en 2013, elle remonte son chiffre d'affaires jusqu'en 2014 avant de connaître une petite diminution en 2015.

B- Le réseau de distribution de NSIA Assurances

Le réseau de distribution est composé de l'ensemble des acteurs qui permettent d'acheminer les produits d'assurances vers les consommateurs. Le réseau de distribution de NSIA est composé de bureaux directs, d'agents généraux, de courtiers et de commerciaux.

1- Les bureaux directs

La création des bureaux directs répond au besoin de faciliter la distribution des produits d'assurance en étant le plus proche possible des consommateurs. Les bureaux directs ont pour objet de créer une proximité entre la compagnie afin de réduire la distance entre les assurés-souscripteurs et la compagnie en créant plusieurs points de vente. NSIA dispose de six (6) bureaux directs dont deux (2) à Abidjan et quatre (4) autres à l'intérieur du pays. Ce sont :

À Abidjan :

- Le bureau direct Alliance situé à l'immeuble « Alliance » dans la commune du Plateau face à la Caisse de Stabilisation ;
- Le bureau direct de Treichville sis à l'immeuble « Balance » Boulevard Valery Giscard d'Estaing (VGE).

À l'intérieur du pays :

- Le bureau direct de San Pedro, cité rue des banques près de NSIA Banque ;
- Le bureau direct de Bouaké sis au Quartier Commerce ;
- Le bureau direct de Korhogo et
- Le bureau direct d'Abengourou.

2- Les agents généraux

L'agent général est une personne physique ou morale qui reçoit un mandat exclusif de la part de la compagnie en vue d'accomplir des actes d'assurances au nom et pour le compte de cette dernière. Ils sont rémunérés sur la base de commissions relativement à leur chiffre d'affaires. La compagnie dispose de sept (7) agents généraux qui sont basés dans des différentes localités à savoir:

- ❖ Agence prestige, Riviera 3 route du Lycée Français ;
- ❖ Nouvelle agence Latrille, Cocody II Plateaux ;
- ❖ Agence Nauvoo Assurances, II Plateaux Vallons Axe Burida ;
- ❖ Agence PSN Assurances, II Plateaux 8^{ème} tranche ;
- ❖ Agence Peniels, Boulevard Principal Yopougon ;
- ❖ Agence de Yamoussoukro, sise Immeuble «Notre Dame », Boulevard des Banques ;
- ❖ Agences de Daloa, sise rue du commerce, route Issia.

3- Les courtiers

Le courtier en assurance est un intermédiaire indépendant (une personne physique ou morale) qui intervient pour le compte de ces clients. Il est chargé par ceux-ci de négocier ou de trouver les contrats plus intéressants dans les différentes compagnies. Couramment appelés apporteurs d'affaires, ils sont mandatés par leurs clients. NSIA Côte d'Ivoire a signé une convention de collaboration avec une centaine de courtiers dont les principaux sont : ASCOMA et GRAS SAVOYE.

4- Les commerciaux

Communément appelés les vendeurs, ils portent à la connaissance des consommateurs l'existence des produits d'assurances afin de les amener à mieux comprendre ces produits et à souscrire. Les commerciaux ont pour mission de développer un portefeuille de clients et de

prospects au sein d'une zone géographique donnée. Ils proposent des produits d'assurances de la compagnie adaptés aux besoins de ces clients.

Par son dynamisme, la NSIA occupe une place importante dans le marché des assurances en Côte d'Ivoire. Et cette place est plus remarquable dans la zone CIMA par la constitution de la Holding (NSIA PARTICIPATIONS).

SECTION 2 : LA CONSTITUTION DE LA HOLDING (NSIA PARTICIPATIONS)

La création de la Holding, NSIA Participations, a été possible grâce à l'extension des activités de NSIA (paragraphe 1) et aussi à l'apport de ses partenaires (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'extension des activités de la NSIA

Pour pouvoir constituer la Holding, NSIA a dû étendre ses activités d'assurances (A) au domaine de la bancassurance (B) puis à des activités hors banques et assurances (C).

A- Dans le domaine des assurances

À partir de sa base ivoirienne, NSIA se lance à la conquête de l'Afrique. En 1998, elle réalise sa première opération hors frontière au Bénin. En 2000, le rachat des Anciennes Mutuelles du Gabon (AMG) conduit à la création de NSIA Assurances Gabon. Puis suivent alors les implantations de nouvelles filiales au Sénégal (2002), Congo (2004) et Togo (2005) pour former le Groupe NSIA. Le Groupe étend ensuite ses activités à la branche vie en créant quatre (4) filiales en 2005 au Congo, Gabon, Sénégal et Bénin. Celle du Togo voit le jour en 2006. Dans le courant de 2006, l'ensemble des compagnies est regroupé au sein d'une holding dénommée NSIA PARTICIPATIONS qui pilote les activités de la compagnie à partir de la Côte d'Ivoire. Fidèle à sa stratégie d'expansion, le groupe réussit à fonder en 2007 deux (2) nouvelles filiales non vie en Guinée Bissau et au Cameroun. Aujourd'hui, NSIA opère en dehors de la zone CIMA avec la création de NSIA Ghana en 2010 et NSIA Nigeria en 2011 et se lance aussi dans la bancassurance.

Tableau 1 : Chiffre d'affaires des compagnies vie de NSIA de la zone CIMA 2013, 2014 en milliers FCFA

	PAYS	CHIFFRE D'AFFAIRES 2013	CHIFFRE D'AFFAIRES 2014	TAUX D'ÉVOLUTION
1	BÉNIN	2 321 101	2 571 402	10,80%
2	CAMEROUN	209 258	100%
3	CONGO	995 528	1 717 905	72,60%
4	CÔTE D'IVOIRE	18 385 617	19 482 854	6%
5	GABON	1 029 997	2 187 361	112,40%
6	MALI	1 348 808	2 074 026	57,80%
7	SÉNÉGAL	4 002 329	4 079 450	1,90%

8	TOGO	7 270 153	7 578 165	4,20%
TOTAL		35 353 353	39 900 421	12,86%

Source : *Annuaire des sociétés membres de la FANAF XXIIIème Édition 2016*

Tableau 2 : Chiffre d'affaires des compagnies non-vie de NSIA 2013, 2014 en milliers FCA

	PAYS	CHIFFRE D'AFFAIRES 2013	CHIFFRE D'AFFAIRES 2014	TAUX D'ÉVOLUTION
1	BÉNIN	8 592 043	8 522 211	-0,81%
2	CAMEROUN	9 142 041	6 481 813	-29,10%
3	CONGO	11 149 208	12 289 838	10,23%
4	CÔTE D'IVOIRE	16 732 857	19 200 378	14,75%
5	GABON	18 656 436	21 212 947	13,70%
7	GUINÉE BISSAU	-	914 000	
8	GUINÉE CONAKRY	4 978 728	5 125 000	2,94%
9	MALI	1 348 808	2 074 026	53,77%
10	NIGERIA	17 479 000	914 000	-94,77%
11	SÉNÉGAL	7 410 388	9 254 054	24,88%
12	TOGO	7 270 153	7 578 165	4,24%
TOTAL		102 759 662	93 566 432	-8,95%

Source : *Annuaire des sociétés membres de la FANAF XXIIIème Édition 2016*

B- NSIA dans la bancassurance

En 2006, le Groupe NSIA décide de diversifier son activité en se lançant dans la bancassurance. Il rachète la Banque Internationale de l'Afrique de l'Ouest (BIAO), filiale ivoirienne du groupe belgo-néerlandaise Fortis. Cette opération lui permet non seulement de disposer de son propre réseau bancaire, mais de multiplier également sa présence territoriale via les agences de la BIAO. Son réseau comprend treize(13) sociétés d'assurances auxquelles s'ajoute une banque, la BIAO. Cinq(5) ans après le rachat de la BIAO Côte d'Ivoire, NSIA étend son activité bancaire à la Guinée. En 2011, elle crée la BIAO Guinée qui devient, NSIA Banque Guinée.

Le Groupe NSIA est également représenté dans le domaine des finances par NSIA Finances. NSIA Finances est une Société de Gestion d'Intermédiation(SGI). Elle exerce dans le cadre du marché financier de l'UEMOA. Créée le 16 juin 2011, NSIA Finances joue le rôle de courtier, d'intermédiaire financier. Elle sert d'intermédiaire entre les vendeurs et les acheteurs de titres financiers sur la bourse. Elle exerce plus particulièrement à travers la Bourse Régionale des Valeurs Mobilières(BRVM). Ses activités sont : l'ingénierie financière,

la négociation et l'animation du marché, la gestion de portefeuille. Aussi, exerce-t-elle des activités hors banque et assurance.

Tableau 3 : Chiffres d'affaires de NSIA Holding en 2014 en US Dollars

NSIA Banque Côte d'Ivoire	38 881	91,77%
NSIA Banque Guinée	3 485	8,23%
TOTAL	42 366	100%

Source : Atlas Magazine N°129, mars 2016

C- Les activités hors banque et assurance

Pour accompagner ses activités d'assurances et de banques, NSIA investit dans l'immobilier et les nouvelles technologies.

Dans l'immobilier ses activités sont assurées par TCHEGBAO. Depuis 2010, TCHEGBAO opère sur le territoire ivoirien et dans les autres pays africains où NSIA est présente. Elle intervient sur tous les secteurs de l'immobilier résidentiel à savoir : l'ingénierie foncière, la promotion immobilière, la construction de maison individuelle, les services immobiliers (gestion, location, transaction).

Dans les nouvelles technologies, la tâche est assurée par NSIA Technologies basée en Côte d'Ivoire. Elle démarre ses opérations en 2012. Elle est la principale fournisseuse de services d'ingénierie informatique du Groupe NSIA avec pour mission d'assurer que toutes les entités du Groupe accèdent à l'information et la traite de manière efficace et rentable. Elle répond à la singularité du Groupe, celle d'apporter des solutions adaptées aux besoins des populations. Cette société est spécialisée dans les services informatiques, le conseil en sécurité des systèmes d'informations et la gestion des projets et met à la disposition des filiales du Groupe ses services informatiques.

Le groupe s'est doté en 2014 d'une institution caritative baptisée NSIA Fondation. Cette institution vise à accompagner les actions sociales du Groupe dans les pays où il est implanté. Elle soutient la scolarisation, l'éducation et la formation des enfants avec une attention particulière pour les jeunes filles. La Fondation investit également dans l'éducation des enfants afin de construire l'Afrique de demain et de contribuer à leur développement intellectuel. Aussi, contribue-t-elle au développement de l'art et à l'épanouissement de la diversité culturelle. Elle fait la promotion de l'art dans le milieu carcéral afin d'y développer la créativité et un programme de réinsertion dans le monde de l'art. La société s'appuie sur des partenaires.

Tableau 4 : Chiffre d'affaire des activités hors banque et assurances en 2014 en US Dollar

NSIA TECHNOLOGIES	1 905	46,68%
TCHEGBAO	815	19,97%
NSIA FINANCE	1 361	33,35%
TOTAL	4 081	100%

Source : Atlas Magazine N°129, mars 2016

Paragraphe 2 : Les partenaires de NSIA

Pour se hisser à ce niveau, Le Groupe NSIA s'appuie sur des entités avec lesquelles il entretient une relation de partenariat. Ce sont les réassureurs (A) et les actionnaires (B). À ceux-ci, s'ajoutent d'autres partenaires(C)

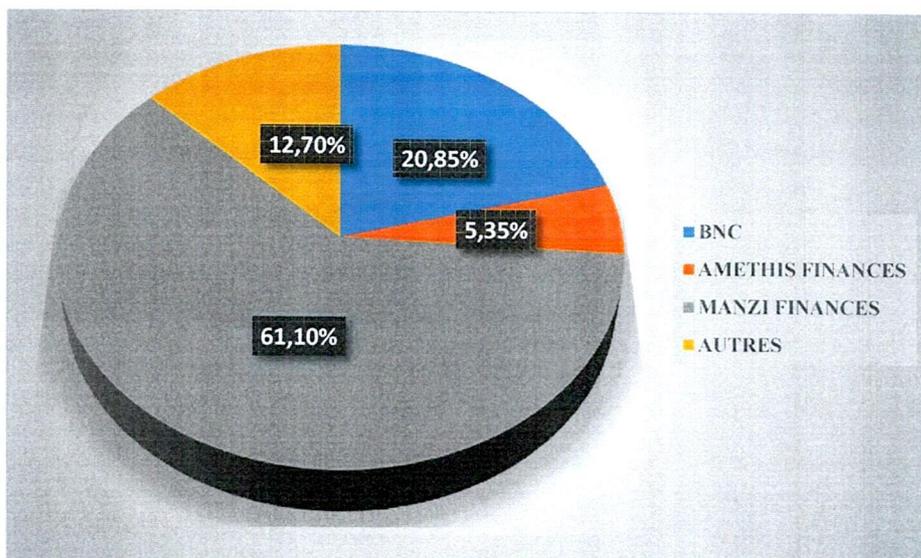
A- Les réassureurs de NSIA

Dans sa recherche d'excellence et le souci majeur d'améliorer substantiellement l'ensemble ses programmes, le Groupe NSIA s'entoure de réassureurs offrant les meilleures sécurités sur le continent. Ce sont entre autres : Africa Re, Scor, Munich Re, Swiss Re, Odyssey Re, Hiscox et le courtier mauricien Nelson Re. En outre, les compagnies d'assurances du Groupe ont créé en leur sein un pool de réassurance. Ce pool a pour but de répartir la rétention des compagnies sur certains risques entre les membres du pool. Cette technique morcelle le risque en fonction de la capacité financière des différentes compagnies en vue d'éviter qu'en cas de sinistre, la charge pèse lourdement sur une seule d'entre elles.

B- Les actionnaires du Groupe NSIA

Les performances du groupe ne restent pas inaperçues par Emerging Capital Partners (ECP). En effet, ce gestionnaire de fonds d'investissement dédiés à l'Afrique, basé à Tunis entre dans le capital du Groupe en 2008. Sa participation est de 20%. En mars 2015, la Banque Nationale du Canada et le fonds de placement français dédié à l'Afrique « Amethis Finance » rachètent les parts détenues par Emerging Capital Partner. La BNC acquiert 20,85%. Quant à Amethis Finance, sa part s'élève à 5,35%. Manzi Finance détient 61,10% des actions et les autres privés africains détiennent 12,70%. Le graphique ci-dessous illustre la répartition de l'actionnariat du Groupe NSIA.

Graphique 3 : Répartition de l'actionnariat du Groupe NSIA



Source : Atlas Magazine N°129, mars 2016

C- Les autres partenaires

NSIA est entourée de plusieurs autres partenaires. Ces partenaires exercent pour la plupart dans le domaine bancaire. Ils sont entre autres CITI, FORTIS, NATIXIS, RBC Royal Bank et Kommerzbank.

L'aventure NSIA débute en 1995 en Côte d'Ivoire par la création d'une compagnie d'assurances IARD. Aujourd'hui, elle s'est muée en un groupe présent en Afrique de l'ouest et du Centre. NSIA dispose de 25 filiales dans 12 pays. Avec un chiffre d'affaire de NSIA cumulé du Groupe s'élevant à 211 milliards FCFA en fin décembre 2015, NSIA pratique des activités diversifiées mais ses activités essentielles restent celles des Assurances. Le Groupe désire conquérir l'Afrique entière et même aller plus loin pour montrer comme le dit son slogan : « Le vrai visage de l'Assurance et de la Banque ».

CHAPITRE II : LA DESCRIPTION DU CADRE DU STAGE

Nous avons effectué notre stage au sein de NSIA Assurances, l'une des compagnies d'assurances de Côte d'Ivoire. À l'instar de toute compagnie d'assurances, ses activités consistent à créer, gérer, et vendre les produits d'assurances. Elles sont régies par le code CIMA. Pour son fonctionnement, elle est ouverte sur son environnement (environnement interne et externe). Elle entretient des relations avec les autres compagnies, des sociétés commerciales, les fournisseurs et les employés. Décrire le cadre de stage de la NSIA nous amène à ouvrir les portes de cette compagnie et y pénétrer pour découvrir son organisation et son fonctionnement. Pour y parvenir, ce chapitre s'articulera autour de deux axes. Nous détaillerons l'organigramme de la NSIA (section 1) avant de procéder à la description des activités effectuées (section 2).

SECTION 1 : L'ORGANIGRAMME¹ DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE

L'organigramme est peut être défini comme une représentation schématique des liens fonctionnels, organisationnels et hiérarchiques d'une entreprise. Il permet d'avoir une vue globale de la répartition des postes et des fonctions au sein d'une compagnie. L'organigramme de NSIA nous fait ressortir les organes de décision (paragraphe 1) qui collaborent et supervisent les tâches effectuées par les directions et départements (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les organes de décision

Les organes de décision de la NSIA sont le Conseil d'Administration(A) et la Direction Générale(B).

A- Le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est l'organe compétent pour déterminer le choix stratégique et managérial opérés par l'entreprise. Le Conseil d'Administration est investi de pouvoirs plus élargis et agit en toute circonstance au nom et dans l'intérêt social de la compagnie. Il exerce dans les limites de l'objet social et dans le cadre des pouvoirs attribués par la loi aux assemblées générales des actionnaires. Dans l'exercice de ses prérogatives légales, il remplit les principales missions suivantes :

- Préciser l'objectif de la société et l'orientation donnée à son organisation ;
- Désigner les dirigeants et mandataires sociaux chargés de la gestion de l'entreprise ;
- Exercer un contrôle permanent de la gestion assurée par le Directeur Général ;

¹Voir annexe 1

- Arrêter les comptes annuels et voter le budget de chaque exercice ;
- Procéder à la convocation des assemblées générales des actionnaires, fixer l'ordre du jour et exécuter les décisions ;
- Statuer sur les problèmes d'ordre général de la société et décider de la répartition des bénéfices conformément aux dispositions légales ;
- Arrêter les états financiers de synthèse et le rapport de gestion sur l'activité de société, qui sont soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale Ordinaire.

Présidé par Monsieur Jean Kacou DIAGOU, le Conseil d'Administration de NSIA Assurances Côte d'Ivoire est composé de sept (7) membres.

B- La Direction Générale

La Direction Générale définit la stratégie globale de l'entreprise et supervise son exécution. La fonction de direction générale regroupe l'ensemble des postes de management global de l'entreprise. Aux termes des dispositions de l'article 415 de l'AU OHADA « la société anonyme avec conseil d'administration est dirigée par soit par président- directeur général, soit par un président du conseil d'administration et un directeur général ». Le Directeur Général d'une compagnie d'assurances est élu par le conseil d'administration parmi ses membres ou non. Il doit remplir les conditions d'éligibilité énumérées à l'article 329 du code CIMA. Depuis sa création, la NSIA est gérée par un Directeur Général. Il reçoit ses pouvoirs de la loi et du Conseil d'Administration et est responsable devant ce Conseil de l'utilisation des pouvoirs qui lui sont délégués. Dans la gestion quotidienne de la société, le Directeur Général dispose de pouvoirs étendus lui permettant d'assumer les missions suivantes :

- Assurer l'exécution des décisions prises par le Conseil d'Administration et lui rendre compte;
- Ordonner le budget de la société et veiller à son exécution tant en recettes qu'en dépenses ;
- Définir l'organigramme de la société, recruter, nommer, embaucher, sanctionner et licencier les différents employés dans le respect de la réglementation du travail ;
- Fixer l'effectif du personnel nécessaire à la bonne marche de l'entreprise.

De sa création jusqu'à nos jours, la NSIA a connu cinq (5) Directeurs Généraux. Depuis 2015, ce poste est assumé par Madame AKOUA YVETTE. Selon le manuel de procédure, la Direction Générale est aidée dans ses tâches par le Comité de Direction. Ce comité est composé de directeurs et de responsables de départements.

Paragraphe 2 –Les directions et départements

Les activités de la compagnie sont gérées par les directions et départements que nous étudierons successivement.

A- La Direction du Développement Commercial et ses départements

La Direction du Développement Commercial est subdivisée en cinq départements :

- Le département marketing et communication ;
- Le département des affaires directes ;
- Le département santé ;
- Le département courtage ;
- Le département transports.

1- Le département marketing et communication

Le département marketing et communication est chargé de définir et d'appliquer la stratégie de communication et la stratégie marketing. Il a également pour tâche de construire l'image de NSIA Assurances et ses activités. Ce département a pour mission de :

- Déterminer la communication de la compagnie et réaliser les outils de communication (affiches publicitaires, site web, spot publicitaire, tee-shirt et autres gadgets) ;
- Budgétiser les outils de communication et chercher des sponsors ;
- Contacter les médias, réaliser les communiqués de presse ;
- Créer la charte graphique de la compagnie (logo et slogan) ;
- Identifier les besoins des autres départements en matière de communication.

2- Le département des affaires directes

Ce département s'occupe de la gestion des affaires directes. Il s'agit des affaires que viennent souscrire directement les clients en compagnie siège ou dans un bureau direct par soit par le biais d'un commercial qui le lui a conseillé. Soit par le client lui-même qui juge de la nécessité pour lui de souscrire à un produit (contrat) d'assurances.

3- Le département santé

Le département santé s'occupe de la production des contrats d'assurances santé. Il gère les activités relatives aux productions du contrat santé. À NSIA, la souscription à l'assurance santé obéit à un principe selon lequel, seul le personnel des entreprises et industries (grandes ou petites) peut en bénéficier. Le risque maladie étant déficitaire, il ne peut être souscrit que dans un ensemble conséquent d'autres risques souscrits par l'entreprise

(flotte automobile, individuelle accident). Les affaires souscrites proviennent de trois sources : le département des affaires directes, le département courtage et le contact direct avec les prospects. Les demandes de cotation pour ces affaires sont reçues par courrier, fax, mail ou par la présence de l'intermédiaire ou des prospects dans les locaux du département. La cotation est faite grâce aux différents éléments caractéristiques du risque. Ces éléments sont obtenus à partir de la proposition d'assurance dûment remplie par le prospect (employé d'une compagnie) et validés en tenant compte de la présomption de bonne foi du prospect. Ces éléments sont :

- La population ou le nombre d'assurés : l'assuré(e), le ou la conjoint(e) et le nombre d'enfants mineurs ou majeurs étudiants de moins de 25 ans en charge qui ne peut excéder le nombre de cinq ;
- Le taux de couverture (qui varie de 70% à 100%) ;
- Étendue territoriale ou zone de couverture (Côte d'Ivoire, Afrique et monde entier) ;
- Centres de soins (hôpitaux publics ou cliniques) ;
- Le système de gestion (système classique ou système tiers payant).

Le département est aidé dans ses tâches par une équipe de médecins conseils. Ceux-ci examinent les déclarations faites par les clients dans le Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA) et peuvent éventuellement convoquer les clients à un entretien médical s'il y a lieu. La tarification se fait par la combinaison d'une lecture directe du tarif santé. Ce tarif est appliqué aux nombre d'assurés et majoré de surprime pour aggravation de risque détectée par médecin.

4- Le département courtage

Ce département gère toutes les demandes de cotation et les affaires apportées par les courtiers. Les courtiers sont des intermédiaires qui sont mandatés par leurs clients pour l'accomplissement des opérations d'assurances. La NSIA collabore uniquement avec les courtiers ayant obtenu un agrément auprès de la Direction Nationale des Assurances. En plus ceux-ci doivent nécessairement remplir les conditions suivantes :

- La transmission d'une demande écrite à la compagnie, exprimant sa requête de collaboration;
- La disposition d'un cadre approprié à l'exercice des opérations d'assurance;

- La signature d'une convention de collaboration entre la compagnie et le courtier. La compagnie traite avec deux sortes de courtiers : les courtiers gestionnaires et les courtiers ordinaires. Les demandes de cotation sont adressées au service courtage par voie de courrier, mail ou de fax et portent sur les branches commercialisées par la compagnie (automobile, santé, multirisque habitation, multirisque professionnelle et l'individuelle accident). Un questionnaire de proposition d'assurances est mis à la disposition du courtier. Ce questionnaire qui contient les éléments caractéristiques du risque est transmis au client qui le remplit dûment afin de pouvoir identifier le risque. En possession des éléments caractéristiques du risque, la proposition d'assurance est retransmise au service courtage qui procède à la cotation afin de déterminer la prime à payer et la remise des conditions générales. Quand le client marque son accord, sa condition particulière est validée et conformément à l'article 13 nouveau du code CIMA, le contrat prend effet avec le paiement de la prime.

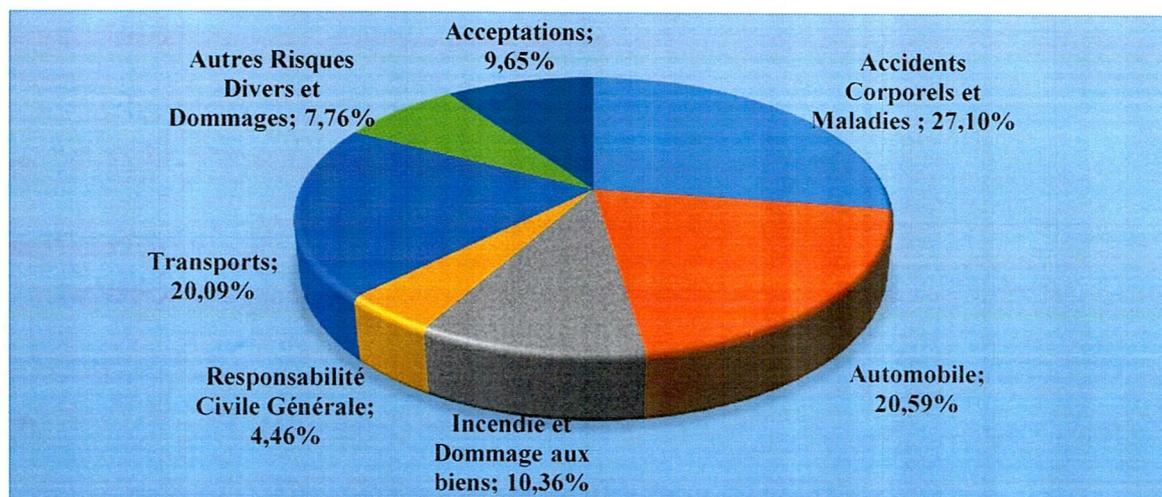
5- Le département transports

Le département transport est la branche de souscription qui s'occupe de l'assurance des corps de plaisance, des facultés ou marchandises transportées à savoir : les facultés terrestres, les facultés maritimes et les facultés aériennes. Il est géré par un responsable qui oriente, supervise et coordonne les activités du département. Le responsable du département collabore avec une équipe de producteurs qui intervient à la souscription du contrat et gère les différents mouvements de portefeuille (modification, renouvellement et résiliation du contrat). Les affaires souscrites sont apportées par le biais des courtiers, le département des affaires directes et le contact direct avec les clients. Le département de production transport s'occupe de :

- La cotation et la souscription des corps de plaisance ;
- Le renouvellement des polices de facultés terrestres ;
- Le renouvellement des facultés maritimes ;

En somme la structure du portefeuille des affaires souscrites par la Direction du Développement Commercial est variée. La grande part revient à la branche accidents corporels et maladies comme l'illustre le tableau diagramme ci-dessous

Graphique 4 : Structure du portefeuille de NSIA Côte d'Ivoire en 2015



Source : ASACI, *l'assurance ivoirienne en 2015*

B- La Direction des Prestations

La direction des prestations est le service après-vente d'une compagnie d'assurance. Elle intervient après la réalisation du sinistre et lorsque le client doit être indemnisé suite à la survenance du risque souscrit par l'assuré. La Direction des Prestations est subdivisée en deux (2) départements : le département des prestations IARDT et le département des prestations santé.

1- Le département des prestations IARDT

C'est le département où interviennent les gestionnaires sinistres ou prestations. Ils reçoivent les réclamations des assurés, des victimes et des tiers et traitent des sinistres survenus sur les risques souscrits par l'assuré. Ce sont :

- Individuelle accident ;
- Automobiles ;
- Incendie et Multirisque ;
- Dommages aux biens ;
- Responsabilité Civile Générale ;
- Transports.

Dans les branches énumérées ci-dessus, la gestion du dossier sinistre se fait en quatre (4) étapes essentielles à savoir : l'ouverture du dossier, l'instruction, le règlement et éventuellement l'exercice du recours. Dans l'exercice de ses tâches, le gestionnaire prestations est chargé de :

- Recevoir les déclarations de sinistres ;

- Évaluer le sinistre à l'ouverture ;
- Rédiger les différentes correspondances à adresser aux assurés, compagnies adverses et victimes et répondre aux courriers retour reçus de ces derniers ;
- Prendre en charge l'instruction d'un dossier sinistre et réclamer les pièces qui y sont nécessaires;
- Faire la lecture des procès-verbaux d'accident et des rapports d'expertise ;
- Déterminer les responsabilités et les montants du préjudice ;
- Prendre des décisions en application des différentes garanties du contrat ;
- Appliquer la Convention IRA ;
- Établir les bons de prise en charge et les bons de sortie pour des véhicules sinistrés ;
- Ordonnancer et régler les sinistres.

2- Le département prestations santé

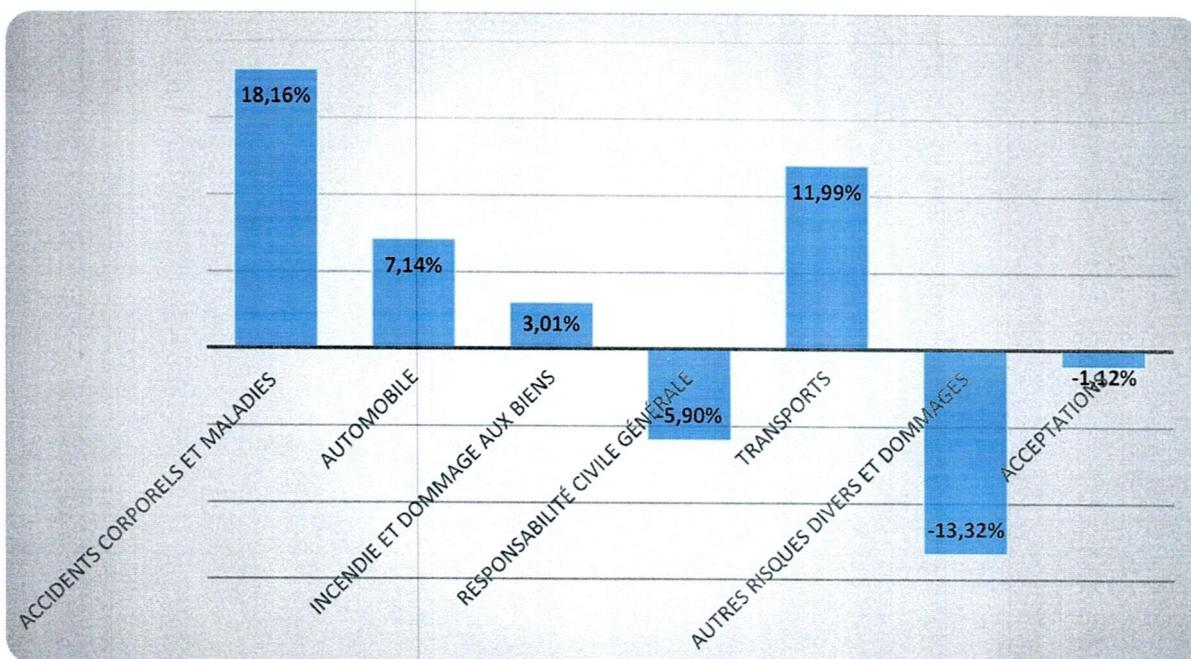
Le département des prestations santé gère le service après-vente de la production santé. Son rôle est essentiellement de procéder aux remboursements en fonction des garanties souscrites ou couvertes dans le contrat de santé et du mode de remboursement. Il a deux types de remboursements en assurance santé : le remboursement classique et le tiers payant.

Dans la gestion classique, l'assuré se fait soigner conformément aux termes du contrat dans un hôpital ou une clinique quelconque, c'est-à-dire ayant une convention ou pas avec la NSIA. Dans ce cas, les différentes dépenses sont à sa charge. Après le traitement, l'assuré transmet les pièces justificatives des dépenses au gestionnaire de prestation santé pour son remboursement. Quant à la formule des tiers payants, elle est une prise en charge accordée à l'assuré en fonction du taux de couverture convenu à la souscription. Ici l'assureur met à la disposition de l'assuré une liste des prestataires ou de centres conventionnés auprès desquels il peut bénéficier des soins et actes médicaux. Ces prestataires peuvent être des cliniques, des centres médicaux ou des pharmacies. Après le traitement, les prestataires font parvenir leurs pièces justificatives à l'assureur pour être remboursés. Tout remboursement se fait en tenant compte du plafond fixé au contrat. Les frais à rembourser sont :

- Les frais médicaux pour les consultations médicales dispensées par des médecins titulaires d'un diplôme en médecine et inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins(CNOM) ;
- Les frais d'hospitalisation en clinique ou à l'hôpital, prescrits médicalement en vue d'une intervention chirurgicale ou un traitement ;

- Les frais des actes chirurgicaux, radiographiques, les frais d'acquisition des verres ou lentilles prescrits par un ophtalmologue, les soins dentaires ;
- Les frais liés à la maternité.

Graphique 5 : La sinistralité du portefeuille NSIA Assurances Côte d'Ivoire 2015



- Source : ASACI, l'assurance ivoirienne en 2015

C- La Direction Financière et Comptabilité

Administrée par la Directrice Administrative et Financière qui garantit la bonne gestion administrative et financière de la compagnie, cette direction est subdivisée en deux(2) départements : le département comptabilité et le département trésorerie et placement.

1- Le département comptabilité

Le département comptabilité est chargé de la transcription des opérations comptables. Pour une meilleure organisation du département, les tâches y sont réparties. On y trouve des comptables chargés des opérations de la comptabilité générale et ceux chargés des opérations de la comptabilité technique. Le département comptabilité a en général pour mission:

- Le règlement de la facture des fournisseurs ;
- L'établissement des chèques relatifs aux règlements des sinistres transmis par la Direction des Prestations ;
- La tenue des documents comptables ;
- La comptabilisation des émissions de primes ;
- La comptabilisation des commissions et des frais généraux ;

- La confection des états statistiques et financiers ;
- La vérification des pièces justificatives des dépenses effectuées et des recettes ;
- Le suivi de la gestion des comptes courants.

2- Le département de trésorerie et de placement

La trésorerie représente les disponibilités financières sur le compte bancaire et dans la caisse après avoir encaissé les recettes et effectué les dépenses. Ce département a pour mission de rechercher les possibilités de placement sur le marché financier et faire des investissements. Il a pour tâche :

- La gestion des liquidités et des chèques ;
- La gestion et l'optimisation des placements, des titres, dépôts à terme et des actifs ;
- La surveillance des opérations bancaires ;
- La mise à la disposition de la Direction Générale du traitement quotidien de la situation financière de la trésorerie ;
- La gestion des frais d'agios.

D- La Direction du Système de l'Informatique

Cette direction gère l'ensemble des systèmes de l'information et de télécommunication. Elle assure la disponibilité des moyens informatiques et de télécommunication nécessaires pour le bon fonctionnement des activités de la compagnie. Ces différentes tâches consistent à :

- Veiller au bon fonctionnement des logiciels informatiques ;
- Assurer le choix, l'installation, la maintenance et la gestion des matériels informatiques ;
- La mise en place des données et des logiciels permettant l'analyse et la surveillance du portefeuille ;
- La formation à l'utilisation des nouveaux logiciels métiers ;
- La centralisation et l'archivage de toutes les données numériques relatives aux activités de l'entreprise ;
- L'adaptation des outils informatiques à l'évolution de la technologie.

E- Les départements rattachés à la Direction Générale

Quatre (4) départements sont rattachés à la direction générale ce sont :

- Le département de contrôle de gestion ;
- Le département juridique et fiscalité ;
- Le département audit interne ;

- Le département de qualité.

1- Le département de contrôle de gestion

Le contrôle de gestion joue un rôle essentiel dans le pilotage d'une compagnie d'assurances. Le contrôle de gestion est une activité qui vise la maîtrise de la conduite raisonnable d'une compagnie en prévoyant les événements et en l'adaptant à l'évolution. Ce département définit les objectifs et met en place les moyens pour l'atteindre, puis compare les performances passées et futures, les objectifs en y apportant des améliorations. Il a pour mission de :

- Formaliser les objectifs et indicateurs de performance ;
- Produire les rapports de gestion et les tableaux de bord à partir de données provenant des services gestionnaires, pour aider à la prise de décision et contribuer à l'efficacité et l'efficience des processus de management ;
- Mesurer les activités, les produits, les coûts et les résultats.

2- Le département juridique et fiscalité

Le département juridique et fiscalité assure à NSIA Assurances Côte d'Ivoire les compétences qui touchent à la fois le domaine juridique et fiscal.

Dans le domaine juridique :

- Répondre aux questions de droit posées par les agents généraux ou les clients ;
- Assurer le secrétariat juridique lors du conseil d'administration ;
- Exercer un rôle de conseil juridique auprès des directions opérationnelles dans l'entreprise sur l'analyse et la prévention des risques à assurer, ou auprès des administrations fonctionnelles sur l'évolution ou l'adaptation des termes contractuels, la rédaction des documents d'information commerciale, le développement de nouveaux produits.

Dans le domaine fiscal, il a pour compétence de :

- Prendre en charge toute la problématique fiscale de l'entreprise ;
- Assister le directeur administratif et financier sur et les comptables sur tous les points de la fiscalité directe et indirecte (taxe sur le contrat d'assurance) ;
- Gérer les contentieux.

3- Le département audit interne

L'audit interne est une activité indépendante et objective qui permet de donner à une compagnie d'assurances une idée sur le degré de maîtrise de ses opérations et d'apporter

des conseils pour l'améliorer. L'audit interne porte sur l'ensemble des activités ou processus des directions opérationnelles de la NSIA Assurances et leurs départements. Il est exercé permanemment par les cadres de l'entreprise et prépare la compagnie à l'audit externe.

4- Le département qualité

Le département qualité a un rôle important en vue de la satisfaction du client. Il sert d'interface pour les différents acteurs du fonctionnement de l'entreprise. Il a pour mission de :

- Effectuer des études pour garantir la qualité du produit ;
- Mettre en place des plans d'actions auprès du personnel et les différents partenaires ;
- Assurer le suivi permanent de la mise en œuvre de la politique de l'entreprise ;
- Concevoir et mettre à jour le système de qualité ;
- Animer des séances de séminaire et de formation sur la qualité ;
- S'assurer du respect du manuel de processus de chaque direction et département ;
- Prendre en compte les objectifs de la Direction Générale.

Le but de sa mission est de veiller à la conservation du certificat. Car devons-nous le rappeler NSIA assurances Côte d'Ivoire est certifiée ISO 9001 depuis janvier 2009.

F- Les autres départements

Ces départements ne sont directement rattachés à aucune direction opérationnelle. Il s'agit des départements ci-dessous :

1- Le département technique, réassurance études et statistiques

Ce département a pour mission de mener des études en vue d'épauler les directions opérationnelles et assister la Direction Générale dans ses prises de décisions. Il a pour rôle :

- La rédaction des contrats d'assurances ;
- Le respect et l'application des traités de réassurance souscrits par la compagnie ;
- La surveillance du chiffre d'affaires et de la sinistralité du portefeuille à travers des tableaux de bord ;
- Mener des visites de risques avant la souscription des risques à capitaux importants ;
- Aider la Direction du Développement Commercial quant à la cotation des risques non prévus dans le manuel de souscription ;
- Mener des études relatives à la conception de nouveaux produits.

2- Le département des moyens généraux

Ce département est chargé de superviser :

- La gestion des stocks (consommables informatiques, fournitures de bureau et autres fournitures);
- L'achat et la mise à disposition des fournitures et matériels ;
- La gestion du parc automobile ;
- L'organisation des voyages et des missions.

3- Le département des ressources humaines

Le département des ressources humaines est chargé de la gestion du personnel de la compagnie. Il assure :

- Le recrutement du personnel ;
- La gestion du plan de carrière du personnel ;
- L'application et le respect de la législation du travail ;
- L'application du règlement intérieur de l'entreprise ;
- La liquidation des impôts sur le salaire et les cotisations sociales ;
- La gestion de la programmation du stage et le plan de formation du personnel ;
- La gestion des salaires et des indemnités du personnel ;
- La planification des congés.

SECTION 2 : LA DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

Le stage de fin de formation s'est tenu au siège de la compagnie NSIA Assurances Côte d'Ivoire sis à l'immeuble Manzi Rue A3, Angle avenue Noguès Abidjan Plateau. Conformément au chronogramme établi par le maître de stage, nous avons parcouru la Direction du Développement Commercial, la Direction Financière et Comptable avant de nous installer à la Direction des Prestations.

Paragraphe 1 : Les tâches effectuées à la Direction du Développement Commercial

Dans cette direction nous avons parcouru successivement la production automobile et Risques Divers.

A- La production automobile

Au département courtage, nous recevons les demandes de cotation automobile des différents courtiers de la part de leurs clients. Ces demandes nous parviennent par courriers ou par mail. Ces sont des fiches de proposition d'assurances préalablement transmises à ces intermédiaires. Elles sont dûment remplies par les clients et nous donnent toutes les informations sur les caractéristiques du risque et les différentes garanties sollicitées par ce

dernier. Les garanties devant être souscrite est la Responsabilité Civile (matérielle et corporelle) obligatoire. En plus de cette garantie, plusieurs garanties facultatives leur sont proposées. Ce sont : les garanties dommages, recours anticipé, incendie, bris de glace, vols des accessoires, vandalisme, sécurité routière. Lorsque nous recevons la proposition, nous établissons la cotation par le biais du système métier Production. Dans ce système, sont incorporés tous les éléments nécessaires à la tarification du risque automobile ainsi que les différentes garanties. Il suffit de renseigner les différentes rubriques pour que le logiciel nous donne la prime à payer. Cette cotation est transmise au courtier dans un délai maximum de quarante-huit (48) heures et mis à la disposition du client. Lorsque le client marque son accord, il paie la prime et le contrat prend effet. En retour nous mettons à sa disposition le contrat (les conditions générales et la condition particulière). En plus, nous avons appris à effectuer les opérations d'incorporation et de retrait de véhicule du portefeuille pour ce qui est des flottes automobiles.

B- La production Risques Divers

La dénomination Risques Divers regroupe la Multirisque Professionnelle, la Multirisque Habitation et l'Individuelle Accident. Pour ces contrats une fiche permettant d'identifier les caractéristiques du risque est remise aux prospects ou aux courtiers lorsque la demande de cotation est faite. La tarification pour ces risques se fait au cas par cas. Il faut avoir recours au manuel de souscription afin de mieux apprécier le risque en appliquant les garanties, les surprimes ou les exclusions afin de déterminer la prime TTC (Toute Taxe Comprise). Ces calculs sont faits par l'utilisation du logiciel métier et souvent à l'aide du tableau Excel pour dresser la liste des garanties et la prime à payer. Cette cotation est portée à la connaissance du client. Il peut l'accepter ou la décliner. En cas d'acceptation, il paye la prime afférente et son contrat est rédigé et lui est transmis.

Paragraphe 2 : Les tâches effectuées à la Direction des Prestations

À la Direction des Prestations, nous avons essentiellement fait l'ouverture des dossiers sinistres (A) et l'établissement des bons de prise en charge (B).

A- L'ouverture des dossiers sinistres

L'ouverture d'un dossier sinistre est faite suite à la déclaration de l'assuré. En effet, lorsque l'assuré vient déclarer son sinistre, nous mettons à la disposition de ce dernier des fiches de déclaration sinistre. Ces fiches de déclaration sont remplies par le déclarant lui-même suivant notre orientation. Une fois la fiche de déclaration remplie, nous procédons à la vérification du

contrat dans le système Mercure. Cette vérification permet de se rassurer de l'existence du contrat, le numéro de police, le numéro d'avenant et les sinistres antérieurs enregistrés sur la police. Après cette vérification, les conditions particulières sont imprimées afin d'impacter les garanties en jeu et évaluer le sinistre. Une fois le dossier ouvert, nous remplissons les formalités épistolaires (rédaction de l'accusé de réception, la réclamation des pièces, la mise en cause de la partie adverse dans le cadre de la Convention IRA).

B- L'établissement des bons de prise en charge

L'établissement des bons de prise en charge a pour but la réparation rapide du préjudice matériel. Il est destiné à couvrir les véhicules ayant les garanties dommages et les bris de glaces. Lorsque l'assuré a souscrit à ces garanties, un bon de prise en charge doit lui être fourni à la déclaration du sinistre afin de réparer son véhicule. Les bons sont faits séance tenante en présence du déclarant, le cas échéant dans un délai maximum de 24 heures. Pour les bons des véhicules bénéficiant de la garantie dommages, nous commençons des experts en automobiles afin d'évaluer les préjudices matériels subis par le véhicule. À l'ouverture du dossier, les dommages subis sont évalués à un montant inférieur ou égal à 6% de la valeur neuve du véhicule assuré pour la garantie dommages. Quant aux bris de glaces, le montant est estimé à 2% de la valeur neuve. Les réparations sont faites par des prestataires avec qui la compagnie signe des conventions de collaboration. Ce sont des garagistes, des concessionnaires, des vitriers.

En somme, le stage nous a permis de découvrir l'organisation et le fonctionnement d'une compagnie et confronter la théorie à la pratique afin d'être des techniciens chevronnés. Toutefois, il nous a été difficile d'avoir certaines informations relatives à l'entreprise, aux techniques utilisées et de pouvoir accéder au logiciel métier de la compagnie.

DEUXIÈME PARTIE : L'ANALYSE DU PROCESSUS D'INDEMNISATION DU PRÉJUDICE CORPOREL DES VICTIMES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION ROUTIÈRE : CAS DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE

Il existe deux (02) procédés d'indemnisation des victimes d'accident de la circulation routière : la voie judiciaire et notamment la voie amiable. Pour mieux nous imprégner de la réalité des entreprises d'assurances, nous nous intéresserons au règlement amiable car c'est le mode de règlement prédominant. Ainsi notre thème fait ressortir deux(02) grandes étapes :

- La mise en exécution du processus (chapitre 1) ;
- La proposition chiffrée (chapitre 2).

CHAPITRE 1 : LA MISE EN EXÉCUTION DU PROCESSUS

L'élément déclencheur du processus d'indemnisation est la déclaration du sinistre. Lorsque survient un sinistre, l'assuré doit en porter connaissance à son assureur. Conformément à l'article 12 alinéa 2 du code CIMA, l'assuré doit donner avis à l'assureur dès qu'il a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai est fixé contractuellement et ne peut être inférieur à 5 jours ouvrés. Pour mieux comprendre l'exécution du processus, il conviendra pour nous de traiter l'action des parties à l'offre de transaction (section 1) et l'instruction des dossiers corporels (section 2).

SECTION 1 : L'ACTION DES PARTIES À L'OFFRE DE TRANSACTION

En matière de responsabilité civile, le processus d'indemnisation est, en principe, déclenché par la réclamation de la victime (paragraphe1), après quoi le gestionnaire prestations peut procéder à l'ouverture du dossier (paragraphe2).

Paragraphe 1 : La demande de transaction amiable

Aux termes de l'article 51 du code CIMA, dans la mise en œuvre de la garantie en Responsabilité Civile, l'assureur est tenu à la suite du fait dommageable prévu au contrat. Mais à condition qu'il ait reçu une réclamation amiable ou judiciaire faite par l'assuré ou les tiers lésés. C'est ainsi que le département IARDT de NSIA Assurances Côte d'Ivoire reçoit les déclarations de sinistre en vue de la transaction amiable. Ces déclarations ou réclamations des clients lui parviennent par différents moyens qui sont : les courriers, les mails ou fax mais généralement par présence physique dans les locaux de la compagnie. Si des catégories de personnes peuvent être habilitées à faire la réclamation (A), elle peut aussi faire agir d'autres intervenants (B).

A- Les personnes habilitées à faire la demande de transaction

Toute personne ayant la capacité et l'intérêt pour agir peut faire la réclamation. Ces personnes peuvent être les victimes et leurs représentants tout comme les courtiers et les assureurs.

1- Les victimes et leurs représentants

Il faut distinguer deux sortes de victimes : les victimes directes et les victimes indirectes. En effet, il ressort de l'article 231, alinéa 7 du Règlement CIMA 2014² que la victime directe ou ses ayants droit ont la faculté de saisir l'assureur garant de la responsabilité civile du véhicule terrestre d'une demande motivée d'indemnisation. Ces victimes directes sont des personnes qui ont subi une atteinte à leur intégrité physique dont le conducteur d'un VTM assuré par une compagnie en est responsable. Ceux-ci peuvent être les passagers, les piétons, les cyclistes et les motocyclistes et même le conducteur adverse. Quant aux ayants droit (ascendants, conjoints, enfants, frères et sœurs de la victime), ce sont des personnes qui bénéficient des prestations à verser par l'assureur, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec la victime décédée. À ceux-ci il convient d'ajouter les représentants de la victime.

Pour sa réclamation à NSIA Assurances, la victime peut se faire représenter par d'autres personnes. Elle peut recourir aux cabinets d'avocats et huissiers de justice. Ces derniers agissent en qualité de mandataire de la victime. Ils portent à la connaissance de l'assureur le sinistre pour le déclenchement de l'offre de transaction et assistent la victime dans le déroulement du processus. Dans le cas où les victimes sont des mineurs ou des majeurs incapables la réclamation est adressée à l'assureur par leurs parents (père ou mère), à défaut leur tuteur ou leur représentant légal. Quid des intermédiaires et assureurs ?

2- Les intermédiaires et les assureurs

Les intermédiaires (agents généraux et courtiers) reçoivent des déclarations de sinistre de la part des assurés. Ces déclarations sont transmises à la direction des prestations en vue d'être traitées. Le cas échéant, l'assureur peut être directement informé de la survenance du sinistre à travers la mise cause de la partie adverse. En effet, dans le cadre de la Convention d'Indemnisation Rapide des Assurés (CIRA), NSIA reçoit des autres compagnies des mises en cause relatives aux sinistres provoqués par des véhicules assurés par ses soins. Ces mises en cause ont pour but de réclamer la réparation des dommages matériels subis par le véhicule assuré par la compagnie adverse. Cependant, dans le cas où ce sinistre a engendré des dommages corporels, NSIA ouvre un dossier à cet effet et informe l'intermédiaire de la non déclaration de ce sinistre. En plus de ces personnes, il y a d'autres intervenants dans la réclamation de la victime.

² Règlement 0002/CIMA/PCMA/PCE/2014 modifiant certaines dispositions du Code des Assurances relatives à l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation.

B- Les autres intervenants dans la réclamation de la victime

D'autres interventions en guise de réclamation peuvent être faites par les tiers payeurs et le bureau de la carte brune pour ce qui est des sinistres transfrontaliers.

1- Les tiers payeurs

Le tiers payeur est un organisme social, une personne physique ou morale qui effectue un paiement pour le compte d'une autre personne en vertu d'une obligation légale, contractuelle ou statutaire. Son paiement contribue à réparer le dommage corporel subi par la victime à la suite d'un accident de circulation. Après un accident de circulation occasionnant des dommages corporels, des victimes salariées peuvent bénéficier des prestations sociales mais également d'une indemnisation allouée par l'assureur pour la réparation des préjudices imputables à l'accident. Cependant le principe de réparation intégrale des préjudices signifie que la victime doit être indemnisée de tous ses préjudices effectivement subis, ni plus ni moins. Pour éviter une double indemnisation de la victime, l'article 254 du code CIMA accorde le droit aux tiers payeurs d'exercer un recours à l'encontre de l'assureur du conducteur responsable de l'accident. C'est généralement le cas dans les accidents de circulation routière qualifiée d'accident de trajet ou accident de travail. L'accident de trajet est un accident dont un travailleur est victime pendant le trajet d'aller et retour entre la résidence principale habituelle et le lieu de travail ou entre le lieu de travail et le restaurant ou le lieu où la victime prend habituellement son repas ou encore à l'occasion d'une mission. Après avoir réparé le préjudice corporel subi par les salariés victime d'accident, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) peut adresser une réclamation à la compagnie afin d'entrer en possession de ses débours. Cette réclamation porte sur les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et les indemnités journalières (indemnités temporaires) et se fait sur la base des justificatifs adressés à la compagnie d'assurances. L'article 255 du Code CIMA précise que dans tous les cas, le défaut de production des créances des tiers payeurs, dans un délai de six(6) mois entraîne la déchéance de leur droit à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage. Cette réclamation pour ce qui concerne les fonctionnaires militaires est faite par le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM).

En outre, cette réclamation peut être faite par un assureur. Lorsque survient un accident de la circulation routière entre plusieurs véhicules, l'assureur qui a pris l'initiative de l'offre de transaction règle le sinistre et adresse sa réclamation à l'assureur du conducteur responsable du sinistre conformément à l'article 271 du Code CIMA qui stipule que l'assureur

qui a versé les sommes dues à la victime ainsi qu'aux tiers-payeurs est subrogé dans les droits des personnes indemnisées à concurrence des paiements effectués.

2- L'intervention du Bureau National Ivoirien de la Carte Brune

Les pays de la CEDEAO dont la Côte d'Ivoire est membre, ont, dans le but de renforcer la libre circulation des personnes et des biens, mis en place le système de la Carte Brune pour la couverture et le règlement des sinistres transfrontaliers. Ces sinistres sont ceux qui surviennent hors du territoire ivoirien dans les pays limitrophes. En Côte d'Ivoire, le Bureau National Ivoirien (BNI) de la Carte Brune est logé dans les locaux de l'ASACI à Abidjan. En cas de sinistre dont un conducteur assuré à NSIA Assurances Côte d'Ivoire est responsable, la déclaration est faite auprès du bureau national du territoire où s'est produit l'accident (bureau gestionnaire). Ce dernier transmet la déclaration au BNI (bureau émetteur) qui avise la compagnie. Quant à la compagnie, elle se prononce sur la validité du contrat de son assuré via un courrier adressé au BNI. Les deux bureaux (le bureau émetteur et le bureau gestionnaire) servent d'intermédiaires entre les victimes de l'accident et l'assureur. Ils relayent les informations des parties et suivent minutieusement le processus de la survenance du sinistre jusqu'à l'indemnisation.

Comme nous le constatons, plusieurs possibilités sont offertes dans le cadre de la réclamation de la victime à l'assureur. Ces différentes possibilités peuvent s'analyser en une sorte de renforcement du droit à la réclamation des victimes afin de contacter avec diligence l'assureur en vue de la transaction amiable. Après quoi, l'assureur procède à l'ouverture du dossier de sinistre corporel.

Paragraphe 2 : L'ouverture du dossier de sinistre corporel

L'ouverture du dossier de sinistre corporel conduit l'assureur à adresser une offre de transaction à la victime. Cela requiert de sa part certaines mesures préalables nécessaires en vue de l'offre de transaction (A) afin de pouvoir gérer les dossiers de sinistres corporels (B)

A- Les mesures préalables à l'offre de transaction

Les mesures préalables prises par la compagnie en vue de faire l'offre de transaction sont relatives aux informations adressées aux victimes mais peuvent aussi s'étendre à la recherche de celles-ci.

1- Les informations nécessaires à l'offre de transaction

Le premier contact entre l'assureur et la victime ou les autres personnes habilitées pour la réclamation peut se faire par une rencontre physique ou à travers des échanges épistolaires.

Dans tous les cas, le gestionnaire prestations a l'obligation de donner les informations suivantes à la victime lors du premier échange. Ces informations sont relatives à la réclamation du procès-verbal de l'accident, le choix de l'assistance, et les pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

Il ressort de l'article 230 du code CIMA qu'un exemplaire du procès-verbal de tout accident de circulation doit être transmis à l'assureur par les officiers ou agents de police dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de l'accident. Mais dans la pratique, cette disposition n'est pas respectée par ces agents. C'est la raison pour laquelle, NSIA à l'instar de plusieurs autres compagnies demande à l'assuré ou à la victime de récupérer l'original du procès-verbal établi à l'occasion du sinistre auprès des autorités pour le lui transmettre. Cette mesure est prise dans le souci de répondre à la réclamation des victimes avec diligence.

S'agissant de l'assistance, le gestionnaire prestations en charge du dossier de la victime lui décline son identité. Puis lui rappelle conformément à l'article 232 du code CIMA qu'elle peut à son libre choix, et à ses propres frais, se faire assister par un conseil de son choix. Quant aux documents à fournir pour l'instruction du dossier, la liste est énumérée par les articles 240 et 241 du code CIMA. Dans la pratique, pour la constitution du dossier, les documents réclamés par le gestionnaire des prestations est listé comme suit :

➤ ***Pour les victimes blessées :***

- La carte nationale d'identité ;
- Le certificat médical initial ;
- Le certificat de guérison ;
- Les justificatifs des frais médicaux.

➤ ***Pour les victimes décédées***

- L'original de l'extrait de naissance ;
- Les six(6) derniers bulletins de salaires (si la victime est salariée) ;
- L'original de l'acte de décès ;
- L'original du certificat de genre de mort ;
- Les justificatifs des frais funéraires.

➤ ***Pour les ayants droit majeurs***

- Les originaux des certificats de vie ;
- La copie de la carte nationale d'identité ;
- Les originaux d'acte de naissance.

➤ ***Pour les ayants droit mineurs***

- Le certificat de vie et d'entretien ;

- Les originaux d'actes de naissance ;
- Le jugement d'hérédité non frappé d'appel.

Il convient de souligner que les documents, tels que réclamés par NSIA, ont l'avantage d'être plus synthétiques par rapport à ceux énumérés par le code. Ces documents permettent de mieux s'assurer de l'identité des victimes et des ayants droit. Et les différents échanges entre l'assuré et la victime se font essentiellement par écrit pour la matérialisation de la preuve. Dans le cas où la victime ne se présente pas pour la réclamation, la compagnie doit la rechercher.

2- La recherche des bénéficiaires de l'offre de transaction

Aux termes des dispositions de l'article 231 du code CIMA indépendamment de la réclamation que peut faire la victime, l'assureur d'un VTM est tenu de faire une offre d'indemnité aux victimes ou à ses ayants droit. Cela sous-entend que l'offre de transaction devient une créance que doit l'assureur à ceux-là qui en sont bénéficiaires. Par conséquent, il doit rechercher ces bénéficiaires. En effet, la recherche de la victime est faite à l'aide des informations recueillies sur le constat de police délivré à l'occasion de l'accident. En plus des circonstances détaillées de l'accident, le constat de police identifie les victimes de l'accident (nom, prénoms, adresse, domicile, profession et contacts).

En possession du constat de l'accident, NSIA se sert des informations qui y figurent pour contacter les victimes. D'abord, le gestionnaire prestations commence par expédier un courrier à l'adresse postale de la victime mentionnée sur le constat de police tout en y rappelant la date, le lieu et les circonstances de l'accident. Il lui demande de prendre contact avec la Direction des Prestations sise au siège de la compagnie afin de transiger avec elle. Ensuite, à défaut d'adresse postale, il peut contacter la victime par des appels téléphoniques. Le gestionnaire prestations lui fournit les informations nécessaires pour retrouver le siège de la compagnie notamment la Direction des Prestations. Enfin, le cas échéant, le contact avec l'assuré reste l'ultime recours pour contacter la victime. Quelques fois, le responsable de l'accident reste en contact avec la victime ou des membres de la famille de la victime. C'est ainsi que dans l'impossibilité de retrouver la victime, l'assuré devient le point de contact entre la compagnie et celle-ci. L'assureur adresse un courrier de relance à l'assuré ou l'appelle afin de le mettre en contact avec la victime. Mais il peut arriver que l'assuré soit introuvable. Nous sommes sans ignorer que l'assurance joue un rôle hautement social. Dans cet élan de socialité, la compagnie devrait pousser un peu plus loin la recherche des victimes. Ainsi, pour ces sinistres dont il reste difficile de trouver les victimes, la compagnie devrait émettre des

communiqués à la radio comme l'ont préconisé certains spécialistes du domaine des assurances. Il faut préciser que dès la première rencontre avec la victime le gestionnaire prestations l'informe des différents documents à fournir précédemment énumérés pour l'instruction du dossier. Il lui communique le nom et le contact du gestionnaire en charge du dossier et lui précise qu'elle peut éventuellement à son libre choix et ses frais, se faire assister par un conseil de son choix. Par ailleurs lorsque la victime est dans l'impossibilité de se soigner, elle adresse une demande d'offre provisionnelle. Ainsi la compagnie peut lui accorder une provision qu'elle déduira de son indemnité finale. Il faut noter que des efforts notables sont faits par la NSIA afin de pouvoir transiger avec les victimes et ayants droit et gérer le dossier.

Cependant, conformément à l'article 607 du Code CIMA, la compagnie peut également saisir le Fonds de Garantie Automobile (FGA) lorsqu'elle entend invoquer la nullité du contrat d'assurance, sa suspension ou la suspension de sa garantie, ou une non-assurance opposable à la victime.

B- Les modes de gestion des dossiers de sinistres corporels

Deux modes de gestion complémentaires sont utilisés : la gestion des dossiers physiques et la gestion informatisée.

1- La gestion des dossiers physiques

Le processus d'indemnisation démarre dès la déclaration du sinistre. NSIA Assurances met à la disposition des assurés un imprimé de fiche³ de déclaration de sinistre. Cet imprimé est une fiche recto verso qui retrace les informations liées aux véhicules en cause et leurs assurés. Il doit toujours être rempli par le conducteur du véhicule sinistré lui-même ou tout autre représentant. En aucun cas le gestionnaire prestations ne doit remplir cette fiche. Il doit juste assister et orienter le déclarant lors du remplissage. Lorsque ce dernier ne sait ni lire ni écrire, la fiche lui est remise. Il peut se faire assister par un membre de sa famille ou toute personne étrangère à la compagnie. Plusieurs rubriques figurent sur la fiche de déclaration. Ces informations sont nécessaires aux gestionnaires des prestations pour le bon traitement du dossier. On y trouve les rubriques suivantes :

- La date, l'heure et le lieu du sinistre ;
- L'identité de l'assuré (nom et prénoms, profession, adresse, contact) ;

³ Voir annexe 2

- L'identité du conducteur (nom et prénoms, âge, numéro du permis de conduire, catégorie, date et lieu de délivrance) ;
- Les caractéristiques du véhicule (marque, puissance fiscale, numéro d'immatriculation, usage du véhicule) ;
- La nature des dégâts (dégâts matériels à préciser ou dégâts corporels) ;
- Les circonstances détaillées de l'accident (consiste à faire un bref résumé des circonstances de l'accident et préciser s'il y a eu un constat de police ou un procès-verbal de gendarmerie à l'occasion du sinistre).

Une rubrique comportant les mêmes informations est réservée à la partie adverse. Après avoir recueilli ces informations, le gestionnaire sinistre réclame le permis de conduire, l'attestation d'assurance, la carte grise et le certificat de visite pour en faire des photocopies. La déclaration est validée avec le cachet du jour et enregistrée par l'assistante de direction comme courrier arrivé et retransmis au gestionnaire prestations qui passe à la phase d'ouverture dans la base de données informatique ou l'informatisation.

2- L'enregistrement informatique du dossier de sinistre

La NSIA dispose d'un logiciel métier qui comporte deux bases de données: une réservée à la production et l'autre aux prestations ou sinistres. La direction des prestations utilise la base de données des prestations mais a toujours recours à celle de la production pour vérifier des informations relatives à la souscription et à la validité du contrat. Le gestionnaire prestations enregistre les informations recueillies sur la fiche de déclaration dans le logiciel métier prestations. Le logiciel génère un numéro de dossier sinistre qui est composé de l'année, le point de vente, la branche et le nombre de sinistre enregistré dans cette branche (exemple : 2016 1144 212 0004). Puis il procède à la vérification du contrat dans le portefeuille à travers l'option Production du logiciel en renseignant le numéro d'immatriculation et la police. Il vérifie l'état de la prime, la couverture du risque et imprime les conditions particulières. Quand la garantie est acquise, le gestionnaire de prestation repart dans le logiciel prestation pour l'évaluation du sinistre à l'ouverture du dossier. Une particularité est à relever. Il s'agit de la mise en place d'un barème d'évaluation à l'ouverture du dossier. Ce travail est l'œuvre d'une équipe d'actuaire et de statisticiens qui s'est basée sur des déclarations de sinistre enregistrées sur une période de cinq (5) ans et les charges de ces sinistres afférentes à cette période. Cette étude permet à la compagnie de prévoir les Provisions pour Sinistres à Payer (PSAP) en fonction des garanties impactées pour une évaluation du sinistre à l'ouverture. Cette évaluation est imprimée sur la fiche d'information

sinistre qui résume les circonstances du sinistre. Puis le gestionnaire prestations procède à la mise sous-cote. La compagnie dispose de différentes couleurs de cote. Ces couleurs sont choisies en fonction des branches comme suit :

- Les cotes bleues pour les sinistres automobiles matériels ;
- Les cotes rouges pour les sinistres automobiles corporels ;
- Les cotes roses pour les multirisques (multirisque habitation, multirisque professionnelle, l'individuelle accident et les risques divers).

Toutes ces cotes sont bien renseignées. Elles donnent les informations nécessaires depuis la souscription de la police jusqu'à la survenance du sinistre. À l'intérieur de chaque cote se trouvent les six(6) sous chemises suivantes :

- Évaluation
- Pièces de règlements
- Correspondances
- Préjudice
- Conditions particulières
- Avis de sinistre

Les pièces constitutives d'un dossier sinistre sont soigneusement rangées à l'intérieur des sous chemises dans la cote. Le rangement se fait de façon chronologique dans les sous-chemises de sorte que la nouvelle pièce du dossier écrase l'ancienne.

Pour faciliter la compréhension du dossier sinistre, une fiche de synthèse est agrafée à l'intérieur de la cote.

SECTION 2 :L'INSTRUCTION DU DOSSIER DE SINISTRES CORPORELS

Une meilleure instruction des dossiers de la part de la compagnie passe par des étapes indispensables (paragraphe 1) qui peuvent soulever des problèmes relatifs aux délais (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les étapes indispensables à l'instruction du dossier

Ces étapes sont nécessairement la phase de réception des pièces réclamées (A) et l'expertise médicale (B).

A- La réception des pièces réclamées

Les pièces réclamées sont primordiales pour la gestion d'un dossier sinistre, notamment le constat de police. En effet, document établi par la police ou la gendarmerie

lorsqu'un accident de circulation routière entraîne des dégâts matériels et des dégâts corporels, il permet de retracer les circonstances de l'accident. Aussi détermine-t-il les responsabilités. Raison pour laquelle il doit être précis et complet afin de faciliter la compréhension des circonstances de l'accident au gestionnaire prestations. Toutefois, il est toujours important pour le gestionnaire prestation de faire son analyse personnelle du constat de police pour apporter ses appréciations personnelles dans le cas où le constat de police lui paraît ambigu. Quant aux autres pièces réclamées pour l'instruction du dossier, ils font l'objet d'une vérification par le gestionnaire. Cette vérification a pour but de s'assurer de la validité, et de l'authenticité de ces pièces.

B- Expertise médicale

L'expertise médicale est un acte réalisé par un médecin, expert médical. Il est destiné à mesurer les conséquences d'un dommage corporel subi par la victime d'un accident de la circulation routière. Le choix de l'expert médical obéit à certains critères. En effet, il ressort de l'article 272 du code CIMA que « le médecin ou l'expert technique désigné par l'assureur mandaté doit justifier soit de sa qualité judiciaire inscrit sur la liste établie à cet effet, soit de la possession des diplômes appropriés, soit de cinq années d'activité ininterrompue dans le domaine concerné ». Qu'en est-il de notre compagnie?

Le choix des experts médicaux qui interviennent dans le processus d'indemnisation est fait parmi ceux inscrits à l'Ordre National des Médecins de Côte d'Ivoire (ONMCI). L'ordre des médecins est constitué de médecins professionnels qui exercent légalement sur le territoire national ivoirien. Ces médecins sont expérimentés et justifient d'années d'expérience dans le domaine médical. La plupart des médecins choisis par la compagnie sont des professeurs titulaires affiliés à l'ONMCI. Le titre et les spécialités de ces médecins ainsi que l'hôpital où ils exercent, figurent sur l'entête des différents documents adressés à la compagnie ainsi que tous les échanges épistolaires. Dans la pratique, à NSIA lorsque survient un sinistre, à l'étape de l'expertise médicale, le gestionnaire de sinistre en charge du dossier adresse un courrier de demande d'expertise⁴ (désignation d'expert) à l'un des experts figurant sur la liste de convention. À ce courrier sont jointes les pièces ci-dessous :

- Une copie du certificat médical initial ;
- Une copie du certificat de prolongation, le cas échéant ;
- Une copie du certificat de guérison ;
- Une copie de la pièce d'identité.

⁴ Voir annexe

Par ailleurs, le gestionnaire de prestation informe la victime que conformément à l'article 244 du code CIMA, elle peut se faire assister à ses frais par un médecin de son choix. Ce courrier contient la date de l'expertise médicale, le lieu de l'expertise (centre médical, clinique ou CHU), l'identité et les références de l'expert afin de faciliter le contact entre la victime et ce dernier. Quant au médecin lui-même, il dispose en application de ce même code d'un délai de vingt(20) jours qui lui est imparti pour adresser à l'assureur un exemplaire de son rapport. Cette démarche de la compagnie a pour avantage d'instruire les deux parties pour qu'elles s'inscrivent dans le respect de la législation CIMA pour que cette étape de la procédure se fasse conformément à cette législation.

Paragraphe 2 : La problématique des délais

Selon l'article 231 du Code CIMA, l'assureur qui garantit la responsabilité d'un VTM est tenu de présenter dans un délai maximum de douze(12) mois à compter de l'accident une offre d'indemnité à la victime qui a subi une atteinte à sa personne. En cas de décès de la victime, l'offre est faite dans les huit(8) mois du décès. On peut aisément comprendre à la lecture de cet article que l'offre de transaction amiable peut se faire avant les différents délais mentionnés ci-dessus. En plus le code a prévu dans certains cas des délais de prorogation ou de suspension (article 247 à 253). Mais dans la pratique ces délais ne sont pas toujours respectés. Pour une bonne compréhension de cette situation, nous avons procédé à une analyse d'un échantillon de dossier (A) avant d'apporter quelques suggestions(B).

A- Analyse d'un échantillon de dossier

Tableau 5 : Tableau d'analyse d'échantillon de dossiers de sinistres corporels

N° ordre	N° Sinistre	Date de survenance	Date de déclaration	Nombre de victimes	Date de paiement du dossier	Durée de traitement du dossier
1	2011 5100 201 0196	06/07/2011	05/03/2012	1 décédé, 2 blessés	17/06/2014	27 mois 13 jours
2	2012 1038 202 0109	28/05/2012	05/07/2013	1 blessé	26/06/2014	11 mois 21 jours
3	2010 5100 201 0212	11/11/2010	25/11/2010	2 blessés	16/08/2013	32 mois 25 jours
4	2008 1002 202 0084	05/04/2008	05/04/2008	3 décédés, 15 blessés	15/04/2014	72 mois 10 jours
5	2012 1038 212 0056	23/08/2012	05/09/2012	1 blessé	03/07/2014	21 mois 28 jours
6	2013 1002 212 0193	23/07/2013	19/08/2013	1 blessé	07/07/2014	12 mois 12 jours

7	2016 5100 201 0012	15/02/2016	15/02/2016	2 blessés	EN ATTENTE	
8	2013 1002 212 0235	06/09/2013	17/10/2013	2 blessés	02/04/2015	16 mois 16 jours
9	2009 2160 202 0039	03/04/2009	04/09/2009	1 décédé, 17 blessés	24/10/2012	37 mois 20 jours
10	2014 1002 202 0069	17/02/2014	28/04/2014	1 blessé	06/08/2014	3 mois 09 jours
11	2011 1086 202 0038	06/09/2011	30/01/2013	1 décédé	10/12/2013	11 mois 10 jours
12	2014 2000 201 0049	23/03/2014	27/03/2014	1 décédé	24/07/2015	15 mois 28 jours
13	2013 2100 202 0072	19/11/2013	18/04/2014	1 blessé	23/06/2014	2 mois 06 jours
14	2013 1002 205 0148	03/05/2013	15/07/2013	1 blessé	13/06/2014	10 mois 28 jours
15	2012 1002 202 0218	09/11/2012	14/11/2012	1 décédé	02/10/2014	34 mois 19 jours

Source : Archives Prestations NSIA Assurances Côte d'Ivoire

L'analyse de ce tableau nous permet d'emblée de remarquer un écart entre la date de survenance du sinistre et celle de la déclaration. Cet écart est supérieur aux cinq(5) jours ouvrés énoncés par l'article 12 du code CIMA. Dans la plupart des cas, les déclarations tardives sont du fait des assurés ou des courtiers. Les assurés ignorent souvent les délais de déclaration du sinistre. Mais aussi, des sinistres peuvent se produire dans des endroits reculés. Ces zones sont inaccessibles aux agents de police ou de gendarmerie pour pouvoir établir un constat, document très important dans le processus.

À cela il faut ajouter le manque de moyens logistiques et de matériels bureautiques que clament souvent ces agents et le problème d'identification des victimes du l'absence de pièces justificatives d'identité. Cette situation entraîne l'impossibilité d'établissement du constat de police ou l'établissement tardif.

Quant aux courtiers, quelques-uns disposent d'un mandat de gestion sur un certains nombres de contrat dans le portefeuille de la compagnie. C'est dire qu'ils ont des assurés en commun. Lorsque survient un accident de circulation, ces assurés sont censés faire la déclaration du sinistre dans leurs locaux afin que ces courtiers transmettent cette déclaration à NSIA. Mais les dispositions de l'article 12 mentionnées ci-dessus relatives à la déclaration du sinistre ne sont pas toujours respectées. Généralement, c'est par le biais d'une mise en cause de la compagnie adverse, dans le cadre de l'application de la Convention IRA que NSIA a connaissance de la survenance du sinistre (illustration est faite par le dossier n° 2013 1002 212 0285 où la compagnie adverse adresse une mise en cause à NSIA).

L'intervention de la procédure judiciaire est aussi une cause du non-respect des délais. Les articles 240 et 241 du code énumèrent la liste des documents à fournir pour les ayants

droit mineurs tels que le jugement d'hérédité non frappé d'appel, l'extrait de naissance. À cette liste s'ajoutent dans certains cas les procurations, l'acte d'individualité (document à fournir en cas d'erreur sur le nom d'un ayant et qui sert à rectifier le nom de l'ayant droit). Dans nos administrations judiciaires, nous assistons souvent sans aucun pouvoir à une lenteur et une lourdeur de la procédure qui découragent souvent les victimes et amènent celles-ci à renoncer à l'établissement des pièces requises pour l'indemnisation et par ricochet à l'indemnisation elle-même ; d'où la prescription de certains dossiers après cinq(5) lorsqu'aucune action n'est menée par les victimes. Certes les délais de suspension sont prévus à l'article 249 du code CIMA en cas de communication tardive des documents justificatifs. Mais le processus demeure toujours fragile, parce que la durée d'attente des pièces requises est souvent trop longue et peut excéder les six (6) semaines prévues. Cette communication tardive est souvent le fait des discordes familiales nées des problèmes d'hérédité entre les ayants droit à la suite du décès des victimes.

Le processus est contraignant pour l'assureur en ce sens qu'il peut être sanctionné en cas d'une offre tardive de sa part ; ce qui n'est pas le cas pour les victimes. Aussi, faut-il souligner que le processus devient plus complexe lorsque les victimes et ayants droit sont de nationalité étrangère. En effet, il faut remonter l'information jusqu'à ceux-ci pour qu'ils fournissent les pièces constitutives du dossier de transaction. Et la transmission des pièces d'un État à un autre n'est toujours pas aisée car les victimes ou les ayants droit doivent faire face aux coûts que cela peut engendrer et mettre du temps.

Dans certains cas de victimes blessées, resurgit le problème lié à la consolidation de la victime. Pour la délivrance d'un certificat de guérison, il faut que la victime soit totalement guérie ou consolidée dans d'autres cas. Cependant en fonction de la gravité de l'accident de circulation, la consolidation de la victime n'est pas immédiate. Dès lors l'expertise médicale ne peut être faite afin de déterminer le taux d'IP, parce qu'elle n'est possible qu'après la consolidation effective de la victime. Puis, la quasi-totalité des médecins désignés résident dans les grandes villes plus précisément à Abidjan. Alors que le nombre d'assurés de la compagnie s'étend sur le territoire national ce qui entraîne un problème de déplacement pour les victimes.

B- Suggestions

Dès la première rencontre, le gestionnaire prestations remet la liste des documents à fournir pour l'instruction des dossiers. L'ensemble des pièces à fournir est réclamé par un

seul courrier. Alors que généralement les victimes transmettent des pièces incomplètes et tardent à apporter les documents additifs. Pour une meilleure gestion du processus dans la célérité, le gestionnaire de prestations devrait insister sur la nécessité d'avoir la totalité des pièces réclamées en un seul courrier. Par ailleurs des moyens pourraient être mis à la disposition des forces de l'ordre (police et gendarmerie) en les instruisant de la procédure d'indemnisation, car elles sont souvent les premières interlocutrices des victimes. Puis, celles-ci pourraient faire directement la déclaration aux compagnies impliquées dans le sinistre en attendant la déclaration de l'assuré ou la réclamation des tiers. Cela permettrait d'améliorer les délais de déclaration. Quant aux administrations, plus de diligence devrait leur être réclamée dans leur intervention dans le processus pour fournir les documents administratifs.

Pour ce qui est des victimes non joignables, la compagnie doit par le canal de la radio, faire des communiqués. Ces communiqués doivent être faits tant en français qu'en langues maternelles afin d'être accessibles à plusieurs personnes et augmenter la chance de les retrouver. Face au problème de consolidation des victimes, la compagnie doit accompagner ces dernières en mettant l'accent sur l'offre provisionnelle.

L'expertise médicale est une étape déterminante dans le processus de d'indemnisation. À cette étape, la victime devrait être avisée pour le choix de l'expert médical. Alors que le choix du médical préalablement fait par l'assureur parmi ceux liés à la compagnie par une convention. Ce qui laisse l'impression que l'expert médical lui est redevable d'une manière ou d'une autre et doit assurer la pérennité du contrat. Il pourrait minorer les taux d'incapacité qui sont la base du calcul du montant d'indemnisation à verser à la victime. Il y aurait ainsi un conflit d'intérêts. Et même si la possibilité d'assistance par un médecin et la possibilité de contestation sont offertes à la victime, rares sont celles qui font de cette possibilité une réalité. Les victimes sont souvent incapables de se faire traiter par leurs propres moyens a fortiori se faire assister par un conseil à leurs propres frais. En plus, une éventuelle contestation de sa part ne ferait que retarder le processus et l'empêcherait d'entrer en possession son indemnité le plus tôt possible. Sans vraiment être maître du processus d'indemnisation, la victime devrait être au centre de ce processus et associée ou consultée pour le choix de l'expert médical. Ou du moins, le choix de l'expert devrait être fait d'un commun accord entre la victime et l'assureur parmi ceux avec qui la compagnie a signé sa convention de collaboration. Cela éviterait sans doute les contestations relatives aux expertises médicales afin que les différents délais prévus pour le processus soient respectés mais aussi pour une indemnisation plus équitable.

En somme, le processus d'indemnisation fait intervenir plusieurs acteurs. Chaque acteur a un rôle important à y jouer. L'action des intervenants est encadrée par le code CIMA qui est plus contraignant pour l'assureur que les autres intervenants. La gestion du sinistre se fait au cas par cas et le manque de diligence fait que les délais sont difficiles à respecter. Ou bien serions-nous amenés à nous demander si les différents délais prescrits par le code sont trop brefs ou insuffisants.

CHAPITRE 2 : LA PROPOSITION CHIFFRÉE

La proposition chiffrée est l'étape à laquelle le montant de l'indemnité à percevoir par la victime est déterminé. Le gestionnaire prestations détermine ce montant en appliquant les techniques assurantielles relatives à l'indemnisation. Pour y arriver, il se base sur les différents chefs de préjudice résultant du rapport d'expertise médicale. Ces chefs de préjudices sont accompagnés de différents taux d'incapacité auxquels il fait l'application des tableaux correspondant définis par le code CIMA. Déterminons la proposition chiffrée de la transaction (section 1) avant de s'intéresser à l'acceptation de l'offre (section 2).

SECTION 1 : LA DÉTERMINATION DE LA PROPOSITION CHIFFRÉE

Pour faire la proposition chiffrée ou offre d'indemnisation, le gestionnaire prestations doit disposer de la liste et des taux des préjudices indemnissables (paragraphe 1) auxquels il applique la méthode d'évaluation conformément au code CIMA (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les préjudices indemnissables

Les préjudices indemnissables diffèrent selon les cas. Nous avons le cas des victimes blessées (A) et celui des victimes décédées (B).

A- Les préjudices indemnissables des victimes blessées

L'indemnisation est faite sur la base des chefs de préjudice et les taux d'Incapacité Permanente (IP) et d'autres préjudices que le médecin transmet au gestionnaire prestations auxquels s'ajoutent les frais médicaux à rembourser.

1- Les frais médicaux et pharmaceutiques

Le remboursement des frais médicaux est prévu à l'article 258 du code CIMA. Il s'agit des frais acquittés d'une part et des frais futurs d'autre part. Les frais acquittés sont remboursés sur présentation des justificatifs (ordonnances, reçus de pharmacie, bulletins d'examen). Quant aux frais futurs, ce sont des frais raisonnables et indispensables au maintien de l'état de santé de la victime. Ils font l'objet d'évaluation forfaitaire. Ce sont :

- Les frais de transport du lieu de l'accident à l'hôpital ;
- Les frais de déplacement de la victime de son domicile au lieu de traitement pour y recevoir des soins ;
- Les frais médicaux et frais d'actes chirurgicaux ;
- Les frais d'hospitalisation en clinique ou dans les hôpitaux généraux ;
- Les frais de rééducation.

Les frais médicaux ne sauraient excéder deux fois le tarif le plus élevés 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. En ce qui concerne les frais de traitement, ils sont remboursables sur justificatifs. Aussi faut-il préciser qu'il s'agit de traitement directement liés ou consécutifs à l'accident de circulation routière. Mais dans la pratique, certaines victimes y mettent souvent les frais de médicaments non consécutifs à l'accident. Pour éviter de faire des remboursements indus, le gestionnaire prestations doit faire une bonne analyse des justificatifs qui lui sont transmis afin d'exclure des justificatifs superflus ou qui ne sont pas réellement remboursables. Par moment, il peut avoir recours au médecin conseil.

Un autre souci est relatif aux justificatifs des frais de transport. Ces justificatifs peuvent être des tickets de transport de la victime d'une ville à une autre ou généralement des déplacements interurbains dans la ville d'Abidjan. Ces déplacements sont difficiles à prouver en raison de l'inexistence de titres de transport personnalisés pour en faire la preuve. Il est donc souvent difficile pour le gestionnaire prestations de prendre en compte ces genres de déplacements dans le montant de l'indemnisation car rien ne prouve que la victime s'est réellement déplacée et dans le but de son traitement. Cette situation embarrassante conduit les gestionnaires prestations à exclure certains titres de transport. Face à des pareilles situations, il serait idoine pour les deux parties de trouver un consensus afin de fixer un montant forfaitaire pour ces frais de déplacements.

2- L'Incapacité Temporaire de Travail (ITT)

L'ITT est une estimation, en nombre de jours, de l'état d'une personne ayant subi un dommage corporel et ne pouvant plus exercer d'activité professionnelle pendant une certaine période. En d'autres termes, elle correspond à la période d'indisponibilité pendant laquelle pour des raisons médicales certaines liées directement et exclusivement à l'accident, la victime n'a pu exercer l'activité habituelle qui lui procurait rémunération. La période d'ITT commence le jour de la survenance de l'accident de la circulation routière et prend fin à la stabilisation de l'état de la victime. Cette stabilisation peut entraîner une guérison totale ou une incapacité permanente de la victime. L'ITT varie selon la nature du dommage, la profession et la durée de traitement peut s'étendre sur une longue période. À l'analyse de certains dossiers, nous avons pu constater dans certains cas que la période d'ITT estimée par le médecin traitant est ramenée par l'expert médical à une période inférieure, réduisant le nombre de jours d'indisponibilité de la victime. Ce qui a pour conséquence de réduire le

montant d'indemnité à lui allouer. La médecine étant une science universelle, il serait nécessaire pour le médecin traitant et l'expert médical de s'accorder sur la méthode de détermination de ce préjudice afin d'obtenir une ITT identique pour une juste et équitable indemnisation de la victime.

La base de calcul est énoncée par l'article 259 du code CIMA. En effet, pour les personnes salariées, la base de calcul est le revenu net des six (6) derniers mois précédant l'accident. L'indemnité au titre de ce préjudice est plafonnée à six (6) fois le SMIG annuel. Elle sert à compenser le manque à gagner causé par l'accident. Les personnes non salariées disposant de revenus, sont indemnisées sur la base des déclarations fiscales des deux (2) dernières années précédant l'accident. Cette indemnité est plafonnée à six (6) fois le SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident, ou, s'il est plus élevé, pour le pays de l'espace CIMA où la victime a sa résidence habituelle. Quant aux personnes sans revenu, elle est déterminée sur la base du SMIG mensuel. Pour calculer l'ITT, on compare le SMIG mensuel et le salaire mensuel. On choisit le montant le plus élevé sans toutefois dépasser le plafond (six fois le SMIG annuel) que multiplie le nombre de jour d'indisponibilité, qu'on divise par 30. Il faut souligner que l'application de ce plafond est souvent source de lésion pour certains très hauts cadres dont la rémunération mensuelle excède le plafond mentionné ci-dessus.

$$\text{ITT} = \frac{\text{Salaire mensuel ou SMIG mensuel} \times \text{nombre de jours d'indisponibilité}}{30}$$

3- L'Incapacité Permanent Partielle (IPP) ou totale

L'IPP peut être définie comme l'atteinte à une ou des fonction(s) organique(s), intellectuelle(s) ou physique(s). Cette atteinte a pour conséquence la diminution partielle ou totale des mouvements, des performances physiques, intellectuelles ou psychiques de la victime. Pour calculer l'indemnité donnant droit à l'IPP, le gestionnaire prestations se sert du taux d'IP qui ressort du rapport de l'expertise médicale. Puis il utilise l'échelle de valeur de point d'IP qui détermine le pourcentage applicable en fonction des tranches d'âges des victimes blessées⁵. Le taux d'IP qui détermine le préjudice physiologique a pour corollaire d'attribuer le préjudice économique et le préjudice moral.

a- Le préjudice physiologique

Le taux du préjudice physiologique varie de 0 à 100%. L'indemnité au titre de ce préjudice est calculée comme suit :

⁵ Voir article 260 code CIMA

Valeur du point d'IP x SMIG annuel x nombre de point d'IP

100

Lorsque le taux d'IP est supérieur ou égal à 50%, il donne droit à une indemnisation au titre du préjudice économique.

b- Le préjudice économique

C'est une indemnité qui compense la perte de revenu de la victime suite à l'accident de la circulation routière. Ce préjudice est indemnisable que lorsque l'incapacité permanente de la victime atteint un taux supérieur ou égal à 50%. Il est calculé sur la base de la perte de revenu et du barème de capitalisation de rentes temporaires correspondant à l'âge et au sexe de la victime⁶. Le préjudice économique est plafonné à dix(10) fois le SMIG annuel. Le mode de calcul est le suivant :

Pour les salariés, en fonction de la perte réelle et justifiée du revenu. C'est-à-dire la différence entre le revenu mensuel avant l'accident et le revenu mensuel fixé après l'accident. Et lorsque du fait de la réduction de ces aptitudes physiques ou intellectuel suite à l'accident, la victime subit une baisse de salaire.

Préjudice économique = rentes temporaires x pertes de revenu

c- Le préjudice moral de la victime

C'est la douleur résultant de l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. L'indemnisation au titre du préjudice moral est allouée à une victime dont le taux d'incapacité est fixé au minimum à 80%. Il est plafonné à deux(2) fois le SMIG annuel.

En somme,

IPP= préjudice physiologique + préjudice économique + préjudice moral

4- Le pretium doloris

Préjudice indemnisable, le pretium doloris ou prix de la douleur est l'ensemble des souffrances tant physiques que morales subies par la victime jusqu'à sa consolidation. Les taux applicables pour ce préjudice sont fixés à l'article 262 du code suivant le pourcentage du SMIG applicable en fonction de l'appréciation de l'expert médical et varie de 5% à 300%⁷.

Pretium doloris = pourcentage correspondant x le SMIG annuel

⁶ Voir code CIMA 2014 Page 97

⁷ Voir article 262 Règlement 0002/CIMA/PCMA/PCE/2014, *op.cit.*

5- Le préjudice esthétique

Le préjudice esthétique est représenté par l'ensemble des disgrâces physiques et cicatrices ou déformations majeures imputables à l'accident et persistant après la consolidation de la victime. Il est indemnisé en application du barème établi par le code CIMA

6- Le préjudice de carrière

Le préjudice de carrière prend en compte le préjudice des gains professionnels futurs et le préjudice scolaire.

Selon l'article 263 du code CIMA, le préjudice de perte de gains professionnels s'entend de la perte de carrière subie par une personne déjà engagée dans la vie active. L'indemnité est limitée à six(6) fois le salaire mensuel calculés et plafonnés à trente-six(36) fois le SMIG annuel du pays de l'accident, ou s'il est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime a sa résidence habituelle.

Quant au préjudice scolaire (263-1) il s'entend de la perte de chance certaine d'une carrière à laquelle peut raisonnablement espérer un élève ou un étudiant de l'enseignement primaire, supérieur ou leur équivalent. L'indemnité à allouer est limitée à douze mois de bourse officielle de la catégorie correspondante. Ces deux indemnités ne peuvent être cumulées lorsque la victime est un étudiant déjà engagé dans la vie active.

7- L'assistance d'une tierce personne

C'est une indemnité allouée à une victime dont l'état nécessite une assistance d'un infirmier par exemple. Selon l'article 261, la victime n'a droit à une indemnité pour assistance d'une tierce personne qu'à condition que le taux d'incapacité permanente soit au moins égal 80% selon le barème indiqué à l'article 260. L'assistance doit faire l'objet d'une prescription médicale expresse confirmée par expertise. L'indemnité allouée à ce titre est plafonnée à 50% de l'indemnité pour l'incapacité permanente.

B- Les préjudices indemnifiables aux ayants droit de la victime décédée

Ce sont les frais funéraires, le préjudice économique et le préjudice moral.

1- Les frais funéraires

Les frais funéraires sont les dépenses effectuées par les parents de la victime décédée à l'occasion des obsèques. Selon l'article 264 les frais funéraires sont remboursés sur la présentation des pièces justificatives et dans la limite de deux (2) fois le SMIG annuel du pays

de l'accident ou s'il est élevé, ou, s'il est plus, du pays de l'espace CIMA où les funérailles ont lieu. Ce sont :

- Les frais de conservation à la morgue ;
- Les frais liés à l'inhumation (achat de tombe, transport de la dépouille mortelle).

2- Le préjudice économique

C'est le préjudice financier dont peuvent se prévaloir les personnes dont les moyens de subsistance dépendaient des ressources de la victime décédée. Il s'agit des personnes à l'égard desquelles la victime décédée était tenue d'une obligation alimentaire, en raison du caractère légal de cette obligation. Ce sont des conjoints, des enfants et des ascendants de la victime. L'article 265 dispose que « chaque enfant à charge, conjoint(e) ascendant en ligne directe de la victime recevra un capital au produit d'un pourcentage des revenus annuels, dûment prouvé du décédé, par la valeur du prix de un franc de rente correspondant à son âge, selon la table de conversion figurant en fin du présent Livre ». À défaut de revenus justifiés, le calcul du préjudice économique subi par les personnes précitées est effectué, dans les mêmes conditions, sur la base d'un revenu fictif correspondant à un SMIG annuel du pays de l'accident ou, s'il y est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime avait sa résidence habituelle. La capitalisation est limitée à vingt-cinq ans pour les enfants mineurs et les enfants majeurs, si ces derniers justifient de la poursuite d'études universitaires. La répartition du préjudice économique est faite conformément aux cinq clés de répartition⁸ selon le cas correspondant. Les quotités sont réparties entre les enfants à charge, les ascendants en ligne directe (père et mère) et les conjoints, d'une manière égale à l'intérieur de chacun des groupes de bénéficiaires. Dans le cas où une famille il y a à la fois des orphelins simples et des orphelins doubles, le tableau à retenir est celui des orphelins doubles. L'indemnité globale revenant aux ayants droit au titre du préjudice économique est plafonnée à quatre-vingt-cinq(85) fois le SMIG annuel de l'État membre sur le territoire duquel l'accident est survenu, ou, s'il est plus élevé, du pays de l'espace CIMA où la victime avait sa résidence habituelle.

3- Le préjudice moral

Le préjudice moral peut être défini comme la douleur ou la souffrance qui résulte de la perte de la victime en raison des liens qui unissaient aux ayants droit. Ce qui laisse présager que ce préjudice a un caractère purement subjectif. Et l'on pourrait dresser une liste non exhaustive des bénéficiaires au titre de préjudice si l'on prenait le cas d'une star, d'un artiste

⁸ Voir article 265 Règlement 0002/CIMA/PCMA/PCE/2014, *op.cit.*

comédien ou toute personne célèbre. Mais, la catégorie de personne pouvant bénéficier de ce préjudice a été déterminée par le code. Ainsi l'article 266 dispose : « Seul le préjudice moral du (des) conjoint(s), des enfants mineurs, des enfants majeurs, des ascendants et des frères et sœurs de la victime est indemnisé ». Le montant d'indemnité due à chacun de ces bénéficiaires est déterminé en fonction du pourcentage du SMIG annuel. La répartition se fait comme suit : 150% pour les conjoints, 100% pour les enfants mineurs. Quant aux enfants majeurs et aux ascendants, chacun d'eux bénéficie de 75% et 50% reviennent aux frères et sœurs de la victime décédée. En cas de pluralité d'épouses survivantes, le montant total des indemnités qui leur sont allouées au titre de leur préjudice moral ne peut excéder six(6) fois le SMIG annuel. Toutefois, les indemnités de l'ensemble des bénéficiaires donnent lieu à une réduction proportionnelle lorsque leur cumul dépasse vingt fois le SMIG annuel. Le SMIG est celui du pays sur le territoire duquel s'est produit l'accident, ou, s'il est plus élevé, pour le pays de l'espace CIMA où la victime avait sa résidence habituelle.

Paragraphe 2 : Application du calcul des préjudices indemnissables

Nous verrons successivement deux cas pratiques, illustrant l'un après l'autre le cas de victimes blessées (A) et celui des victimes décédées (B).

A- Cas des victimes blessées

Monsieur BOUBA 45ans est un cadre de banque dans une compagnie de la place à Daloa. Il est rémunéré à un salaire mensuel 2. 400.000 FCFA Suite à sortie de route d'un véhicule assuré par les soins de la compagnie Z Assurance, il est victime d'un accident de circulation routière. L'expertise médicale vous donne les informations suivantes : taux d'IP 81%, ITT : 4 mois, pretium doloris et préjudice esthétique très important. Après l'accident, ce dernier subit une perte de revenu estimée à 600.000 FCFA avec un SMIG mensuel de 60.000 FCFA. Les frais médicaux ont coûté 900.000 FCFA. Le médecin lui prescrit l'assistance d'une tierce personne. Quel est le montant d'indemnisation à verser à BOUBA ?

1° Calcul de l'IP

a) Préjudice physiologique

$$18\% \times 720.000 \times 81 = 10.497.600 \text{ FCFA}$$

b) Préjudice économique

$$8,861 \times 600.000 \times 12 = 63.799.200 \text{ FCFA}$$

Le plafond est $10 \times 720.000 = 7.200.000 \text{ FCFA}$. On retiendra au titre du préjudice économique $7.200.000 \text{ FCFA}$.

c) Préjudice moral de la victime

$$2 \times 720.000 = 1.440.000 \text{ FCFA}$$

Indemnité au titre de l'IP

$$10.749.600 \text{ FCFA} + 7.200.000 \text{ FCFA} + 1.440.000 \text{ FCFA} = \underline{19.389.600 \text{ FCFA}}$$

2° Calcul de l'ITT

Le plafond de l'indemnité mensuelle est : $6 \times 720.000 \text{ FCFA} = 4.320.000 \text{ FCFA}$. Le plafond étant supérieur au salaire mensuel, on retiendra pour le calcul de l'ITT le salaire mensuel

$$\text{ITT} = 2.400.000 \text{ FCFA} \times 4 = \underline{9.600.000 \text{ FCFA}}$$

3° Calcul du pretium doloris

$$150\% \times 720.000 \text{ FCFA} = \underline{1.080.000 \text{ FCFA}}$$

4° Calcul du préjudice esthétique

$$150\% \times 720.000 = \underline{1.080.000 \text{ FCFA}}$$

5° Calcul du préjudice de perte de carrière

$$\text{Le plafond est : } 36 \times 720.000 \text{ FCFA} = 25.920.000 \text{ FCFA}$$

Préjudice de perte de carrière est : $6 \times 2.400.000 \text{ FCFA} = \underline{14.400.000 \text{ FCFA}}$. On retiendra ce montant parce qu'il est inférieur au plafond.

6° Calcul du préjudice moral du conjoint

$$2 \times 720.000 \text{ FCFA} = \underline{1.440.000 \text{ FCFA}}$$

7° Frais médicaux

Les frais médicaux ont coûté 900.000 FCFA

8° Assistance d'une tierce personne

$$50 \% \times 19.389.600 \text{ FCFA} = 9.694.800 \text{ FCFA}$$

$$\text{Indemnité totale} = 19.389.600 \text{ FCFA} + 9.600.000 \text{ FCFA} + 1.080.000 \text{ FCFA} + 1.080.000 \text{ FCFA} + 14.400.000 \text{ FCFA} + 1.080.000 \text{ FCFA} + 900.000 \text{ FCFA} + 9.694.800 \text{ FCFA} = \underline{57.224.400 \text{ FCFA}}$$

B- Cas de victime décédée.

YOUL cadre informaticien bénéficiant d'un salaire mensuel de 1.700.000 FCFA décède suite à un accident de circulation. Et laisse ainsi dans le désarroi une famille dont nous avons reçu les informations suivantes père (Bob, 62 ans) et mère (Yaaba, 60 ans). Il laisse à sa suite une veuve âgée de 35 ans et des enfants poursuivant tous leurs études. James 21 ans est orphelin double et étudiant kelvin 19 ans, Roxane 10 ans et maxime 5 ans. Comment l'indemnisation de ses ayants droit se fera-t-elle ?

Les chefs de préjudices à indemniser sont : les frais médicaux, les préjudices économiques et les préjudices moraux.

1° Les frais funéraires

$$2 \times 720.000 \text{ FCFA} = 1.080.000 \text{ FCFA}$$

2° Les préjudices économiques

* La veuve

$$1.700.000 \text{ FCFA} \times 12 \times 40\% \times 11,917 = \underline{97.242.720 \text{ FCFA}}$$

* Les ascendants

Le père

$$5\% \times 17.000.000 \text{ FCFA} \times 12 \times 0 = 0 \text{ FCFA}$$

La mère

$$5\% \times 17.000.000 \text{ FCFA} \times 12 \times 0 = 0 \text{ FCFA}$$

* Le préjudice économique des enfants

$$\text{Base de calcul} : 1.700.000 \text{ FCFA} \times 12 \times 50\% = 10.200.000 \text{ FCFA}$$

$$\text{- James} : \frac{10.200.000 \text{ FCFA} \times 3,414}{4} = \underline{8.705.700 \text{ FCFA}}$$

$$\text{- Kelvin} : \frac{10.200.000 \text{ FCFA} \times 4,819}{4} = 12.288.450 \text{ FCFA}$$

$$\text{- Roxane} : \frac{10.200.000 \text{ FCFA} \times 7,676}{4} = 19.573.800 \text{ FCFA}$$

$$\text{-Maxime : } \frac{10.200.000 \text{ FCFA} \times 9.732}{4} = 24.816.600 \text{ FCFA}$$

Plafond préjudice économique est : $85 \times 720.000 \text{ FCFA} = 61.200.000 \text{ FCFA}$

Total préjudice économique est : $97.242.720 \text{ FCFA} + 8.705.700 \text{ FCFA} + 12.288.450 \text{ FCFA} + 19.573.800 \text{ FCFA} + 24.816.600 \text{ FCFA} = 162.627.270 \text{ FCFA}$. Le montant de l'indemnité étant supérieur au plafond, le gestionnaire de prestation procédera à une réductionnelle proportionnelle comme suit :

Plafond du préjudice économique x indemnité réelle due à chaque bénéficiaire

Montant total de l'indemnité réelle

$$\text{Veuve} = \frac{61.200.000 \text{ FCFA} \times 97.242.720 \text{ FCFA}}{162.627.270 \text{ FCFA}} = 36.594.444 \text{ FCFA}$$

$$\text{James} = \frac{61.200.000 \text{ FCFA} \times 8.705.700 \text{ FCFA}}{162.627.270 \text{ FCFA}} = 3.276.135 \text{ FCFA}$$

$$\text{Kelvin} = \frac{61.200.000 \text{ FCFA} \times 12.288.450 \text{ FCFA}}{162.627.270 \text{ FCFA}} = 4.624.397 \text{ FCFA}$$

$$\text{Roxane} = \frac{61.200.000 \text{ FCFA} \times 19.573.800 \text{ FCFA}}{162.627.270 \text{ FCFA}} = 7.366.025 \text{ FCFA}$$

$$\text{Maxime} = \frac{61.200.000 \text{ FCFA} \times 24.816.600 \text{ FCFA}}{162.627.270 \text{ FCFA}} = 9.338.999 \text{ FCFA}$$

3° Les préjudices moraux

Le plafond est : $6 \times 720.000 \text{ FCFA} = 4.320.000 \text{ FCFA}$

Les ascendants

Le père : $75\% \times 720.000 \text{ FCFA} = 540.000 \text{ FCFA}$

La mère : $75\% \times 720.000 \text{ FCFA} = 540.000 \text{ FCFA}$

La veuve : $150\% \times 720.000 \text{ FCFA} = 1.080.000 \text{ FCFA}$

Les enfants :

James : $75\% \times 720.000 \text{ FCFA} = 540.000 \text{ FCFA}$

Kelvin : $75\% \times 720.000 \text{ FCFA} = 540.000 \text{ FCFA}$

Roxane : $100\% \times 720.000 \text{ FCFA} = 720.000 \text{ FCFA}$

Maxime : $100\% \times 720.000 \text{ FCFA} = 720.000 \text{ FCFA}$

Totaux préjudices moraux : $540.000 \text{ FCFA} + 540.000 \text{ FCFA} + 1.080.000 \text{ FCFA} + 540.000 \text{ FCFA} + 540.000 \text{ FCFA} + 720.000 \text{ FCFA} + 720.000 \text{ FCFA} = 4.680.000 \text{ FCFA}$. Ce montant étant supérieur au plafond qui est de 4.320.000 FCFA, il faut procéder à la réduction proportionnelle.

Le père = $\frac{4.320.000 \text{ FCFA} \times 540.000 \text{ FCFA}}{4.680.000 \text{ FCFA}} = 498.462 \text{ FCFA}$

La mère = $\frac{4.320.000 \text{ FCFA} \times 540.000 \text{ FCFA}}{4.680.000 \text{ FCFA}} = 498.462 \text{ FCFA}$

La veuve = $\frac{4.320.000 \text{ FCFA} \times 1.080.000 \text{ FCFA}}{4.680.000 \text{ FCFA}} = 996.923 \text{ FCFA}$

James = $\frac{4.320.000 \text{ FCFA} \times 540.000 \text{ FCFA}}{4.680.000 \text{ FCFA}} = 498.462 \text{ FCFA}$

Kelvin = $\frac{4.320.000 \text{ FCFA} \times 540.000 \text{ FCFA}}{4.680.000 \text{ FCFA}} = 498.462 \text{ FCFA}$

Roxane = $\frac{4.320.000 \text{ FCFA} \times 720.000 \text{ FCFA}}{4.680.000 \text{ FCFA}} = 664.615 \text{ FCFA}$

Maxime = $\frac{4.320.000 \text{ FCFA} \times 720.000 \text{ FCFA}}{4.680.000 \text{ FCFA}} = 664.615 \text{ FCFA}$

Le chèque sera fait au nom de chaque bénéficiaire en prenant en compte la somme du montant du préjudice économique et moral qui lui revient.

SECTION 2 : L'ACCEPTATION DE L'OFFRE DE TRANSACTION

Lorsque l'offre de transaction est faite à la victime, elle peut se conclure par l'acceptation de la victime ou de ses ayants droit (paragraphe 1). C'est suite à cet accord que l'assureur procède au paiement de l'indemnisation (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'acceptation de l'offre d'indemnisation

Deux attitudes de la victime ou des représentants sont à attendre à la présentation de l'offre d'indemnisation. La victime peut refuser l'offre (A). Mais dans le cas où cette offre est acceptée, l'assureur procède à la matérialisation de l'accord de transaction(B).

A- Le refus de l'offre de transaction amiable

Plusieurs raisons peuvent expliquer le refus de l'offre de transaction. L'offre peut être refusée par la victime suite à une omission de la part du gestionnaire des prestations. Ainsi il arrive quelques rares fois qu'un chef de préjudice soit omis dans la prise en compte du calcul du montant de l'indemnité totale. Lorsque cette omission est constatée avant le règlement, la victime peut faire une simple réclamation verbale. Dans ce cas l'offre de transaction préalablement faite à la victime est annulée et le gestionnaire de prestation fait une nouvelle offre en y introduisant le préjudice omis.

Le refus de l'offre de transaction tire aussi sa source de la contestation de l'expertise médicale. Souvent, les victimes contestent les taux de préjudices retenus par les experts médicaux. Elles soutiennent que ces taux seraient minorés et ne correspondraient pas au taux d'incapacité dont elles souffrent réellement. Ces victimes sont dans leur droit de contestation. Cependant, elles ne proposent pas d'autres alternatives. Il est vrai que le code leur demande de se faire assister par un médecin ou un conseiller à leur propre frais mais la plupart de ces victimes méconnaît ou a du mal à comprendre le mécanisme du processus d'indemnisation. En outre, même si il y a quelques victimes qui connaissent ce processus, celles-ci n'ont pas toujours la capacité financière de demander une contre-expertise. Le prix de l'expertise médicale est fixé à cent mille francs (100.000 F CFA). Ce montant paraît élevé et hors de la portée des bourses des victimes.

Ce refus de l'offre de transaction est l'un des facteurs qui retardent voire bloquent même le processus. Et la raison en est que la victime ne propose pas une solution ou alternative afin de trouver une issue favorable pour faire avancer le processus d'indemnisation. Cette issue serait la contre-expertise qui peut confirmer ou infirmer les taux d'incapacité déterminés par l'expert médical. Dans certains cas, après avoir refusé l'offre de transaction et sans proposer une autre voie de compromis, les victimes ou les ayants droit saisissent la justice afin d'engager une procédure de règlement judiciaire. Mais avant d'arriver à la procédure judiciaire, lorsqu'un accord de transaction amiable est conclu, le gestionnaire de prestation procède à la matérialisation de cet accord.

B- La matérialisation de l'accord de transaction

« Scripta manent, verba volent », comme le dit la locution latine: « Seul l'écrit reste, la parole s'envole ». Ainsi pour des raisons de preuve, le gestionnaire prestations doit matérialiser l'accord de transaction. Pour ce faire le gestionnaire de prestation adresse un

courrier d'offre transactionnelle à la victime⁹. Cette offre transactionnelle d'indemnisation adressée à la victime se fait conformément aux taux de préjudice dressés par l'expert médical. Comme nous venons de le voir, la réparation de la victime se fait sur la base des éléments suivants :

- L'âge de la victime ;
- La responsabilité à la charge de la victime ;
- La responsabilité civile à la charge de la compagnie ;
- Le SMIG mensuel ;
- Le SMIG annuel ;
- Les données des tableaux relatifs aux barèmes d'indemnisation suivant la réglementation du code CIMA.

La compagnie fait preuve de clarté en dressant un tableau d'indemnisation. Ce tableau comprend les rubriques relatives au mode d'indemnisation¹⁰. Ce sont :

- Les chefs de préjudice.

Ils sont listés dans un tableau et référence est faite aux différents articles du code CIMA correspondant à ces préjudices.

- Les qualifications

Ce sont les taux d'IP contenus dans le rapport d'expertise médical et qui servent de base de calcul dans l'indemnisation.

- Le mode de calcul

Le gestionnaire prestation expose l'application numérique de la technique ou formule de calcul qui permet de déterminer le montant.

- Le montant de l'indemnité.

Cette colonne est réservée aux montants des différentes indemnités. Les montants sont exposés par chefs de préjudice et le cumul de ces montants est alloué au titre de l'indemnité, déduction faite éventuellement des offres provisionnelles et du recours des tiers payeurs.

Dans toute lettre d'offre transactionnelle doit figurer le contenu de l'article 235 du code CIMA en gras qui stipule : « **La victime ou le représentant peut par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dénoncer la transaction dans les quinze(15) jours de sa conclusion pour des motifs de non-respect du présent code. Toute clause de la transaction par laquelle la victime abandonne son droit de dénonciation est**

⁹ Voir annexe n°5

¹⁰ Voir annexe N°5

nulle ». Après la lecture de la lettre de transaction, lorsque la victime marque son consentement et y appose sa signature, la compagnie établit le procès-verbal de transaction.

Le procès-verbal de transaction ¹¹est un document très important. En effet, c'est ce document qui matérialise l'accord de transaction entre la NSIA et la victime ou son représentant. À travers ce document, les parties (assureurs et victimes ou représentant des victimes) décident de mettre fin au litige qui les oppose. Dans le procès-verbal, les parties sont identifiées aussi bien que le conducteur ainsi qu'un bref résumé des circonstances détaillées de l'accident relaté et y est mentionné le montant de réparation du préjudice subi par la victime. Établi en deux exemplaires et signé par l'assureur et la victime ou son représentant, le procès-verbal de transaction reprend les informations contenues dans la lettre d'offre transactionnelle d'indemnité. Après la signature du PV de transaction suit le paiement de l'indemnité dans un délai maximum d'un mois

Paragraphe 2 : Le paiement de l'indemnisation

Le paiement est l'acte par lequel un débiteur s'acquitte de sa dette envers son créancier. À NSIA, le paiement suit un circuit de règlement (A) qui est mis en place dans le but de la sécurisation du paiement (B).

A- Le circuit de règlement

Le circuit de règlement est l'ensemble des étapes par lesquelles le dossier corporel passe afin d'être réglé. À NSIA, il existe deux circuits de règlement des dossiers : le circuit des dossiers de moins d'un million (1.000.000 F CFA) et celui des dossiers qui excèdent ce montant. Lorsque le dossier de moins d'un million est bon à payer, le gestionnaire de prestation IARD procède à l'ordonnancement et à l'établissement du bordereau de règlement puis transmet le dossier au chef de département IARD pour vérification. Après avoir vérifié le traitement fait par ses collaborateurs, le chef de département analyse et signe le dossier pour l'intervention de la Directrice des Prestations.

Quant aux dossiers bons à payer dont le montant excède un million, le même processus de signature est complété par l'intervention du Directeur Technique puis la dernière intervention qui est celle de la Directrice Générale. Successivement, les différents intervenants vérifient la consistance du dossier. Cette procédure paraît longue mais elle a pour avantage de bien faire l'analyse des circonstances du sinistre à plusieurs niveaux pour s'assurer que le sinistre est effectivement du et est bon à payer. Cette vérification est plus stricte pour les sinistres Risques Divers et Multirisque Habitation. Par ailleurs, les prestations

¹¹ Voir annexe N°6

étant le service après-vente il est important que chaque responsable ait une idée de la sinistralité du portefeuille de la compagnie. Une spécificité à ce stade du processus est qu'il est inscrit dans un délai maximum de neuf (9) jours ouvrés.

Le Système Management Qualité(SMQ) veille au respect de ce délai. Ce système donne des délais plus brefs dans le traitement des dossiers et veille sur la qualité et la célérité dans le traitement des dossiers. Ce département joue un rôle important dans la conservation du certificat puisque la compagnie est certifiée ISO depuis 2009. Après l'analyse et la signature des dossiers, un bordereau est établi pour l'ensemble des dossiers ordonnancés et transmis à la comptabilité pour l'établissement des chèques.

Après l'établissement des chèques, ils sont récupérés par la direction des prestations et mis à la disposition des différents signataires qui sont : le directeur des prestations, le directeur commercial et marketing, le directeur général adjoint et la directrice générale. Après les différentes signatures, les différents parapheurs contenant les chèques sont retransmis à la direction des prestations pour l'établissement des quittances. Dès la réception des chèques signés, le gestionnaire prestations contacte le bénéficiaire pour la récupération de son chèque mais bien avant le gestionnaire s'assure de la sécurisation du paiement.

B- La sécurisation du paiement

Aux termes de l'article 236 du Code CIMA, le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois après l'expiration du délai de dénonciation de quinze(15) jours fixé à l'article 235 du Code CIMA. La compagnie prend des dispositions utiles pour effectuer un bon paiement. Des dispositions sont prises en ce sens selon que le paiement est fait à la victime ou aux ayants droit. Lorsque la victime est majeure, la compagnie exige que le paiement (la délivrance du chèque) se fasse à l'attention du bénéficiaire. Dans le cas où la victime est dans l'incapacité de se déplacer, elle peut se faire représenter à condition que ce représentant soit muni d'une procuration qui lui fait valoir son droit de représentation lors de la récupération du chèque. Quant aux mineurs et majeurs incapables ils doivent être représentés par leurs mère et père leur représentant légal.

À la délivrance du chèque, le gestionnaire de prestation se rassure de l'identité du la victime. Il est donc obligatoire qu'elle s'y présente munie de sa pièce nationale d'identité ou toute autre pièce correspondante pour la vérification d'identité. Après la vérification, le bénéficiaire marque son accord sur la quittance de règlement et la photocopie du chèque. À ces pièces, sont jointes la photocopie de la pièce d'identité puis insérées dans la sous chemise pièces de règlement du dossier. Le chèque est remis au bénéficiaire (victime ou ayants droit).

Le gestionnaire clôt le dossier de prestations, du moins pour ces victimes, et les dossiers sont rangés aux archives. Toutefois, ce dossier peut être rouvert pour une éventuelle réclamation. Certes, toutes ces mesures ont pour but de sécuriser le paiement car comme le dit l'adage « Qui paye mal paie deux fois ». Mais ces mesures pourraient être davantage renforcées par la compagnie en impliquant les comptables de la compagnie dans la remise des chèques. Car ceux-ci sont mieux habilités à effectuer le contrôle des pièces de paiement. Ils pourraient donc vérifier minutieusement ces pièces afin d'éviter le risque de mauvais paiement dans le cas de l'invalidité des pièces ou la tentative d'usage de fraude sur l'identité.

La proposition chiffrée faite par le gestionnaire prestations est la résultante de l'expertise médicale et l'application des dispositifs du code CIMA. Il revient à la compagnie de prendre les mesures nécessaires pour effectuer le bon paiement ; l'indemnité due au véritable bénéficiaire.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En définitive, l'accident de circulation routière a un coût énorme dans la société, notamment en Côte d'Ivoire. Il affecte le patrimoine des victimes par des pertes irréparables et leur cause des souffrances et des handicaps. Pour indemniser ces victimes, particulièrement ceux ayant subi un préjudice corporel, le code CIMA a édicté un cadre légal. Il a pour but d'améliorer la situation des victimes et accélérer le processus d'indemnisation. Cependant le processus d'indemnisation n'est pas figé et le contenu des dossiers d'indemnisation diffère les uns des autres en fonction des victimes et la qualité de certains ayants droit. Il fait intervenir plusieurs participants qui sont entre autres les victimes, leurs représentants ou leurs ayants droit, les experts médicaux, les médecins-conseils, les organismes de sécurité sociale et d'autres assureurs. La célérité du processus est liée à la diligence de ces différents intervenants à divers niveaux du processus. La déclaration du sinistre doit être faite dans les délais requis, tout comme la transmission du procès-verbal de l'accident. Cela permettrait à la compagnie dans le cas échéant de la réclamation de la victime, à les rechercher. Pour ce qui est de l'instruction des dossiers, des efforts devraient être consentis par chaque participant dans le sens de l'accélération du processus d'indemnisation, lorsqu'on a recours à des pièces justificatives à délivrer par la justice. Par ailleurs, étendre les sanctions aux différents intervenants permettrait une implication active de ceux-ci dans le processus. Aussi, appartient-il à chaque compagnie d'assurance de se donner les moyens internes afin que la célérité du processus d'indemnisation des victimes soit une réalité. Dans le cas de NSIA Assurances Côte d'Ivoire, le département SMQ en synergie avec la Direction des Prestations unissent leurs efforts pour un traitement le plus efficient possible des sinistres. Toutefois, les autorités devraient prendre des mesures en faveur de la formation des automobilistes et la sensibilisation des cyclistes et des piétons sur ce fléau que représente l'accident de la circulation routière.

BIBLIOGRAPHIE

I- Législations

Acte Uniforme OHADA relatif aux Sociétés Commerciales et au Groupement d'Intérêt Economique

Codes des Assurances de la CIMA 2014

Règlement N° 0002/CIMA/PCMA/PCE/2014 modifiant certaines dispositions du code des Assurances relatives à l'indemnisation des victimes d'accident de la circulation

II- Ouvrages généraux

Anne-Marie H. Assi- ESSO, Joseph Issa-SAYEGH, Jacqueline Lohoues- OBLE, *Droit des Assurances*, Bruyant Bruxelles, 2002,

Jérôme YEATMAN, *Manuel International des Assurances*, Economica, 1998

Zacharie YIGBEDEK, *L'assurance automobile théorie et pratique*, Les Presses Universitaires de Yaoundé, 3^{ème} édition, 2015

III- Revues

Annuaire des sociétés membres de la FANAF XXIIIème Édition 2016

Atlas Magazine n°129, mars 2016

Frédéric Grah MEL, *Une aventure dans l'assurance*, GAD Édition, 2015

L'assurance ivoirienne en 2015

IV- Cours

Edmond BOSSOU, *Assurance Automobile*, IIA Yaoundé, mai 2015

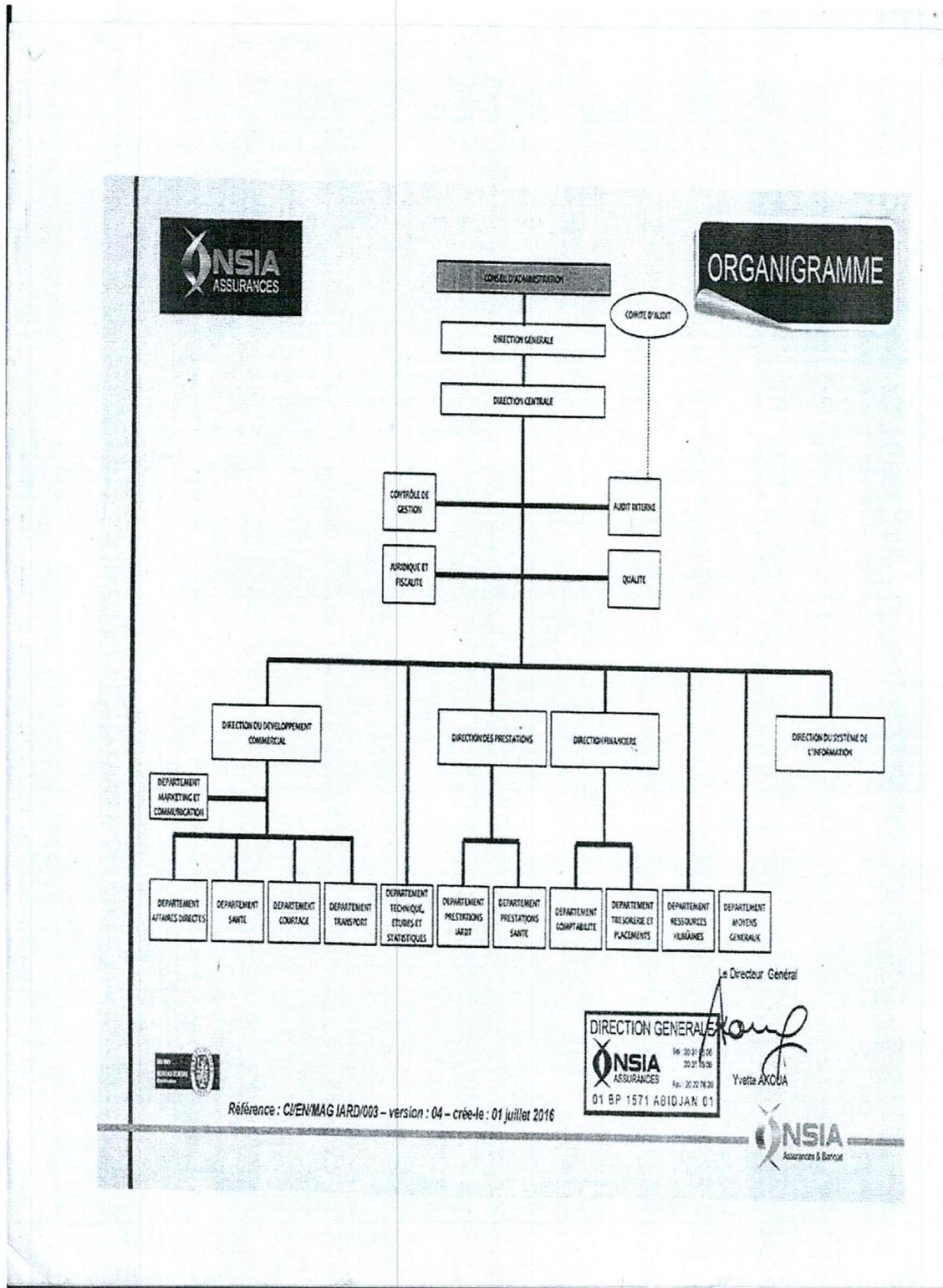
Eugène KOUADIO, *Généralités Bases Techniques*, IIA Yaoundé, mars 2015

V- Articles et séminaires

Séminaire FANAF /IIA, la réforme du système d'indemnisation du préjudice corporel du 08 au 12 septembre 2014

ANNEXES

Annexe N° 1 : Organigramme NSIA Assurances Côte d'Ivoire



Annexe N° 2 : Fiche de déclaration Sinistre automobile



MEFP N° DA 474 du 1er Avril 1980

**DECLARATION DE SINISTRE
AUTOMOBILE**

SINISTRE N° M ou C
du

POLICE N°
Sous-Catégorie.....

EVALUATION

Date : Heure : Lieu : Venant de
se dirigeant vers

VEHICULE A		ASSURE	TIERS	VEHICULE B	
Nom et Prénoms :			Nom et Prénoms :		
Profession :			Profession :		
Adresse :		Tél. :	Adresse :	Tél. :	
Nom du conducteur		Age	Nom du conducteur	Age	
Permis de conduire			Permis de conduire		
N°	Catégorie		N°	Catégorie	
Date et lieu de délivrance			Date et lieu de délivrance		
TAXIS			TAXIS		
Autorisation de conduire les véhicule de places N°			Autorisation de conduire les véhicule de places N°		
délivrée le à			délivrée le à		
Valable jusqu'au renouvelée le			Valable jusqu'au renouvelée le		
POIDS LOURS :			POIDS LOURS :		
Cat. "C" délivré le jusqu'au			Cat. "C" délivré le jusqu'au		
Cat. "D" délivré le jusqu'au			Cat. "D" délivré le jusqu'au		
Cat. "E" délivré le jusqu'au			Cat. "E" délivré le jusqu'au		
VEHICULE ASSURE			VEHICULE TIERS		
Marque	Puissance		Véhicule Marque	N°	
N° d'immatriculation			Assuré à		
Usage			Police N°		
Nature des dégâts			Nature des dégâts		
Visible à chez			Visible à chez		
PERSONNES BLESSEES					
Nom et Prénoms					
Adresse					
Nature des blessures					
Nom et Prénoms					
Adresse					
Nature des blessures					

TEMOINS (Préciser s'il s'agit d'un salarié ou d'une personne transportée.)

Noms et adresses des témoins

1
2
3

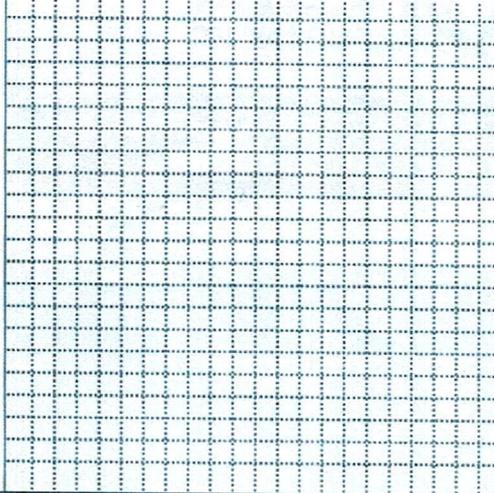
Y a t il eu rapport d'Agent?
ou PV de Gendarmerie de

N°



Société Anonyme au capital de F. CFA 2 525 610 000 entièrement libéré. Entreprise régie par le code des Assurances CIMA.
CI - ABJ - 1995 - B - 183349 - Compte Contribuable - 9507832 W - Siège Social : Immeuble Manzi, Angle Avenue Nogués
Rue A43 Plateau - 01 BP 1571 Abidjan 01 - Tél. : (225) 20 31 75 00 - 20 31 98 00 - Fax : (225) 20 22 76 20 / 20 33 25 79
Centre d'Impôts: D.G.E / Régime : Régime Normal - Site Web : www.groupensia.com - email : nsiaassurances@groupensia.com



Circonstances détaillées	PLAN
	
Date de la déclaration	Signature Assuré
PARTIE RÉSERVÉE A LA COMPAGNIE	
Police N° Avenant N° Date d'effet Date du paiement de la prime Immatriculation véhicule Usage	GARANTIES Accordées Responsabilité Civile RTI Incendie Vol Dommages Autres garanties Franchise
CORRESPONDANCE	
 www.groupensia.com	

Annexe n° 3 : Informations pour expertise médicale

Abidjan, le 2016

Monsieur/Madame
Contact

DIRECTION PRESTATIONS

Affaire suivie par M.

Tél :

N /RÉF :

ASSURÉ :

ACC du : 25/06/2015

V/RÉF : Votre demande de transaction amiable

Monsieur,

Nous revenons vers vous concernant le sinistre référencé en marge.

Conformément aux dispositions de l'article 244 du code CIMA, nous vous avisons de ce que le Professeur _____, Professeur en _____ (spécialité) au CHU de Treichville procédera à votre expertise médicale à nos frais.

Toujours selon les termes de 244 du Code CIMA, vous pouvez vous faire assister par un médecin de votre choix à vos frais.

Suivant les dispositions de l'article 232 du même code, vous pouvez également vous faire assister pendant cette transaction par le conseil de votre choix et à vos frais.

Enfin, le numéro de téléphone du Professeur étant + 225 _____, nous vous prions de prendre attache avec ce dernier dès la réception de la présente.

Veillez agréer, **Monsieur**, l'expression de nos sentiments distingués.

Direction prestations

Directeur Prestations

Annexe n°4 : Courrier de désignation d'expert

Abidjan, le

2016

Monsieur
Contact

DIRECTION PRESTATIONS

Affaire suivie par M.

Tél :

N /RÉF :

ACC du : 25/06/2015

Professeur,

Nous vous prions de bien vouloir procéder à l'expertise médicale de Monsieur victime d'un accident de circulation routière.

Nous vous adressons ci-joint :

- Une copie du certificat médical de constatation ;
- Une copie du certificat médical de guérison ;
- Une copie de la Carte Nationale d'Identité.

Selon l'article 244 dernier alinéa du code CIMA, la victime peut se faire assister à ses frais d'un médecin de son choix.

L'article 245 de ce même code, précise que le médecin dispose d'un délai de vingt (20) jours à compter de l'examen médical pour adresser un exemplaire de son rapport à l'assureur, à la victime et le cas échéant au médecin qui a assisté celle-ci.

Dans l'attente de vous lire,

Veuillez agréer, Professeur, l'expression de nos sentiments distingués.

Direction Prestations

Directeur Prestations

Annexe n°5 : Offre d'indemnité

Abidjan, le

2016

Monsieur

Contact

DIRECTIONS PRESTATIONS

Affaire suivie par M.

V/RÉF : Votre demande de transaction

N/RÉF : 2015 1002 212 0285

ACC : 03 /09/2015

OBJET : OFFRE D'INDEMNITÉ
TRANSACTIONNELLE(Blessé)

VICTIME

Monsieur,

Nous vous adressons ci-dessous notre proposition d'indemnité selon le rapport d'expertise du
Professeur dont copie jointe

La réparation de votre préjudice se fera sur les bases suivantes :

- ✓ Âge de la victime : :
- ✓ Responsabilité de la victime : 0%
- ✓ Responsabilité NSIA : 100%
- ✓ SMIG mensuel : 60 000 F CFA
- ✓ SMIG annuel : 720 000 F CFA

Poste préjudice	Qualification	Mode de calcul	Montant indemnité
Frais Médicaux	Certificats médicaux + ordonnances		
I.T.T Article 259	30 jours		
I.P.P Article 260	03%		
Préjudice économique Article 260	Nul		
Pretium Doloris Article 262	Leger		
Préjudice Esthétique Article 262	Leger		
TOTAL			
Provision à déduire			
Reste à payer			

Nous sommes disposés à vous verser la somme de **F CFA** dès la réception de votre lettre d'accord et après signature du procès-verbal de transaction.

Conformément à l'article 235 du Code CIMA : « **LA VICTIME PEUT PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC DEMANDE D'AVIS DE RÉCEPTION, DÉNONCER LA TRANSACTION DANS LES QUINZE (15) JOURS DE SA CONCLUSION. TOUTE CLAUSE DE TRANSACTION PAR LAQUELLE LA VICTIME ABANDONNE SON DROIT DE DÉNONCIATION EST NULLE** ».

Direction Prestations

Directeur Prestations

Annexe n°6 : Procès-verbal de transaction

PROCÈS-VERBAL DE TRANSACTION

(BLESSURES)

L'an deux mille seize

Et le.....

Il est convenu entre :

- La victime
Nom et Prénoms
Date et lieu de naissance
Carte d'identité N°
Profession
- Représentée par
- Et NSIA-ASSURANCES sise à l'avenue NOGUES RUE 6-ABIDJAN-PLATEAU
Représentée par : agissant en qualité de Directeur des
Prestations
- Et (le cas échéant, tiers disposant d'un recours)

Suite au sinistre survenu le _____ à _____ mettant en cause le
véhicule de marque _____ immatriculé _____ appartenant à _____ et assuré
par NSIA ASSURANCES sous la police N° _____ dont l'auteur
est :

Nom et Prénoms
Date et lieu de naissance
Domicile
Profession

Et arrêté c qui suit :

Les parties mettent fin au litige qui les oppose par le règlement par la compagnie
d'Assurances de la somme de _____ F CFA en réparation du préjudice subi par
la victime des suites du sinistre précité, sur les bases d'une responsabilité déterminée
comme suit :

- à la charge de la compagnie 100%
- à la charge de la victime 0%

Cette réparation est fixée compte tenu d'une demande de règlement amiable formulée par la
victime.

Montant de la réparation pour chaque chef de préjudice :

1° Frais médicaux (article 258) :

2° Incapacité Temporaire de Travail (article 259) :

3° Incapacité Permanente Partielle (article 260) :

4° Pretium Doloris (article 262) **MOYEN** :

5° Préjudice Esthétique (article 262) **MODÉRÉ** :

TOTAL :

Provisions

A) Pour les tiers disposant d'un recours :

B) Provision versée :

C) Autres :

SOLDE À VERSER :

Le versement du montant de réparation sera effectué par **chèque**, sous forme de capital unique d'un montant de :

F CFA

Conformément à l'article 235 du Code CIMA : « **LA VICTIME PEUT PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC DEMANDE D'AVIS DE RÉCEPTION, DÉNONCER LA TRANSACTION DANS LES QUINZE (15) JOURS DE SA CONCLUSION. TOUTE CLAUSE DE TRANSACTION PAR LAQUELLE LA VICTIME ABANDONNE SON DROIT DE DÉNONCIATION EST NULLE** ».

Et ont signé

Pour la victime
ASSURANCES

Pour la NSIA

Témoins traducteurs

(Éventuellement au cas où la victime ne sachant ni lire ni écrire le français)

(1) Témoins

(2) Témoins

Direction Prestations

Directeur Prestations

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES GRAPHIQUES	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SOMMAIRE	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE DU STAGE.....	4
CHAPITRE I : LA PRÉSENTATION DE LA NOUVELLE SOCIÉTÉ INTERAFRICAINE DES ASSURANCES	5
SECTION 1 : LES ÉTAPES LA CRÉATION DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE	5
Paragraphe 1 : La genèse de la NSIA Assurances de Côte d'Ivoire	5
A- La création de la NSIA	5
B - L'impulsion donnée par les AGCI	6
C- Mission et valeurs de la NSIA	6
1- Mission	6
2- Valeurs	7
Paragraphe 2 : La place de NSIA dans le marché des Assurances	7
A- La part de NSIA dans le marché ivoirien des assurances	7
B- Le réseau de distribution de NSIA Assurances	9
1- Les bureaux directs.....	9
2- Les agents généraux	10
3- Les courtiers	10
4- Les commerciaux	10
SECTION 2 : LA CONSTITUTION DE LA HOLDING (NSIA PARTICIPATIONS)	11
Paragraphe 1 : L'extension des activités de la NSIA.....	11
A- Dans le domaine des assurances	11
B- NSIA dans la bancassurance	12

C- Les activités hors banque et assurance.....	13
Paragraphe 2 : Les partenaires de NSIA	14
A- Les réassureurs de NSIA.....	14
B- Les actionnaires du Groupe NSIA	14
C- Les autres partenaires.....	15
CHAPITRE II : LA DESCRIPTION DU CADRE DU STAGE	16
SECTION 1 : L'ORGANIGRAMME DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE	16
Paragraphe 1 : Les organes de décision	16
A- Le Conseil d'Administration.....	16
B- La Direction Générale.....	17
Paragraphe 2 –Les directions et départements.....	18
A- La Direction du Développement Commercial et ses départements	18
1- Le département marketing et communication.....	18
2- Le département des affaires directes	18
3- Le département santé.....	18
4- Le département courtage	19
5- Le département transports	20
B- La Direction des Prestations	21
1- Le département des prestations IARDT	21
2- Le département des prestations santé	22
C- La Direction Financière et Comptabilité.....	23
1- Le département comptabilité.....	23
2- Le département de trésorerie et de placement	24
D- La Direction du Système de l'Informatique.....	24
E- Les départements rattachés à la Direction Générale	24
1- Le département de contrôle de gestion.....	25
2- Le département juridique et fiscalité.....	25
3- Le département audit interne.....	25
4- Le département qualité	26
F- Les autres départements	26
1- Le département technique, réassurance études et statistiques.....	26
2- Le département des moyens généraux	26
- La gestion des stocks (consommables informatiques, fournitures de bureau et autres fournitures);	27
3- Le département des ressources humaines.....	27

SECTION 2 : LA DESCRIPTION DES ACTIVITÉS.....	27
Paragraphe 1 : Les tâches effectuées à la Direction du Développement Commercial.....	27
A- La production automobile.....	27
B- La production Risques Divers.....	28
Paragraphe 2 : Les tâches effectuées à la Direction des Prestations.....	28
A- L'ouverture des dossiers sinistres.....	28
B- L'établissement des bons de prise en charge.....	29
DEUXIÈME PARTIE : L'ANALYSE DU PROCESSUS D'INDEMNISATION DU PRÉJUDICE CORPOREL DES VICTIMES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION ROUTIÈRE : CAS DE NSIA ASSURANCES CÔTE D'IVOIRE	30
CHAPITRE 1 : LA MISE EN EXÉCUTION DU PROCESSUS.....	31
SECTION 1 : L'ACTION DES PARTIES À L'OFFRE DE TRANSACTION.....	31
Paragraphe 1 : La demande de transaction amiable.....	31
A- Les personnes habilitées à faire la demande de transaction.....	31
1- Les victimes et leurs représentants.....	32
2- Les intermédiaires et les assureurs.....	32
B- Les autres intervenants dans la réclamation de la victime.....	33
1- Les tiers payeurs.....	33
2- L'intervention du Bureau National Ivoirien de la Carte Brune.....	34
Paragraphe 2 : L'ouverture du dossier de sinistre corporel	34
A- Les mesures préalables à l'offre de transaction	34
1- Les informations nécessaires à l'offre de transaction	34
2- La recherche des bénéficiaires de l'offre de transaction.....	36
B- Les modes de gestion des dossiers de sinistres corporels.....	37
1- La gestion des dossiers physiques.....	37
2- L'enregistrement informatique du dossier de sinistre.....	38
SECTION 2 :L'INSTRUCTION DU DOSSIER DE SINISTRES CORPORELS	39
Paragraphe 1 : Les étapes indispensables à l'instruction du dossier.....	39
A- La réception des pièces réclamées.....	39
B- Expertise médicale.....	40
Paragraphe 2 : La problématique des délais.....	41
A- Analyse d'un échantillon de dossier.....	41
B- Suggestions.....	43
CHAPITRE 2 : LA PROPOSITION CHIFFRÉE.....	46

SECTION 1 : LA DÉTERMINATION DE LA PROPOSITION CHIFFRÉE.....	46
Paragraphe 1 : Les préjudices indemnisables	46
A- Les préjudices indemnisables des victimes blessées	46
1- Les frais médicaux et pharmaceutiques	46
2- L'Incapacité Temporaire de Travail (ITT).....	47
3- L'Incapacité Permanent Partielle (IPP) ou totale	48
a- Le préjudice physiologique	48
b- Le préjudice économique.....	49
c- Le préjudice moral de la victime	49
4- Le pretium doloris	49
5- Le préjudice esthétique.....	50
6- Le préjudice de carrière.....	50
7- L'assistance d'une tierce personne.....	50
B- Les préjudices indemnisables aux ayants droit de la victime décédée	50
1- Les frais funéraires	50
2- Le préjudice économique	51
3- Le préjudice moral	51
Paragraphe 2 : Application du calcul des préjudices indemnisables	52
A- Cas des victimes blessées.....	52
B- Cas de victime décédée.....	54
SECTION 2 : L'ACCEPTATION DE L'OFFRE DE TRANSACTION.....	56
Paragraphe 1 : L'acceptation de l'offre d'indemnisation	56
A- Le refus de l'offre de transaction amiable	57
B- La matérialisation de l'accord de transaction	57
Paragraphe 2 : Le paiement de l'indemnisation.....	59
A- Le circuit de règlement	59
B- La sécurisation du paiement.....	60
CONCLUSION GÉNÉRALE	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	64
TABLE DES MATIÈRES	73

