

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D' ASSURANCES (CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)

B.P : 1575 - Tel : (237) 220.71.52 - FAX (237) 220.71.51

E-mail : iia@serveur.cm.refer.org

Yaoundé/Cameroun

CYCLE III / DESS-A

(Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurance)

XVI ème PROMOTION 2002/2004

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME :

CONCURRENCE ET SOUS-TARIFICATION DES RISQUES :
SOLUTIONS POUR ERADIQUER CE FLEAU DES MARCHES
D'ASSURANCES

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES
SPECIALISEES EN ASSURANCE

PRESENTE ET SOUTENU PAR :

M. OKEVAYI NGAYILA Symphorien

SOUS LA DIRECTION DE :

M. OKOGO ONTSUMA Bruno
Responsable du
Département Bureau
Direct ANG

OCTOBRE 2004

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D' ASSURANCES (CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)

B.P : 1575 - Tel : (237) 220.71.52 - FAX (237) 220.71.51

E-mail : iaa@serveur.cm.refer.org

Yaoundé/Cameroun

CYCLE III / DESS-A

(Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurance)

XVI ème PROMOTION 2002/2004

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME :

CONCURRENCE ET SOUS-TARIFICATION DES RISQUES :
SOLUTIONS POUR ERADIQUER CE FLEAU DES MARCHES
D'ASSURANCES

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES
SPECIALISEES EN ASSURANCE

PRESENTE ET SOUTENU PAR :

M. OKEVAYI NGAYILA Symphorien

SOUS LA DIRECTION DE :

M. OKOGO ONTSUMA Bruno
Responsable du
Département Bureau
Direct ANG

OCTOBRE 2004

REMERCIEMENTS

Ce travail a été rendu possible grâce au concours et au soutien de certaines personnes.

Je tiens à adresser mes remerciements à l'endroit de :

- César EKOMIE AFENE, Administrateur Directeur Général des Assurances Nouvelles du Gabon (ANG), pour m'avoir permis de passer ce stage au sein de l'entreprise dont il a la charge.
- Alfred YAMEOGO, Directeur Technico-Commercial pour avoir mis à ma disposition tous les moyens nécessaires à la réussite de ce stage.
- Bruno OKOGO ONTSUMA, Responsable du Département Bureau Direct, pour son assistance quotidienne et ses conseils pratiques.
- Tout le personnel des Assurances Nouvelles du Gabon (ANG) pour leur collaboration et leur disponibilité.
- La Direction Générale de l'Institut International des Assurances (IIA) et à tout le corps professoral.

AVANT-PROPOS

Le besoin d'assurance est universel chez l'homme. Il imprègne la vie moderne : le recours à l'assurance est devenu nécessaire, voire obligatoire pour exercer la plupart des activités de la vie courante ou professionnelle. De tout temps, l'homme a cherché à protéger sa personne et ses biens contre les aléas du sort.

Dès l'antiquité, apparaissent des institutions proches de l'assurance. Depuis le moyen âge, les règles de l'assurance maritime sont mises en place. Mais c'est surtout à partir du XIX^{ème} siècle que l'assurance moderne a pris son essor avec le développement progressif des principales branches d'assurances.

Le contrat d'assurance peut être définie comme un contrat synallagmatique, c'est-à-dire assorti des obligations réciproques où l'une des parties, l'assuré, s'oblige d'une manière certaine (paiement de la prime) et où l'autre partie, l'assureur, s'oblige d'une manière conditionnelle (service de la prestation sous condition qu'une éventualité énoncée dans le contrat se produise). C'est un contrat qui déplace le risque de l'assuré à l'assureur.

La détermination du prix à faire payer à chaque assuré pour que son risque particulier soit transféré à la mutualité gérée par l'assureur est une des tâches essentielles, d'où l'objet de notre étude.

Toutefois, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés :

- Au niveau de l'illustration de notre travail

Le caractère confidentiel des informations détenues par la CIMA ne nous a pas permis d'être en possession de données sur le marché de la CIMA concernant les cas de certaines pratiques de sous-tarifcation dans certains pays du marché, ayant entraîné la liquidation de compagnies.

- Au niveau des solutions

Le caractère confidentiel des stratégies adoptées par chaque entreprise ne nous permet pas de traiter d'un cas pratique.

Suite à ces difficultés, nous avons adopté une approche théorique qui pourra inspirer certaines compagnies du marché.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	1
AVANT-PROPOS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
PARTIE I – LA STRUCTURE DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE.....	7
CHAPITRE 1 – LE SECTEUR DE L'ASSURANCE.....	7
CHAPITRE 2 – LA CONCURRENCE DANS L'ESPACE CIMA.....	16
PARTIE II – LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES ET SES CONSEQUENCES.....	22
CHAPITRE 1 – LES MÉCANISMES DE L'ASSURANCE.....	22
CHAPITRE 2 – LES CAUSES DE LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES.....	44
CHAPITRE 3 – LES CONSÉQUENCES DE LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES.....	49
PARTIE III – LES SOLUTIONS ENVISAGÉES POUR ERADIQUER LA SOUS- TARIFICATION DES MARCHÉS D'ASSURANCES.....	55
CHAPITRE 1 – LE CONTRÔLE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES.....	55
CHAPITRE 2 – LES STRATÉGIES MISES EN ŒUVRE PAR LES COMPAGNIES D'ASSURANCES.....	59
CONCLUSION.....	71
ANNEXES.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	83
TABLE DES MATIÈRES.....	85

INTRODUCTION

La notion de concurrence possède un sens courant et une signification économique. Au sens courant, la concurrence correspond à une compétition, une confrontation entre plusieurs vendeurs (ou acheteurs) d'un même produit. Par extension, la concurrence désigne aussi les autres entreprises qui sont sur le même marché qu'une entreprise donnée.

Dans le sens économique, la concurrence désigne une structure de marché où les vendeurs et les acheteurs sont suffisamment nombreux pour qu'aucun ne puisse exercer une influence sur le prix, seuls les mécanismes du marché déterminent le prix d'équilibre qui s'impose donc à tous.

Il existe toutefois des degrés différents de concurrence.

La théorie néo-classique définit ainsi une concurrence pure et parfaite. La concurrence est qualifiée de « **pure** » si elle répond aux trois hypothèses suivantes :

- **Atomicité** : acheteurs et vendeurs sont nombreux au point que nul ne peut à lui seul influencer les prix des biens et services ;
- **Homogénéité** : les produits échangés sont strictement identiques et substituables (ils permettent de satisfaire un même besoin) les uns des autres ;
- **Libre entrée et sortie sur le marché** : il n'existe aucune entrave, aucune barrière à l'entrée ou à la sortie de nouvelles entreprises.

La concurrence est « **parfaite** » si deux hypothèses sont réunies :

- **Transparence** : l'information des agents économiques (en particulier sur la qualité des produits) est totale et accessible à tous les opérateurs ;
- **Mobilité des facteurs de production** : le travail et le capital doivent pouvoir s'orienter vers les emplois les plus rémunérateurs.
- **Indépendance des agents économiques** ;
- **Rationalité économique des opérateurs.**

Il s'agit donc d'un « **modèle** », d'une « **représentation** » de la réalité puisque ces sept hypothèses ne se trouvent que très rarement vérifiées simultanément. Lorsque l'une d'entre elles ne se vérifie pas, la concurrence est qualifiée d'« **imparfaite** ».

La concurrence ne passe toujours pas par les prix, car les entreprises cherchent à se démarquer les unes des autres en proposant des produits légèrement différents, par la qualité notamment : c'est la « **différenciation** »¹.

¹ J.Y CAPUL et O. GARNIER : Dictionnaire d'économie et de science sociales, Hatier, Paris, Avril 1999, p.240

La notion de marché contestable, plus récente, définit la concurrence par la liberté d'entrée et de sortie d'un marché. Ainsi, un marché est « **contestable** »² et donc la concurrence est sauvegardée, si l'entrée y est absolument libre et si la sortie est peu coûteuse. Cette théorie montre que la concurrence n'est pas forcément liée à un nombre important d'offreurs et de demandeurs. Il peut y avoir une très forte concurrence entre deux firmes seulement et la simple possibilité de nouveaux concurrents suffit à éviter une hausse des prix.

La demande représente la quantité de produits que les acheteurs sont prêts à acquérir pour un certain prix. Alors que l'offre, de son côté, représente la quantité de produits que les vendeurs souhaitent vendre à un prix donné.

La demande, l'offre et le prix d'un bien sont en effet liés. La loi de l'offre et de la demande correspond aux réactions opposées des vendeurs et des acheteurs lorsque les prix varient sur un marché. Ainsi, une baisse des prix conduit les acheteurs à accroître leur demande et les vendeurs à réduire leur offre. A l'inverse, une hausse des prix amène les vendeurs à offrir davantage alors que les acheteurs modèrent leur demande.

Industrie de la sécurité, l'activité d'assurance présente des particularités techniques marquées. Elle se distingue des autres activités par l'inversion du cycle de production : alors que dans une entreprise classique le prix de revient est connu avant que soit déterminé le prix de vente, une société d'assurances encaisse des cotisations (primes) avant de payer des sinistres dont le montant final est aléatoire. Ce décalage entre produits connus et charges aléatoires – qui fait des sociétés d'assurances des investisseurs institutionnels de premier plan – rend le résultat de leur activité incertain.

A cause de cette inversion du cycle de production, la fixation du prix de l'assurance (prime) devient une épreuve difficile. Pour cela, deux situations peuvent être possibles :

► Si l'assureur fixe un prix qui est supérieur au coût de la garantie. Il réalise donc un bénéfice qui peut être mis en réserve, et lui permettre d'honorer ses engagements, ou qui peut être distribué sous forme de dividendes aux actionnaires (sociétés par action) ou encore ristourné aux sociétaires (pour les mutuelles).

► Par contre, si le prix demandé est inférieur au coût du risque (sous-tarification), il s'ensuit une perte pour l'assureur qui devra la couvrir en opérant des prélèvements sur les réserves et majorer son tarif pour l'avenir. L'assureur ne pourra pas honorer ses engagements, c'est-à-dire indemniser les assurés en cas de sinistres, car les provisions constituées ne seront pas suffisantes. Cette situation entraînera des conséquences désastreuses pour la société, qui pourront aller jusqu'à la fermeture de l'entreprise (retrait d'agrément), d'où le terme de « **fléau** » pour les marchés d'assurances.

² Cette notion est due à l'économiste Américain BAUMOL au début des années 80.

Dans ces conditions déplorables, quelles mesures peuvent être prises pour éradiquer ce fléau qui peut devenir catastrophique pour les assurés, les entreprises d'assurances et le marché d'une manière générale ?

Pour répondre à cette interrogation, nous articulerons notre travail en trois parties.

Dans la première partie, nous illustrerons la structure du secteur des assurances dans le marché de l'espace CIMA.

Ensuite, nous parlerons dans la deuxième partie de la tarification des risques, la sous-tarification, ses causes et ses conséquences éventuelles sur les entreprises et le marché.

Enfin, nous traiterons dans la troisième et dernière partie, des solutions envisagées tant au niveau des pouvoirs publics (la CIMA) qu'au niveau des sociétés d'assurances elles-mêmes pour résoudre ce problème (phénomène) de sous-tarification.

PARTIE – I

LA STRUCTURE DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE

L'histoire nous enseigne que le développement de l'assurance maritime a favorisé l'essor du commerce. Les marins étaient en mesure de financer leurs expéditions grâce à l'existence de l'assurance.

D'une manière générale, tout progrès comporte une prise de risque qui sera mieux acceptée, voire rendue possible, s'il existe des mécanismes de compensation en cas d'échec.

Il est remarquable de constater que dans tous les pays « **en voie de développement** », notamment en Afrique, se fait jour un énorme besoin d'assurance.

Pour certaines activités, l'assurance est même indispensable : ainsi les entreprises qui veulent exporter ne peuvent le faire que grâce à des assurances spécifiques.

Cette première partie comprend deux chapitres : le secteur de l'assurance et la concurrence dans l'espace CIMA.

CHAPITRE I : LE SECTEUR DE L'ASSURANCE.

Le marché de l'assurance de la Cima représente un chiffre d'affaires estimé à environ 366.619 millions F.CFA en 2002, en légère augmentation par rapport à 2001, soit 329.325 millions F.CFA.

C'est un marché relativement étroit. Les souscriptions individuelles ne sont pas encore très nombreuses comparées aux souscriptions par contrat groupe.

Les compagnies d'assurances du marché présentent la même structure de portefeuille et offrent des produits similaires.

SECTION 1 : LES SEGMENTS DU MARCHÉ.

Les compagnies d'assurances exerçant leurs activités dans l'espace CIMA opèrent dans deux (2) secteurs principaux d'activités, à savoir : les assurances de dommages et les assurances de personnes (vie et capitalisation).

I. Les sociétés d'assurances de dommages.

L'assurance de dommages garantit l'assuré contre les conséquences d'un événement pouvant porter atteinte à son patrimoine. L'assurance de dommages est parfois désignée sous l'acronyme « **assurances IARD** », pour « **Incendie, Accidents et Risques divers** »³.

Les assurances de dommages se caractérisent par leur fonction qui est l'indemnisation des préjudices causés par un sinistre et la garantie due par l'assureur est donc limitée tant par ce fondement indemnitaire, que par la volonté des parties qui fixent les conditions du contrat.

En 2002, l'on dénombre soixante deux (62) compagnies d'assurances de dommages ayant exercé dans l'espace CIMA qui se répartissent par pays comme suit :

³ Jérôme YEATMAN : Manuel International de l'Assurance, Edition ECONOMICA, 1998, p. 120-137

Tableau n°1 : Nombre de sociétés d'assurances de dommages par pays en 2002.

Pays	Nombre de sociétés dommages
Bénin	5
Burkina	5
Cameroun	11
Centrafrique	1
Congo	1
Côte d'ivoire	15
Gabon	4
Guinée équatoriale	-
Mali	4
Niger	2
Sénégal	10
Tchad	-
Togo	4
Total	62

Source CIMA⁴.

En 2002, cette branche d'assurance a représenté une part de 80,54 % dans le chiffre d'affaires total du secteur, soit 295.262 millions FCFA (source CIMA). Cette part était de 79,51 % en 2001 et 79,30 en 2000, soit respectivement 261.836 millions FCFA et 236.514 millions FCFA. L'assurance de dommages reste prédominante sur le marché de la CIMA.

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

Branches	Part (%)	2000	Part (%)	2001	Part (%)	2002
Accidents & Maladie	20,79	49.161	22,30	58.388	21,42	63.236
Automobile	42,81	101.259	42,29	110.727	37,62	111.091
Incendie & dges ⁵ aux biens	15,93	37.679	13,98	36.610	15,08	44.518
RC générale	3,63	8.596	3,37	8.813	3,94	11.632
Transports aériens	2,60	6.158	3,50	9.169	5,75	16.992
Transports maritimes	8,83	20.887	9,86	25.819	10,58	31.228
Autres transports	1,24	2.925	1,30	3.408	1,59	4.682
Autres risques directs dges	3,69	8.736	3,40	8.900	3,54	10.464
Acceptations	0,47	1.113	0,00	2	0,48	1.419
Total	100	236.514	100	261.836	100	295.262

Source CIMA

L'assurance automobile reste prépondérante au cours de la période considérée même si sa part dans la production des assurances dommages du marché CIMA continue de baisser : 37,62 % en 2002 contre 42,29 % en 2001 et 42,81 % en 2000.

⁴ Rapport sur l'ensemble des marchés d'assurances de la CIMA, Exercice 2002, CIMA-Juillet 2004.

⁵ Dommages.

II. Les sociétés d'assurances de personnes.

Les assurances de personnes portent sur la vie, les rentes ainsi que les accidents et maladies.

Les assurances de personnes couvrent les risques susceptibles d'affecter la personne humaine de l'assuré, soit dans son existence (assurance sur la vie), soit dans son intégrité physique ou physiologique (assurances dommages corporels : accidents et maladie).

Les assurances de personnes se caractérisent par la détermination forfaitaire des sommes assurées qui sont fixées par le contrat ainsi que stipule clairement l'article 56 du code des assurances.

En 2002, l'on dénombre trente trois (33) compagnies vie et capitalisation qui sont réparties comme suit :

Tableau n°3 : Nombre des sociétés vie et capitalisation par pays en 2002.

Pays	Nombre de sociétés vie & capitalisation
Bénin	3
Burkina	3
Cameroun	5
Centrafrique	-
Congo	-
Côte d'ivoire	10
Gabon	2
Guinée équatoriale	-
Mali	1
Niger	1
Sénégal	5
Tchad	-
Togo	3
Total	33

Source CIMA.

Cette branche d'assurance a représenté en 2002, 19,46 % dans le chiffre d'affaires total du secteur, soit 71.356 millions F CFA. Cette part était de 20,49 % en 2001 et 20,70 % en 2000, soit respectivement 67.489 millions F CFA et 61.743 millions de FCFA.

**Tableau n°4 : Evolution du chiffre d'affaires vie & capitalisation par catégorie
(en millions de FCFA).**

Années Branches	2000		2001		2002	
	Montant	Part (%)	Montant	Part (%)	Montant	Part (%)
Grande branche	30.226	48,95	36.166	53,59	31.418	44,03
Collectives	13.142	21,29	11.005	16,31	16.451	23,05
Complémentaires	2.527	4,09	3.142	4,66	3.121	4,37
Autres risques	1.309	2,12	301	0,45	510	0,71
Capitalisation	14.213	23,02	16.521	24,48	19.407	27,20
Acceptations	326	0,53	354	0,52	448	0,63
Total	61.743	100	67.489	100	71.355	100

Source CIMA

Toutes les catégories vie et capitalisation ont connu une progression de leurs émissions en 2002, à l'exception de la grande branche et des assurances complémentaires dont les émissions ont progressé respectivement de 13,13 % et 0,67 % par rapport à 2001.

La catégorie « **grande branche** »⁶ reste dominante au cours de la période considérée, même si sa part dans le chiffre d'affaires total vie et capitalisation a régressé en passant de 53,59 % en 2001 à 44,03 % en 2002.

III. Les sociétés d'assurances mixtes.

Les sociétés mixtes sont les entreprises autorisées à pratiquer simultanément les assurances vie et capitalisation et les assurances de dommages.

L'on dénombre en 2002, neuf (9) sociétés mixtes exerçant dans l'espace CIMA et se répartissant ainsi :

Tableau n°4 : Nombre de sociétés d'assurances mixtes en 2002.

Pays	Nombre de sociétés mixtes
Bénin	-
Burkina	-
Cameroun	2
Centrafrique	1
Congo	1
Côte d'ivoire	-
Gabon	-
Guinée équatoriale	1
Mali	1
Niger	2
Sénégal	-
Tchad	1
Togo	-
Total	9

Source CIMA

⁶ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : Droit des assurances, Editions DALLOZ 2001, p.727.

Toutes les sociétés mixtes sont en voie de se conformer aux dispositions de l'article 326 du code des assurances qui prône la spécialisation des entreprises, puisqu'elles ne souscrivent plus de nouveaux contrats vie. Elles se contentent tout simplement de liquider les affaires en cours.

Il convient de signaler que les entreprises mixtes devaient procéder à la séparation des opérations IARD et vie depuis février 1998, fin de la période transitoire fixée par le code des assurances.

IV. Les sociétés de réassurance.

Enfin, on peut ajouter la « **réassurance** »⁷ ou « **l'assurance des assureurs** ». Cette activité permet, en effet, aux entreprises d'assurances d'assurer, auprès de sociétés de réassurance, tout ou partie des risques pour lesquels elles sont engagées auprès de leurs clients (assurés ou sociétaires). Ces contrats dits traités sont conclus pour une période annuelle qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre. Le réassureur apporte une sécurité financière à l'assureur. Ce dernier y trouve une certaine garantie pour augmenter ses capacités de souscription. C'est un moyen pour respecter ses engagements d'indemnisation vis-à-vis de l'assuré lorsque survient un sinistre puisqu'il a lui-même la possibilité de se faire rembourser par le réassureur une partie ou l'intégralité des sommes versées.

Cette combinaison de deux acteurs qui répartissent entre eux les risques garantis constitue donc un gage de sécurité pour l'assuré en maximisant les possibilités d'indemnisation en cas de sinistre, notamment lorsque leur fréquence d'apparition est importante ou concentrée dans le temps. On peut préciser qu'il s'agit d'une opération transparente pour l'assuré puisqu'il n'existe pas de lien contractuel entre lui et le réassureur.

Dans l'espace CIMA, il existe deux (2) principales compagnies de réassurance : l'AFRICARE (Société Africaine de Réassurance) et la CICA-RE (Compagnie des Etats membres de la Conférence Internationale des Contrôles d'assurance).

Les compagnies de l'espace CIMA travaillent le plus souvent avec des réassureurs mondiaux, à savoir : BEST-RE, SWISS-RE, SCOR, MUNICH-RE, ...

SECTION 2 : LES CANAUX DE DISTRIBUTION.

L'entreprise d'assurances émet un produit – la sécurité – qu'elle doit vendre.

Pour placer les contrats d'assurances auprès du public, il existe tout un réseau d'intermédiaires parfois appelés « **producteurs** »⁸ et dont les deux statuts fondamentaux sont ceux d'« **agents généraux** »⁹ et de « **courtiers** »¹⁰ d'assurances.

⁷ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : Droit des assurances, Editions DALLOZ 2001.

⁸ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : Droit des assurances, Editions DALLOZ 2001, p. 162-170.

⁹ Idem

Leur rôle auprès du public est important, et la jurisprudence contemporaine souligne leur obligation de conseil à l'égard de leurs clients.

De manière schématique, dans le marché de l'espace CIMA, il existe deux (2) grands modes de distribution des produits d'assurances : par les intermédiaires et par les guichets.

I. La distribution par les intermédiaires.

A. Les agences générales.

Il existe environ 211 agences générales dans l'espace Cima. L'agent général exerce ses activités soit avec un statut libéral (personne physique), soit en créant une société commerciale (personne morale). Une entreprise d'assurances le mandate pour distribuer sur un secteur géographique ou économique donné ses produits d'assurances. Les deux parties sont liées par un « **traité de nomination** »¹¹. L'entreprise lui apporte, également, un appui technique et commercial avec, dans certains cas, une aide financière destinée à financer l'accès à un portefeuille.

Bien que l'agent général d'assurances ne soit pas propriétaire de son portefeuille de contrats, il possède des droits de créances sur ses commissions qui représentent la valeur de cession du portefeuille. Ainsi, lorsqu'il cesse ses fonctions, la compagnie lui verse une indemnité compensatrice qui correspond au montant de ses droits de créances.

Son portefeuille de clients est, généralement, composé d'une clientèle de particuliers, de PME-PMI et TNS (Travailleurs Non Salariés : artisans, commerçants, professions libérales) avec, pour les produits commercialisés, une dominante en assurances dommages toutes clientèles confondues. Cependant, certains réseaux d'agents généraux sont spécialisés dans les opérations d'assurances de personnes (santé, vie).

Seul ou à la tête d'une petite équipe, c'est un chef d'entreprise qui dirige un centre de profits car les frais de fonctionnement et de gestion de l'agence, dont les salaires de ses collaborateurs éventuels, sont à sa charge.

B. Les cabinets de courtage d'assurances.

Le courtier est un commerçant inscrit au registre du commerce et des sociétés. Contrairement à l'agent général, le courtier est propriétaire d'un portefeuille de clients pour lesquels il recherche auprès des sociétés d'assurances (ou parfois avec celles-ci) le produit d'assurance qui apporte la réponse la plus adaptée en termes de prix et garanties.

Il conclut des accords avec les entreprises d'assurances qui résultent des négociations sur les prix, mais aussi sur les conditions de souscription, de suivi et de règlement des sinistres. Ces accords peuvent varier selon les compagnies, les types d'assurances et le montant du contrat.

¹⁰ Idem

¹¹ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : DROIT des assurances, Editions DALLOZ 2001, p.164.

Dans l'espace CIMA, on dénombre environ 171 cabinets de courtage. Le monde du courtage revêt un caractère particulièrement varié, allant du courtier individuel à des sociétés à dimension internationale comptant plusieurs milliers de salariés.

Tableau n°6 : Répartition des agences générales et cabinets de courtages par Pays en 2002.

Pays	Cabinets de courtage	Agences générales	Total intermédiaires
Bénin	6	28	34
Burkina	6	36	42
Cameroun	9	57	66
Centrafrique	2	-	2
Congo	11	-	11
Côte d'ivoire	27	16	43
Gabon	13	-	13
Guinée équatoriale	ND	ND	-
Mali	25	56	81
Niger	8	17	25
Sénégal	46	-	46
Tchad	1	1	2
Togo	18	-	18
Total	172	211	383

Source FANAF

C. Les producteurs salariés.

Certains assureurs ont choisi de faire proposer leurs contrats par des réseaux de vendeurs salariés. C'est le cas de beaucoup d'assureurs vie qui ont longtemps employé des démarcheurs « *tireurs de sonnettes* » pour vendre les contrats de l'ancienne branche populaire et qui ont renouvelé leurs équipes pour placer leurs produits plus modernes d'épargne et de placement.

II. La distribution par guichets.

Il s'agit principalement des guichets des sociétés d'assurances traditionnelles.

Ces locaux sont en général dénommés bureaux directs ou succursales dans les grandes villes. La part des affaires souscrites par le biais de ces guichets apparaît très faible.

Avec l'adoption du texte relatif à l'élargissement des canaux de distribution, nous observons la distribution par les guichets des établissements financiers (bancassurance) et les guichets de la poste.

SECTION III : UNE ACTIVITE AUXILLIAIRE DE L'ASSURANCE : L'EXPERTISE.

On dénombre, dans l'espace CIMA, plusieurs cabinets d'expertise en assurance. L'expertise recouvre des activités connexes et complémentaires de l'assurance qui se traduisent par des interventions significatives :

- ▶ En assurance de dommages (IARDT), notamment, pour les sinistres liés à l'habitation, l'automobile, les transports routiers, maritimes et aéronautiques, les BTP et l'ingénierie, l'industrie et les services, les risques agricoles, les objets de valeur, etc.
- ▶ Ou bien en assurance de personnes, en particulier dans le domaine de la santé (maladie, invalidité, décès).

Les experts d'assurance peuvent intervenir à la demande d'une entreprise d'assurances ou d'un assuré, avant ou après un sinistre.

Aussi ont-ils des missions qui, par exemple en assurance de dommages, vont de la définition de la valeur des biens à assurer jusqu'à l'estimation du montant des dommages occasionnés par un sinistre et la recherche des responsabilités engagés selon l'origine et les circonstances du sinistre.

La plupart des experts ont un statut libéral, mais la profession peut aussi s'exercer en qualité de salarié d'un cabinet d'expertise.

Le métier d'expert d'assurances fait appel à un niveau de qualification élevé et à des compétences techniques de haut niveau dans certains domaines d'expertise (ingénierie, architecture, médecine, etc.). Ces compétences sont souvent associées à des connaissances juridiques en assurance et droit civil, principalement.

L'expert d'assurance est un professionnel, il peut soit travailler pour le compte de compagnies d'assurances (dans le cadre d'évaluation de dommages suite à un sinistre par exemple), soit pour le compte des particuliers.

Dans un marché concurrentiel, les assurés ont tendance à sous-estimer ou à surestimer la valeur des biens à assurer, et les compagnies à sous-tarifier ces biens. Pour éviter cet état des choses, il faut recourir à une expertise pour déterminer la valeur exacte des biens proposés à l'assurance.

L'on distingue deux sortes d'expertise : l'expertise préventive et l'expertise après sinistre.

- L'expertise préventive a pour objet d'estimer la valeur des biens à garantir avant tout sinistre. Par exemple en expertise automobile, c'est la détermination de la valeur de remplacement d'un véhicule avant assurance.

- L'expertise après sinistre consiste en une estimation du montant des dommages, souvent accompagnée par une analyse des causes du sinistre. Le rôle de l'expert est de fournir des informations techniques à l'assureur pour la détermination de l'indemnité. Sa mission consiste donc à :

- identifier le bien endommagé ;
- décrire les dommages, en chiffrer le montant, évaluer le taux d'usure, la vétusté ;

La vétusté est fonction de l'âge et de l'état de l'objet endommagé. Il n'existe pas de barème légal en ce qui concerne les coefficients de vétusté.

Toutefois, des contrats comportent un barème contractuel pour fixer la vétusté applicable à certains biens (appareils électroménagers, audiovisuels,...)

- préconiser des mesures de conservation s'il y a lieu, (exemple : bâchage d'une toiture endommagée) ;
- dresser un rapport d'expertise.

CHAPITRE II : LA CONCURRENCE DANS L'ESPACE CIMA.

Le marché des assurances de la CIMA connaît actuellement des transformations profondes, résultant notamment du décloisonnement du secteur financier, de la mondialisation des échanges et de l'utilisation dans le secteur des assurances des nouvelles technologies de l'information et des communications.

SECTION 1 : LE DECLOISONNEMENT DU SECTEUR FINANCIER : UNE CONCURRENCE ACCRUE.

Le décloisonnement du secteur financier a déclenché une très vive concurrence sur le marché des assurances, qui prend plusieurs formes :

► Les différents intervenants financiers –assureurs ou autres- conçoivent et mettent sur le marché de nouveaux produits, qui entrent en concurrence les uns avec les autres, sur le marché des assurances comme sur les autres marchés financiers. C'est ainsi que les produits d'assurances les plus populaires, tels que les fonds distincts, placent les assureurs en concurrence directe avec les firmes spécialisées en fonds communs de placement. Pour les régimes enregistrés d'épargne retraite, les assureurs concurrencent les autres institutions financières, en particulier les banques et les coopératives.

► Pour certains de ces produits, les grandes banques du marché doivent conclure des alliances stratégiques leur permettant de réduire leurs coûts de production et ainsi être plus compétitives. Dans plusieurs cas, on doit assister même à la création de filiales communes afin d'effectuer les activités quotidiennes de soutien administratif.

► Face à ces produits qui entrent en concurrence les uns avec les autres, les consommateurs sont de plus en plus sensibles aux rendements offerts et plus généralement, aux différents choix qui sont maintenant à leur disposition. Les préférences des consommateurs en matière d'assurances ont ainsi considérablement évolué au cours des dernières années. Les polices traditionnelles, dont notamment les polices d'assurances vie dites « **entières** »¹², très populaires il y a vingt ans, se vendent maintenant beaucoup moins. Les consommateurs privilégient plutôt les produits d'assurances universelles comprenant une protection d'assurance et un rendement sur les sommes investies.

Les assureurs se sont, bien entendu, adaptés aux nouvelles conditions de la concurrence, nées du décloisonnement du secteur financier. La stratégie de placement des assureurs a évolué, ces derniers investissant dans de nouveaux véhicules de placement. En fait, les assureurs doivent actuellement constamment innover s'ils veulent demeurer concurrentiels et continuer à se développer.

¹² Jérôme YEATMAN : Manuel International de l'assurance, Editions ECONOMICA 1998, p. 148

SECTION 2 : LA MONDIALISATION DES MARCHES.

Dans le secteur financier, la mondialisation des marchés a entraîné une internationalisation des activités, qui répond à deux objectifs différents, de la part des institutions financières.

- ▶ Pour maintenir et accroître leur part de marché, les institutions financières cherchent à être présentes sur différents marchés nationaux.
- ▶ De plus, les institutions financières considèrent que la croissance de leur clientèle leur permettra de réaliser des économies d'échelle et de réduire ainsi le prix de revient de leurs différents produits, ce qui les rendra plus compétitives.

Cette mondialisation entraîne une concurrence entre certains pays qui souhaitent attirer des investisseurs étrangers en révisant leurs règles d'encadrement pour libéraliser le fonctionnement des institutions financières, tout en protégeant de façon adéquate les consommateurs de produits et services financiers.

La mondialisation accentue par ailleurs le phénomène des fusions acquisitions, qui concerne maintenant des institutions majeures.

SECTION 3 : L'INTRODUCTION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES.

S'ajoutant au décloisonnement du secteur financier et à la mondialisation, l'introduction des nouvelles technologies de l'information et des communications constitue un autre facteur important de changement pour le secteur des assurances. Très concrètement, le développement de la micro-informatique et le déploiement du réseau internet ont profondément transformé les façons de faire des institutions financières et des consommateurs.

En un temps relativement court, on a ainsi assisté à la généralisation des guichets automatiques et à la modification de la nature des services offerts à la clientèle. Le traitement des réclamations peut être effectué beaucoup plus rapidement qu'auparavant, grâce à la micro-informatique. Il est possible d'obtenir un prêt d'une institution financière en quelques heures. Grâce au développement du commerce électronique, les particuliers peuvent acquérir directement des valeurs mobilières.

Plus spécialement, dans le secteur des assurances, il est maintenant possible à un client d'obtenir en quelques minutes la tarification proposée par plusieurs compagnies, pour un même produit. Un nombre croissant de consommateurs est en mesure d'effectuer leurs propres comparaisons de prix, pour les différents produits proposés par les fournisseurs présents sur le marché.

L'introduction de ces nouvelles technologies dans le secteur de l'assurance permet ainsi de réaliser d'importants gains de productivité. Elle accentue en même temps la compétitivité sur le marché, en donnant aux clients des moyens d'information et de décision qui ne leur étaient pas disponibles il y a moins de dix ans.

SECTION IV : LES STRUCTURES DES MARCHES DE LA CIMA.

La taille de l'entreprise est déterminée par la structure des marchés sur lesquels s'échangent les biens et les services. On distingue deux grands types de marchés, celui de la concurrence pure et parfaite et celui de la concurrence imparfaite. Dans cette dernière catégorie, on distinguera différents marchés : celui du monopole pure, celui de la concurrence oligopolistique et, enfin, les marchés contestables.

A l'exception des marchés contestables, les différentes structures de marché sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Offre \ Demande	Unité	Petit nombre	Multiplicité
Unité	Monopole bilatéral	Monopsonne contrarié	Monopsonne
Petit nombre	Monopole contrarié	Oligopole bilatéral	Oligopsonne
Multiplicité	Monopole	Oligopole	Concurrence parfaite

I. Le marché de la concurrence pure et parfaite.

Le premier marché, celui de la concurrence pure et parfaite, fonctionne selon un certain nombre d'hypothèses qui, dans la réalité, ne sont pas toujours réunies (voir tableau). En situation de concurrence, les entreprises ne sont pas en position d'imposer leurs prix, elles prennent les prix qui sont fixés par le marché.

Dans l'espace CIMA, cette situation de concurrence pure et parfaite peut être observée sur les marchés de la Côte d'Ivoire (25 compagnies d'assurances), du Cameroun (18 compagnies d'assurances) et du Sénégal (15 compagnies d'assurances) qui comptent de nombreux offreurs et une demande accrue du fait de la forte population qui composent ces pays.

Paradoxalement, cette situation de concurrence pure et parfaite ne peut être atteinte dans la réalité, si ce n'est sur des marchés très spécifiques où un très grand nombre de conditions sont remplies et se rapprochant des hypothèses du modèle théorique (atomicité, homogénéité, liberté d'entrée et de sortie sur le marché, transparence, mobilité des facteurs de production, ...).

Il existe de très fortes asymétries en termes d'information et de pouvoir entre les agents économiques. La coalition de certaines compagnies et le rôle de l'Etat

dans le secteur des assurances concourent à limiter la fluidité des marchés et le rôle régulateur des prix : code CIMA, tarifs minimums en automobile, ... Toutefois, les vertus de la concurrence (baisse des prix, accroissement de l'offre, amélioration du bien-être des agents économiques) sont telles que les gouvernements cherchent à créer les conditions les plus favorables au développement d'un environnement concurrentiel, notamment en adoptant des mesures favorisant la libre entrée et sortie et contestant les situations acquises (déréglementation de certaines activités, réduction des barrières douanières, limitation des subventions).

II. Les marchés de la concurrence imparfaite.

Le second type de marché, celui de la concurrence imparfaite, se caractérise par l'absence d'atomicité de l'offre et de la demande ; on ne trouve plus qu'un petit nombre d'offreurs et parfois de demandeurs sur ces marchés où règne alors une situation de monopole ou d'oligopole. Le tableau ci-dessus présente les différentes structures de marché avec huit cas de marché de concurrence imparfaite et un seul cas de concurrence parfaite.

A. Le monopole (et le monopsonne).

1. Le monopole.

La concurrence imparfaite peut tout d'abord se caractériser par la position de monopole de l'entreprise. L'entreprise en position de monopole est le seul vendeur face à une multitude d'acheteurs auxquels elle vend un produit ou un service qu'elle est la seule à produire et pour lequel il n'existe pas de substitut. Dans ce cas, la demande du marché se confond avec la demande qui est faite à l'entreprise. L'entreprise comme seul offreur, à la liberté de fixer le prix et donc de déterminer la quantité qui sera offerte sur le marché.

Dans le marché de la CIMA, cette situation de monopole est observée sur les marchés de la Guinée Equatoriale et du Tchad, avec chacun une entreprise d'assurance recensée en 2002.

2. Le monopsonne.

Lorsque l'entreprise est le seul acheteur en présence de plusieurs vendeurs, on se trouve en situation de monopsonne. Cette situation est absente des marchés de la CIMA.

B. L'oligopole (et l'oligopsonne).

1. L'oligopole.

L'oligopole réunit quelques offreurs face à une grande quantité d'acheteurs. C'est une forme d'organisation très répandue sur de nombreux marchés d'assurances de l'espace CIMA (Gabon, Mali, Congo, Niger, ...).

Une situation d'oligopole apparaît lorsque le nombre d'entreprises vendeuses est tel que chacune doit prendre en considération les comportements des autres pour déterminer sa politique de prix (tarif). Les tarifs de chaque entreprise ne dépendent pas de sa seule décision mais aussi de celle de ses concurrents. Dans ces conditions, en situation oligopolistique, les entreprises cherchent à maximiser le profit collectif, chaque entreprise s'efforçant ensuite d'accroître ses parts de marché au détriment de ses concurrents.

2. L'oligopsone.

Lorsque l'on est en présence de quelques acheteurs face à une multitude de vendeurs, on est en situation d'oligopsone. Cette situation ne se rencontre pas dans l'espace CIMA, même si le pouvoir d'achat des populations ne leur permet pas souvent d'avoir accès aux services de l'assurance.

II. Le monopole bilatéral.

Le monopole bilatéral met en présence un vendeur unique et un acheteur unique. Cette situation, également, n'est pas observée dans l'espace CIMA.

III. Les marchés contestables.

A. Définition.

La théorie des marchés contestables est récente. Elle s'est développée aux **Etats-Unis** parallèlement à la mise en place, au cours des années soixante-dix, des politiques de déréglementation de certaines activités comme les transports aériens et les télécommunications.

Un marché est dit contestable lorsque l'entrée et la sortie sont libres et qu'il n'existe ni barrières à l'entrée (par exemple, un niveau d'investissement initial important) ni coûts irrécupérables (ce que l'on pourra récupérer en quittant une activité).

Dans ces conditions, n'importe quelle entreprise peut entrer sur ce marché et le quitter aussi rapidement. Le marché est à l'équilibre, ou soutenable, lorsque la plupart des conditions de l'équilibre de la concurrence pure et parfaite sont réunies. La seule hypothèse qui disparaît ici est celle de l'atomicité de l'offre, une entreprise oligopolistique pouvant entrer sur ce marché. Dans ces conditions, plus la sortie est facile c'est-à-dire qu'elle n'entraînera pas de pertes significatives, plus un marché sera réputé contestable.

Dans l'espace CIMA, l'on ne peut pas parler de marché contestable car il n'y a pas de liberté d'entrée. La constitution d'une entreprise d'assurances est réglementée par le code des assurances qui dans son article 328-3 définit les critères d'octroi ou de refus de l'agrément.

B. Conséquences.

La contestabilité d'un marché produit des conséquences sur la stratégie des entreprises en place qui ont une position de monopole : en effet, l'entrée d'un concurrent peut avoir pour effet, en augmentant le volume de la production, de faire baisser les prix, et donc les profits. Dans ces conditions, face à la menace que constitue l'entrée éventuelle d'une entreprise concurrente, l'entreprise installée peut être conduite à augmenter le niveau de sa production, comme sur un marché concurrentiel.

Cette théorie a une implication importante : les effets attendus de la concurrence pure et parfaite ne dépendent pas du nombre de concurrents sur le marché mais des conditions de la concurrence, ce qui doit conduire les gouvernements à préserver les conditions de la contestabilité, notamment en facilitant les conditions d'entrée sur le marché par la mise en œuvre de politiques de déréglementation. Il faut noter, toutefois, que cette théorie n'est pas applicable dans les activités à fort niveau d'investissement initial, souvent irrécupérable en cas de sortie du marché.

L'assureur répond à un besoin impérieux des individus de se prémunir contre la survenance de certains événements affectant leur personne ou leurs biens. De manière générale, l'assurance contribue à la sécurité de l'homme dans ses activités.

Ce propos est illustré par l'opinion de HENRY FORD : **« New York n'est pas la création des hommes, mais celles des assureurs.... »**

Sans les assureurs, il n'y aurait pas de gratte-ciel, car aucun ouvrier n'accepterait de travailler à une pareille hauteur, en risquant de faire une chute mortelle et de laisser sa famille dans la misère.

Sans les assureurs, aucun capitaliste n'investirait des millions pour construire de pareils buildings, qu'un simple mégot de cigarette peut réduire en cendres.

Sans les assureurs, personne ne circulerait ...en voiture à travers les rues. Un bon chauffeur est conscient de ce qu'il court à chaque instant le risque de renverser un piéton ».

PARTIE – II

LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES ET SES CONSEQUENCES

La prime est la contribution que verse l'assuré à l'assureur en échange de la garantie qui lui est accordée. Elle est payable au départ de l'opération d'assurance ou de l'année d'assurance.

Quelle que soit la forme de l'organisme d'assurances, qu'il soit à but lucratif ou non, les cotisations doivent être suffisantes pour faire face :

- Au coût des sinistres survenus dans l'année ;
- A tous les frais (d'acquisition, de gestion, d'encaissement) exposés par l'organisme assureur.

Cette partie est structurée en trois chapitres : les mécanismes de l'assurance, les causes de la sous-tarification des risques et les conséquences de la sous-tarification des risques.

CHAPITRE I : LES MECANISMES DE L'ASSURANCE.

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

SECTION 1 : LA LOI DES GRANDS NOMBRES.

Pour qu'un risque soit assurable, il faut qu'il soit aléatoire, que sa réalisation tienne du hasard. Mais comme les mathématiques l'ont démontré, le hasard est régi par des lois. Le mathématicien suisse Bernoulli a énoncé au XVIII^{ème} siècle la loi des grands nombres : *« au fur et à mesure que le nombre d'expériences augmente, les écarts absolus augmentent, mais les écarts relatifs diminuent jusqu'à devenir pratiquement nuls pour un nombre très élevé d'expériences »*.

ILLUSTRATION

Lorsque nous lançons un dé, les six (6) nombres qui figurent sur ses faces ont une probabilité égale de sortie, donc, pour chacun, une fréquence prévisible de 1/6. Mais, sur 5 ou 6 tirages, les résultats sont bien différents, certains chiffres sortant plusieurs fois et d'autres pas du tout. En 50 tirages, tous les chiffres seront vraisemblablement sortis, mais sans doute pas un nombre égal de fois. Ce n'est qu'en poursuivant le jeu que nous parviendrons à atténuer progressivement les écarts en valeur relative jusqu'au moment où ils deviendront négligeables. Nous aurons atteint le seuil du « grand nombre »¹³.

La loi des grands nombres est d'une importance extrême pour les assureurs. En outre, les statistiques qu'ils utilisent pour établir leurs tarifications seront d'autant plus précises et fiables qu'elles porteront sur un grand nombre d'observations. Part ailleurs, les résultats techniques des assureurs (c'est-à-dire la différence entre les cotisations encaissées nettes de frais de gestion et de distribution et les sinistres payés) se rapprocheront d'autant plus des précisions statistiques que le nombre de risques en portefeuille, donc de clients, sera grand.

SECTION 2 : LES STATISTIQUES.

La statistique est un ensemble de méthodes mathématiques qui, à partir du recueil et de l'analyse de données réelles, permettent l'élaboration de modèles probabilistes autorisant les prévisions.

L'assureur doit réunir des statistiques portant sur le plus grand nombre possible de risques. Il doit connaître, évidemment, les résultats de sa propre

¹³ F. COUILBAULT, C. ELIASHBERG, M. LATRASSE: Les grands principes de l'assurance, Editions L'Argus de l'assurance 2002, p.47

clientèle. Ces statistiques sont établies globalement par **catégorie d'assurances** (Incendie, automobile, Transport, etc.), mais aussi par **type de garanties** (ainsi en automobile on isole les résultats des garanties responsabilité civile, dommages au véhicule, vol, incendie, etc.) ; par **région d'émission des contrats** (certains risques sont plus lourds dans les grandes villes que dans les campagnes ; par **groupe d'assurés** : âge, sexe, activité professionnelle, état matrimonial, etc. ; par **caractéristiques physiques** des biens à assurer : type de construction, mode d'occupation des locaux, type de marchandises entreposées ou transportées, moyen de protection, etc.

Dans la plupart des marchés d'assurance, les assureurs se sont regroupés pour obtenir des statistiques communes, établies par des organisations professionnelles à partir des déclarations faites par toutes les sociétés adhérentes.

On ne peut pas pousser trop loin cette division en sous-ensembles ; il faut respecter le seuil du « **grand nombre** » pour obtenir des données fiables. En plus, de petits groupes sont moins capables de supporter à eux seuls la charge des sinistres de gravité exceptionnelle.

SECTION 3 : L'ELABORATION D'UNE TARIFICATION : LA PRIME D'ASSURANCE.

La tarification est l'application d'un tarif au risque proposé à l'assureur et que celui-ci a accepté de couvrir.

Le tarif désigne un ensemble d'éléments propres à un risque dont la combinaison permet le calcul de la prime.

La prime –prix de l'assurance- représente techniquement le coût moyen de la garantie du risque ; juridiquement, elle est la contrepartie de la sécurité vendue par l'assureur. Le calcul de la prime relève donc d'une évaluation essentiellement technique.

La prime est la somme payée à une entreprise d'assurances pour la garantie d'un risque. C'est la contrepartie de l'obligation d'indemnisation prise par l'assureur. Elle prend le nom de « **cotisation** » dans les entreprises à caractère mutuel, dans lesquelles le sociétaire assuré est en même temps membre d'une communauté mutualiste organisée de manière spécifique.

La détermination du montant de la prime repose sur des bases mathématiques précises.

I. Le calcul de la prime.

La fixation de la prime est librement effectuée par les parties. Néanmoins, l'assurance constitue une activité fondée sur des bases mathématiques et exploitée dans un cadre commercial rigoureux ; ce qui détermine les composantes de la

« *prime commerciale* »¹⁴ due par l'assuré : la « *prime pure* » augmentée des « *chargements* ».

A. La prime pure ou prime technique.

Le montant de la prime pure correspond techniquement au coût statistique du risque garanti ; il est déterminé par deux paramètres fondamentaux : le taux de prime et l'assiette de la prime qui est le montant des capitaux assurés dans les assurances de biens.

La prime pure est donnée par la formule suivante :

$$\text{Prime pure} = \text{taux de prime} \times \text{capitaux assurés}$$

Le taux de prime, ainsi que la valeur des capitaux assurés sont fonction de l'importance du risque à garantir, telle qu'elle résulte, notamment, des déclarations faites par l'assuré au moment de la souscription du contrat.

Pour que le calcul de la prime soit juste, il faut que le taux de prime applicable au contrat soit correctement calculé, et que les capitaux assurés qui constituent l'assiette de la prime correspondent à la valeur réelle des biens garantis. Aussi l'assureur dispose-t-il de deux règles proportionnelles dont l'application lui permet de rétablir l'équilibre du contrat s'il est rompu : c'est d'une part la « *règle proportionnelle de prime* » que l'on peut appeler « *règle proportionnelle de taux de prime* », d'autre part la « *règle proportionnelle de capitaux* » que l'on peut appeler « *règle proportionnelle d'assiette de prime* ».

A ces deux paramètres principaux de calcul de la prime pure, il convient d'ajouter d'autres paramètres plus techniques tels que la durée de la garantie et les taux d'intérêt.

Le taux de prime est fixé par des actuaires en fonction des critères statistiques de probabilité (fréquence) et d'intensité (coût moyen) qui permettent d'établir la tarification.

La prime est déterminée par deux paramètres fondamentaux :

- La fréquence des sinistres.
- Le coût moyen des sinistres.

¹⁴ F. COULBAULT, C. ELIASHBERG, M. LATRASSE: Les grands principes de l'assurance, Editions L'Argus de l'assurance 2002, p.49-51

1. Fréquence des sinistres.

Elle est déterminée selon le calcul des probabilités, par référence au recensement statistique d'événements passés groupés en risques homogènes de même nature, selon les chances de réalisation des sinistres, exprimées par un rapport.

En ce qui concerne le risque incendie, on peut penser, par exemple, qu'un incendie va affecter 15 maisons sur 10.000 dans une année.

La fréquence de ce type de sinistre sera alors exprimée selon le rapport 15/10.000 e. Statistiquement, ce rapport traduit la « **fréquence** » des sinistres.

Il faut souligner ici le rôle important de la prévention qui, en diminuant la fréquence des sinistres, permet corrélativement aux assureurs d'abaisser leurs taux de primes, du moins si le niveau du coût moyen des sinistres le permet.

2. Coût moyen des sinistres.

En divisant le coût total des sinistres par leur nombre, on arrive à un coût moyen.

► La fréquence doit être pondérée par la considération de l'intensité moyenne des sinistres. En effet, la réalisation du sinistre n'est pas obligatoirement totale. Ainsi,

- Sur 15 maisons incendiées, 4 peuvent être détruites en totalité, 5 à moitié et 6 pour une faible part, de sorte qu'en moyenne le coût du sinistre peut être évalué, par exemple, à 60% des capitaux assurés.

- Pour une valeur assurée de 1.000 fcfa, le coût moyen du sinistre sera de $1.000 \text{ fcfa} \times 60\% = 600 \text{ fcfa}$.

Taux de prime = fréquence × coût moyen des sinistres

► Lorsque la valeur d'assurance est indéterminée, notamment en assurance de responsabilité, le coût moyen est directement calculé à partir des statistiques de sinistres.

Dans l'exemple précité, le taux de prime sera de $(15/10000) \times 600 = 0,9$ pour 1000 assurés.

On doit observer que les hausses de taux de prime sont souvent dues à des hausses de coûts d'indemnisation des sinistres sur lesquels les assureurs n'ont aucun pouvoir : coût de la main d'œuvre, des pièces détachées, du prix de la journée d'hospitalisation...

3. La règle proportionnelle de taux de prime (Règle proportionnelle de prime)¹⁵.

C'est par l'examen de la proposition d'assurance que l'assureur apprécie le risque et peut le classer dans les tarifs préétablis sur des bases statistiques. Si à cause d'une erreur de l'assuré dans la déclaration des risques, l'assureur a **sous-tarifé** le risque, l'équilibre du contrat ne pourra être rétabli au jour du sinistre que par une réduction de l'indemnité, proportionnelle au rapport qui existe entre le taux de prime payé et celui qui aurait été dû si le risque avait été correctement déclaré :

C'est pourquoi l'article 19 al.3, du code des assurances prévoit que **l'indemnité due après un sinistre sera réduite**, en cas d'absence de mauvaise foi, « **en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés** ».

Règle proportionnelle de taux de prime
(sanction de la sous-tarification du risque)

$$\text{Indemnité} = \text{dommage} \times \frac{\text{taux de prime payé}}{\text{taux de prime dû}}$$

Un assuré omet de déclarer, sans mauvaise foi, que le bâtiment qu'il souhaite faire assurer contre l'incendie est construit en bois.

- Du fait de cette omission, l'assureur lui applique un taux de prime normal de **0,9**.
- Or, si l'assureur avait eu connaissance de la nature du matériau en bois, il aurait dû appliquer, par exemple, un taux de prime de **1,13**.

En cas de sinistre de 200.000 fcfa l'indemnité sera réduite à :

$$200.000 \times (0,9/1,13) = 159.292,03 \text{ fcfa au lieu de } 200.000 \text{ fcfa.}$$

B. Assiette de la prime.

Elle est plus ou moins facile selon le type d'assurance.

En assurance de choses, tantôt les biens assurés sont des actifs fixes à valeur déterminée, tantôt ils sont fluctuants, et l'assiette de prime doit être adaptée à ces variations.

En assurance de responsabilité, la détermination de l'assiette est plus délicate.

¹⁵ Voir article 19 du code des assurances : « Fausse déclaration non intentionnelle ».

En assurance de personnes, elle est fonction des capitaux assurés.

Dans les exemples précédents la prime pure d'une maison normale de 200.000 fcfa, au taux de 0,9 pour 1000 sera de 180 fcfa par an.

Si le bâtiment est en bois, la sinistralité pourra être de **20** sinistres par an pour 10.000 maisons.

Le **coût moyen** des sinistres pourra être de 70% des capitaux assurés.

Le taux de prime sera donc de :

$(20/10.000) \times 700 = 1,4$ pour 1.000 fcfa assurés.

Pour une valeur assurée de 200.000 fcfa, le montant de la prime pure sera de $1,4 \times 200 = 280$ fcfa.

1. Assiette de la prime en assurance de choses ou de biens.

La valeur des biens assurés n'est pas toujours identique, et si les statistiques sont généralement basées sur une unité conventionnelle qui permet d'établir des tables de tarification, dans chaque cas particulier la prime doit être calculée en fonction de la valeur réelle du capital que l'assuré entend garantir.

Pour fixer la valeur d'assurance, il faut distinguer d'une part les biens, meubles ou immeubles, des particuliers et les actifs fixes ou immobilisations des entreprises qui ont une valeur déterminée, d'autre part la valeur des stocks qui est fluctuante.

a. Chose à valeur déterminée¹⁶.

La valeur d'assurance est la valeur déterminée lors de la souscription du contrat ; elle constitue l'assiette de prime et le plafond de garantie de l'assureur en cas de sinistre :

► La « valeur vénale » (valeur du bien à vendre) est retenue pour les biens destinés à être vendus : c'est le coût du bien. La valeur vénale est la valeur d'achat majorée des taxes et frais de transport pour le commerçant ; c'est le prix de revient pour le fabricant ; c'est la valeur des récoltes escomptées selon les mercuriales au jour du sinistre pour l'agriculteur ;

► La « valeur d'usage » (valeur du bien à remplacer) est retenue pour les biens utilisés par le propriétaire. C'est la valeur de remplacement par un bien semblable ou la valeur de reconstruction moins une dépréciation pour vétusté ;

¹⁶ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : DROIT des assurances, Editions DALLOZ 2001, p.315.

► La « **valeur à neuf** » comprend une garantie de la vétusté souscrite par l'assuré s'il préfère bénéficier d'une garantie plus complète : l'assiette de la prime, basée sur la valeur à neuf, est donc plus élevée.

La fixation de la valeur d'assurance : elle peut être opérée selon deux modalités lors de la souscription du contrat.

- La « **valeur déclarée** » est celle souscrite unilatéralement par l'assuré sans aucun contrôle de l'assureur. Elle ne constitue pas une preuve de la valeur du bien ou du sinistre, mais seulement l'assiette de la prime et la limite d'engagement de l'assureur ;

- La « **valeur agréée** » est celle établie de manière contradictoire entre l'assuré et l'assureur au moment de la souscription du contrat ; elle est établie par expertise pour les biens difficiles à évaluer par exemple pour les risques industriels ou les œuvres d'art. La « **valeur agréée** » constitue une présomption de la valeur du bien au jour du sinistre qui n'est cependant pas irréfragable, car le bien peut avoir changé de valeur depuis le jour de la souscription du contrat, surtout s'il présente un caractère spéculatif.

b. Risques variables : stocks¹⁷.

Les assureurs de risques à primes variables :

Dans les assurances des stocks, il est prévu, dès la conclusion du contrat, des variations de la valeur du risque au cours de son exécution.

On appelle « **police flottante ouverte** » ou « **police d'abonnement** » la police d'assurance portant sur des objets qui peuvent être constamment modifiés au cours du contrat, et qu'on appelle des « **existences variables** ».

L'assureur accepte de couvrir ces variations de la valeur du risque – on dit encore les « **variations d'intérêt du risque** » - mais il impose la tenue d'une comptabilité spéciale qu'il se réserve de contrôler. La quantité de marchandises, de biens ou d'objets divers dont la valeur est assurée – des « **existences** » - doit être déclarée périodiquement.

On appelle « **déclaration d'aliment** » cette déclaration périodique des existences variables dans une police flottante ouverte.

Il existe trois formules d'assurance à risques et à primes variables : l'assurance révisable, l'assurance ajustable et l'assurance à compte courant selon les modalités de déclaration des existences.

Enfin, les parties au contrat d'assurance peuvent convenir d'un compte courant entre les primes dues par l'assuré et le montant des indemnités dues par l'assureur, un tel mécanisme étant couramment utilisé en matière d'assurance transport.

¹⁷ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : DROIT des assurances, Editions DALLOZ 2001, p.314-315.

2. Règle proportionnelle d'assiette de prime (Règle proportionnelle des capitaux)¹⁸.

Lorsqu'au jour du sinistre il apparaît que la valeur déclarée des capitaux assurés est inférieure à leur valeur assurable réelle, on dit qu'il y a « **sous-assurance** » et l'équilibre du contrat est rétabli par la règle proportionnelle des capitaux, qui se traduit par une réduction de l'indemnité en cas de sinistre dans la proportion du rapport entre valeur déclarée et valeur assurable réelle.

Règle proportionnelle de capitaux (conséquence de la sous-assurance)

$$\text{Indemnité réduite} = \text{dommage} \times \frac{\text{valeur déclarée}}{\text{Valeur réelle}}$$

3. Assiette de la prime en assurance de responsabilité.

L'assiette de la prime est plus délicate en assurance de responsabilité.

La prime est **fonction de la nature et de l'importance des risques garantis**, lesquels sont très variables selon qu'il s'agisse d'une entreprise ou de particulier.

Parmi les critères qui représentent le mieux l'importance du risque garanti, on peut cependant retenir les quelques éléments suivants :

- Si la responsabilité porte sur une valeur d'assurance déterminée (ex : valeur du bien remis à un dépositaire, valeur de l'immeuble pour la responsabilité – incendie d'un locataire), cette valeur déterminée constitue l'assiette de la prime comme en assurance de biens ; la règle proportionnelle de capitaux est alors applicable.
- L'importance de l'activité soumise à la responsabilité des entreprises est souvent assise soit sur le chiffre d'affaires, soit sur la masse salariale.
- Lorsque la responsabilité est indéterminée, voire illimitée, les assureurs insèrent généralement dans les contrats des plafonds de garantie qui constituent la limite de leur engagement.
- Enfin si aucun critère ne peut être valablement dégagé, la prime est directement établie en fonction des coûts moyens des sinistres donnés par les statistiques. (Ex : assurance RC chef de famille)

¹⁸ Voir article 35 du code des assurances : « sous - assurance ».

4. Assiette de la prime en assurance de personne¹⁹.

Dans les assurances de personnes, les engagements de l'assureur sont forfaitaires et fixés au contrat.

La prime est directement fonction du montant forfaitaire des capitaux assurés, ainsi que des risques particuliers auxquels se trouvent exposés l'assuré, notamment du fait de son âge, de son sexe, de son état de santé ou de son exposition particulière à certains risques.

Dès lors, ce sont les capitaux assurés qui constituent l'assiette de la prime.

C. Les chargements de la prime²⁰.

La « **prime pure** » coût technique du risque, augmentée du « **chargement commercial** » est la « **prime nette** » ou « **prime commerciale** », à laquelle il faut encore ajouter les taxes que l'assureur perçoit pour le compte de l'Etat pour obtenir la « **prime totale** » payée par le souscripteur.

1. Le chargement commercial.

Le chargement est la somme qu'il faut ajouter à la prime pure d'une assurance afin de couvrir un certain nombre de frais inhérents à la gestion toujours complexe d'une entreprise d'assurance et la gestion particulière du contrat souscrit.

- Parmi les frais généraux inhérents à l'organisation même de l'entreprise, il y a tous les **loyers, salaires du personnel, prévention, expertises, impôts propres de l'entreprise**, etc. Dans les sociétés par actions, il faut ajouter la **rémunération du capital**.

- Parmi les frais propres de chaque contrat, il y a les **frais d'acquisition des contrats** et notamment les **commissions versées aux intermédiaires, agents d'assurance et courtiers**. Ces « **charges de production** » doivent rétribuer non seulement les fonctions de l'intermédiaire pour telle affaire mais globalement toutes les démarches qu'il accomplit, qu'elles soient ou non couronnées de succès.

2. Le chargement fiscal.

Lorsqu'on ajoute à la prime commerciale les taxes, on obtient la prime totale payée par l'assuré.

Les taxes sont des impôts indirects reversés à l'Etat et calculées sur la cotisation nette et les frais accessoires. La taxe varie selon la nature du risque assuré (branche d'assurance).

¹⁹ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : DROIT des assurances, Editions DALLOZ 2001, p.707.

²⁰ Yvonne LAMBERT-FAIVRE : DROIT des assurances, Editions DALLOZ 2001, p.321.

- 8% pour les risques divers.
- 8% pour le risque automobile.
- Elle atteint 30% de la prime pour les risques incendie.
- 5% pour les risques de transport

La prime totale, toutes taxes comprises, est celle effectivement payée par le souscripteur, sur la base de la prime pure (taux × assiette) qui représente le coût technique théorique permettant de payer les sinistres, majorée des chargements commerciaux et fiscaux. Le souscripteur s'imagine parfois que l'intégralité de la prime qu'il paye sert à régler les sinistres ; en fait la prime pure ne représente que 65% de la prime facturée. Ce taux représente le seuil de rentabilité de toute compagnie d'assurances.

Le principe de la liberté des prix a pour contrepartie nécessaire, la bonne information du consommateur : l'assureur doit obligatoirement fournir une fiche d'information sur le prix et les garanties avant la conclusion du contrat.

Les frais accessoires sont parfois appelés « **complément de prime** », « **frais de police** » ou « **frais d'établissement** ». Ils sont souvent forfaitaires en fonction de l'importance de la cotisation nette.

La prime pure représente 65% de la prime commerciale, le chargement de gestion 7% et le chargement d'acquisition 28%.

Proportion de la prime commerciale	Éléments de la prime				
	65%	Coût statistique du risque	prime pure	Prime d'inventaire	Prime commerciale
Frais de règlement des sinistres, honoraires divers					
7%	Chargement de gestion		Charge-ments	Prime commerciale	Prime totale
8%	Frais d'établissement des contrats et quittances, rémunération du capital	Charge-ment D'acqui-sition			
20%	Commission d'apport Commission de gestion		Charge-ment D'acqui-sition	Charge-ments	Prime commerciale
	Taxes				

D. Modes de tarification.

Il s'agit de distinguer les produits d'assurance destinés aux particuliers et ceux destinés aux entreprises. En général, il n'y a pas de différence de nature entre ces deux types de produits.

Les premiers, toutefois, se prêtent mieux à un traitement de masse et à une tarification standard (forfaitaire ou à lecture directe).

Les seconds exigent un traitement plus personnalisé comportant le plus souvent une ou plusieurs visites de risques à assurer et une discussion prolongée avec l'assuré et son courtier à propos des mesures de prévention à mettre en œuvre, des capitaux à assurer, des garanties accordées et de la tarification à appliquer (tarification relative). Et ceci pour plusieurs raisons : des valeurs en risque plus élevées, des produits dangereux qui peuvent être stockés ou manipulés dans les locaux assurés, des particularités propres à chaque processus de fabrication qui rendent les statistiques malaisées à établir et à utiliser, parfois du très petit nombre des risques comparables qui rendent la tarification impossible à établir selon les méthodes statistiques usuelles,...

E. Incidence de la franchise, de la limitation contractuelle d'indemnité et des exclusions dans la tarification.

La franchise est une somme, définie à l'avance, qui reste à la charge de l'assuré en cas de sinistre. Elle permet notamment de réduire le montant de la cotisation d'assurance et a également pour but d'encourager la prévention.

Ainsi, si l'assuré est titulaire d'une police d'assurance comportant une franchise de 300 F.CFA et est victime d'un accident qui cause des dommages de 2000 F.CFA, il doit déboursier 300 F.CFA et la compagnie d'assurances paiera la différence, soit 1700 F.CFA.

Plus le montant de la franchise est important, plus celui de la prime est faible.

La franchise est une modalité de saine gestion, car les « **petits sinistres** » entraînent des frais de gestion parfois plus élevés que le dommage lui-même ; aussi, la « **franchise simple** » constitue-t-elle une fin de non recevoir des sinistres d'un montant inférieur à telle somme, les sinistres importants demeurant garantis au premier franc. Dès lors, les assurés sont-ils tentés d'exagérer leurs petits dommages afin de recevoir une indemnité intégrale.

Pour déjouer de telles manœuvres, les contrats peuvent prévoir une « **franchise absolue** », qui est donc déduite de l'indemnité qu'elle que soit l'importance du sinistre. L'assuré peut en obtenir la garantie soit auprès de son assureur moyennant surprime, soit auprès d'un autre assureur.

Tout comme la franchise, la Limitation Contractuelle d'Indemnité (LCI) est un montant maximum fixé au contrat au-delà duquel la compagnie d'assurance n'est

pas engagée dans l'indemnisation du sinistre. Elle permet aussi de réduire la cotisation à payer par l'assuré.

Quant aux exclusions, elles désignent ce que le contrat d'assurance ne garantit pas. Contrairement à la franchise et à la LCI qui sont des montants fixés au contrat, les exclusions sont d'ordre juridique et elles consistent à énumérer la liste des risques qui ne seront pas pris en charge par la compagnie d'assurance en cas de sinistre. Elles permettent aussi de réduire la cotisation et peuvent être garanties moyennant surprime.

Les exclusions doivent figurer sur la police en caractères très apparents, faute de quoi l'assureur ne peut pas les invoquer.

F. Incidence de la réassurance dans la tarification.

Pour que les résultats techniques des engagements pris par l'assureur soient réguliers d'une année sur l'autre et conformes aux statistiques disponibles, il faut que les conservations nettes soient aussi homogènes que possible.

La tarification est destinée précisément à homogénéiser les engagements des assureurs. Une catégorie de risques dont la fréquence des sinistres est normalement deux fois plus grande que celle d'une autre catégorie, devrait supporter un taux de cotisation double de la seconde. Mais les tarifs ne sont jamais ni parfaitement calculés, ni parfaitement appliqués.

Il reste donc nécessaire d'homogénéiser aussi les engagements des assureurs en valeurs. C'est ce que permet de réaliser la réassurance en écrétant les risques d'un portefeuille qui dépassent en valeur le plein de conservation nette accepté par l'assureur. Une fois les « *pointes* » de risques cédées aux réassureurs, le portefeuille de risques conservés en net par la cédante n'est plus constitué que d'engagements inférieurs ou égaux au plein de conservation, ce qui donne une bonne homogénéisation en valeur à la mutualité des risques assurés.

II. Les provisions techniques et les produits financiers²¹.

Il arrive assez souvent que l'assureur, qui à la souscription d'un contrat encaisse la prime, ait à garder une bonne partie de cette somme d'argent après la clôture de l'exercice et même plusieurs années après l'expiration du contrat, ceci pour des raisons diverses.

En vue de garantir la solvabilité de l'assureur dans le temps, les pouvoirs publics ont exigé que l'existence de la somme détenue par l'assureur soit justifiée, d'où l'institution des provisions techniques. Leur objet est de permettre le règlement intégral des engagements pris envers les assurés et bénéficiaires des contrats.

²¹ Jérôme YEATMAN : Manuel International de l'Assurance, Editions ECONOMICA, 1998, p. 265-273

Elles font partie des engagements réglementés prescrits à l'article 334 du code des assurances.

Les provisions techniques sont inscrites au passif du bilan, conformément aux dispositions de l'article 334-2 et suivants du code CIMA. Elles constituent donc des dettes de l'assureur vis-à-vis des assurés ou bénéficiaires des contrats.

On distinguera des provisions techniques des opérations d'assurance sur la vie, d'assurance nuptialité - natalité et de capitalisation des provisions techniques des autres branches d'assurance, c'est-à-dire des branches élémentaires gérées en répartition.

Les premières ont pour composantes principales les provisions mathématiques dont le calcul se fait par l'application des méthodes actuarielles. L'étude qui suit portera donc sur les **provisions techniques** des branches gérées selon la technique de répartition.

Au terme de l'article 334-8 du code des assurances, les sociétés d'assurances doivent constituer sept (7) sortes de provisions techniques qui sont :

1. les provisions mathématiques des rentes ;
2. la provision pour risques en cours ;
3. la réserve de capitalisation ;
4. la provision pour sinistres restant à payer ;
5. la provision pour risques croissants ;
6. la provision pour égalisation ;
7. la provision mathématique de réassurances.

Toutefois, nous porterons particulièrement notre attention sur les deux plus importantes d'entre elles à savoir :

- La provision pour risques en cours ;
- La provision pour sinistres restants à payer.

A. La provision pour risques en cours²².

L'assureur perçoit en contrepartie de la prise en charge des risques, des primes calculées en prenant en compte la charge probable des risques entre deux échéances successives ou jusqu'à l'expiration du contrat.

Les encaissements étant échelonnés sur toute l'année, il y aura le jour de l'inventaire, c'est-à-dire le 31 décembre, des contrats qui ne seront pas arrivés à leur terme. Ces contrats qui continuent de courir —donc en cours— devront être gérés jusqu'à leur expiration sans que l'assureur puisse procéder à un encaissement, les primes ayant été payées d'avance.

²² Article 334-9 et 334-10 du code CIMA.

Il faut dès lors qu'à l'inventaire l'assureur prévoit des sommes suffisantes pour pouvoir continuer, pendant la période qui s'écoulera de la date d'inventaire à la prochaine échéance de prime ou à défaut des termes du contrat, à gérer ces contrats et à faire face aux sinistres qui les frapperont.

Ces sommes à prévoir constituent ce qu'on appelle : « **provisions pour risques en cours** ».

Elles découlent du décalage entre la période de garantie des contrats et la période de l'exercice social de l'assureur.

La provision pour risque en cours peut être définie comme étant la provision destinée à « **couvrir les risques et les frais généraux afférents, pour chacun des contrats à prime ou cotisation payable d'avance, à la période comprise entre la date de l'inventaire et la prochaine échéance de prime ou cotisation ou, à défaut, le terme fixé par le contrat** ».

L'analyse de la provision pour risques en cours suggère une méthode de calcul « **pro rata temporis** » et contrat par contrat. Le travail administratif qui résulterait de la mise en œuvre de cette méthode serait considérable pour une entreprise gérant des milliers de contrats ; ceci est néanmoins envisageable aujourd'hui dans les compagnies disposant de systèmes informatiques avec un programme approprié.

A défaut d'appliquer la méthode idéale, les assureurs auront recours à des méthodes forfaitaires.

Le montant minimal de la provision pour risques en cours s'obtient en multipliant par le pourcentage de 36%, les primes ou cotisations de l'exercice inventorié non annulées à la date de l'inventaire.

Pour en arriver au taux de 36%, les pouvoirs publics ont posé un certain nombre d'hypothèses :

1°. Le tarif est supposé être suffisant avec un taux de sinistre à prime égale ou proche de 65% (taux fixé dans le décret français du 17 Août 1941 pour l'assurance automobile, la plus importante des assurances IARD).

Le chargement de gestion doit être proche de 7% et le chargement d'acquisition voisin de 28%.

Avec ces hypothèses, la prime d'inventaire sera $65\% + 7\% = 72\%$ de la prime commerciale.

2°. Par hypothèse, les échéances sont supposées être réparties d'une manière homogène tout au long de l'année ou tout au moins de façon symétrique par rapport au 1^{er} juillet pour les primes annuelles, au 1^{er} octobre pour les primes semestrielles émises au cours du deuxième semestre, au 15 novembre pour les primes trimestrielles émises au cours du dernier trimestre, au 15 décembre pour les primes mensuelles émises au cours du mois de décembre.

3°. La charge de sinistres est répartie équitablement le long de la période de garantie.

Il résulte de ces dernières hypothèses que la provision pour risques en cours représente 50% des primes des contrats chevauchant la date d'inventaire.

La prime à prendre en compte pour le calcul de la provision pour risques en cours étant la prime d'inventaire, soit 72% de la prime commerciale, les 50% équivalent à : $50\% \times 72\% = 36\%$.

La provision pour risques en cours est donc la part de la prime d'inventaire non acquise à l'exercice inventorié.

B. La provision pour sinistres restant à payer²³.

Lorsqu'un assuré déclare un sinistre à une société d'assurance, celle-ci évalue le sinistre pour en déterminer le montant probable.

S'il s'agit d'un sinistre en assurance Incendie, en assurance Vol ou en assurance Dégâts des Eaux, l'instruction du dossier se fait assez rapidement. Il en va autrement pour les dommages corporels causés aux tiers par les assurés en « **assurance Responsabilité Civile** ».

Dans ces cas en effet, il faut au préalable :

- Examiner les circonstances du sinistre pour déterminer la part de responsabilité incombant à l'assuré (responsabilité totale, partielle ou nulle).
- Attendre la consolidation des blessures de la victime pour savoir s'il lui restera ou non une infirmité. Cette consolidation peut durer des mois, parfois des années.
- Evaluer l'indemnité due à la victime, en négocier le montant avec elle.

Toutes ces opérations sont longues et compliquées. De plus dans certains cas, il faut recourir au service des tribunaux.

Il s'ensuit qu'au 31 Décembre, beaucoup de sinistres ne sont pas réglés et certains déjà réglés ne sont pas payés.

Il faut dès lors que l'assureur mette de l'argent de côté pour faire face aux dépenses relatives au paiement desdits dossiers. C'est cette somme d'argent mise de côté qu'on appelle « **provision pour sinistres restant à payer** ».

La provision pour sinistres restant à payer est la valeur estimative des dépenses pour sinistres non réglés et pour sinistres réglés restant à payer à la date de l'inventaire (y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de l'assureur).

²³ Article 334-12 du code CIMA.

Il convient de préciser que régler un dossier sinistre signifie qu'on arrête de manière définitive le montant qui doit être mis à la charge de l'assureur.

La provision pour sinistres restant à payer, telle que définie doit concerner :

- Les sinistres non réglés ;
- Les sinistres réglés restant à payer ;
- Les sinistres inconnus à la date de l'inventaire ou sinistres tardifs.

Les différentes méthodes de calcul de la provision pour sinistres restant à payer sont :

1. La méthode réglementaire : Méthode dossier par dossier.

A propos de la méthode de calcul de la provision pour sinistres restant à payer, le code des assurances a prescrit en son article 334-12 alinéa 1^{er} ce qui suit : **« la provision pour sinistres restant à payer est, en principe, et sans préjudice de l'application de règles spéciales à certaines branches d'assurances, calculée exercice par exercice et dossier par dossier ».**

Cette méthode consiste à recenser tous les dossiers de sinistres, à évaluer le coût de chacun d'eux en tenant compte des éléments qui y sont versés, de la conjoncture économique et de l'expérience acquise par l'assureur. Il s'agit d'une conception prospective de l'évaluation de la provision.

La méthode est d'application pénible en raison de l'importance du travail administratif auquel elle donne lieu. La méthode dossier par dossier est aussi dite analytique. En dehors de cette méthode, trois autres ont été mises au point par la profession.

2. La méthode des coûts moyens.

La méthode consiste à calculer les coûts moyens des sinistres réglés au cours des derniers exercices (les cinq ou trois derniers exercices), et à suivre leur évolution.

A partir de ces coûts moyens déterminés rétrospectivement, on dégage le coût moyen des sinistres de l'exercice inventorié. Connaissant le nombre des sinistres incombant à cet exercice (sinistres déclarés à l'inventaire, et estimation des déclarations tardives), il est aisé de déterminer la charge totale des sinistres de l'exercice. La provision pour sinistres restant à payer s'obtiendra en déduisant de cette charge totale les paiements déjà effectués.

Il conviendra cependant d'introduire des correctifs pour tenir compte de l'érosion monétaire.

3. La méthode de la cadence des règlements.

C'est une méthode qui vise à dégager sur une période donnée, le pourcentage des sinistres réglés et payés au cours d'un exercice, un an après, deux ans après ou n années après l'exercice de survenance considéré.

La méthode est rétrospective puisqu'elle est basée sur les statistiques des exercices antérieurs. L'application des pourcentages ainsi déterminés aux sinistres réglés et payés par l'exercice de survenance donne le montant des sinistres restant à payer pour chaque exercice de survenance à la clôture de l'exercice inventorié.

4. La méthode forfaitaire globale.

La méthode forfaitaire s'applique surtout aux exercices récents (les deux derniers).

Suivant cette méthode, la provision pour sinistres restant à payer, nette de recours à encaisser, ne peut être inférieure, pour chaque exercice, à la différence, majorée de 5% à titre de chargement de gestion, entre d'une part, le montant des primes de l'exercice nettes d'annulations, et d'autre part, la somme des éléments suivants :

- Le montant des commissions et des frais généraux de l'exercice pour la branche considérée, dans la limite du pourcentage fixé par la réglementation en vigueur.
- Le montant des sinistres survenus au cours de l'exercice et payés à la date de l'inventaire nets de recours encaissés.

La méthode peut être traduite par l'inéquation suivante : **provision SAP \geq 1.05 (P - Cion - FG - Sp)**

P = Primes de l'exercice nettes d'annulations.

Cion = Commissions.

FG = Frais Généraux.

Sp = Sinistres de l'exercice payés.

Cette méthode permet de déterminer un montant minimal de provision pour sinistres restant à payer pour les exercices dont les sinistres ne sont pas bien connus. Elle évite ainsi de dégager les premières années des bénéficiaires qui pourraient se révéler inexistantes quelques années plus tard. La méthode forfaitaire est complémentaire des méthodes techniques.

Il convient de rappeler que bien qu'il existe quatre (4) procédés de calcul de la provision pour sinistres restant à payer, un seul de ces procédés est admis par la réglementation : C'est la méthode dossier par dossier.

C. Les placements réglementés et les produits financiers.

Ces masses énormes de capitaux sont représentées à l'actif du bilan par des placements réglementés, énumérés aux articles 335-1 et suivants du code CIMA, en valeurs mobilières, actifs immobiliers, prêts, bons et dépôts.

Ces placements donnent des produits financiers importants.

D. Tarification et revenus financiers.

L'intérêt financier ainsi retiré des placements des entreprises d'assurances doit normalement venir en déduction des primes payées par les assurés. En effet, les provisions techniques sont des créances des assurés, et il apparaît donc normal que les produits financiers des placements corrélatifs leur reviennent.

Cependant les modalités de cette ristourne aux assurés se présentent différemment en assurance sur la vie et en assurance dommages.

- En assurance-vie, le calcul actuariel de la prime pure intègre la rémunération financière d'un intérêt des sommes capitalisées, et la réglementation impose en outre une participation de 85% des bénéficiaires de contrats sur les « *bénéfices financiers* ».
- En assurance de dommages, il n'est pas d'usage d'intégrer les produits financiers dans le calcul a priori de la prime pure. Mais en revanche, on constate qu'a posteriori, au moment du résultat global des sociétés IARD les résultats techniques déficitaires sont compensés par les produits financiers, qui permettent d'afficher des résultats équilibrés au compte d'exploitation.

CAS DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE.

L'automobile représente une part élevée du patrimoine des ménages des sociétés modernes. En outre, les dangers présentés par la circulation automobile en font une importante cause de mortalité surtout chez les jeunes. L'automobile a donc créé un risque social nouveau devant lequel les Etats ne peuvent rester indifférents et expose les particuliers à devoir régler des dommages très importants en cas de sinistres, souvent très supérieurs à la totalité de leur patrimoine. Cette situation fait qu'il est indispensable aux propriétaires d'automobiles conscients de leurs responsabilités de s'assurer et que les Etats ont presque partout rendu cette assurance obligatoire. Cette obligation est confirmée par le code CIMA et est donc en vigueur dans les pays membres de la CIMA.

L'assurance Automobile comporte de nombreuses garanties. Il convient cependant de préciser que cette assurance n'est obligatoire qu'en ce qui concerne la garantie de la responsabilité civile.

La branche automobile est ainsi devenue une activité essentielle pour l'industrie des assurances. Dans la plupart des marchés, elle est la première branche d'assurance en terme de chiffre d'affaires.

Dans le principe, la tarification est simple. Les garanties « **dommages aux véhicules** » font intervenir le prix des véhicules à neuf et l'utilisation qu'en fait son propriétaire. La garantie responsabilité civile fait intervenir la puissance et le mode d'utilisation.

Dans les marchés d'assurances de l'espace CIMA, des tarifs minimaux de la branche automobile sont fixés par les autorités administratives. Ce sont des barèmes à lecture directe de quelques lignes permettant de trouver aisément le tarif applicable à chacun. Au Gabon, ce tarif est fixé par la Fédération Gabonaise des Sociétés d'Assurances (FEGASA).

Lorsque la concurrence permet aux sociétés de multiplier les critères de tarification, la cotisation peut varier beaucoup pour un même automobiliste d'une société à l'autre, en fonction de son niveau de frais généraux et de l'intervention ou non d'un intermédiaire, mais aussi de son expérience propre du risque présenté par telle ou telle catégorie d'assurés.

Les cotisations dépendent :

- Du modèle du véhicule ;
- De l'année de la première mise en circulation ;
- Du mode d'utilisation ;
- De la région de son domicile ;
- De la profession du proposant ;
- De l'âge du proposant et de son sexe ;
- De l'ancienneté de son permis ;
- De la franchise éventuellement prévue pour les garanties dommages ;
- Des antécédents de l'assuré en matière de sinistres ;
- Du nombre de personnes autorisées à conduire le véhicule ;
- De l'ancienneté du permis ;
- Bien entendu des options choisies en garanties annexes.
- De la source d'énergie ;
- De la puissance administrative (force motrice) ;
- Du nombre de places assises ;
- De la valeur à neuf et vénale du véhicule.

Il est à remarquer que dans les marchés de la CIMA, certains des critères sus-cités ne sont pas pris en compte, notamment :

- Le nombre de personnes autorisées à conduire le véhicule ;
- L'ancienneté du permis ;
- L'âge du proposant et son sexe.

Le défaut d'utilisation de ces critères, contribue dans une certaine mesure à la sous-tarification des risques automobiles car le risque ne sera pas bien cerné.

Dans cette branche d'assurance, la sous-tarification est monnaie courante. Elle ne se manifeste pas toujours par la fixation des tarifs à la baisse qui se situent en dessous des tarifs minima exigés par les autorités publiques.

Cette sous-tarification se manifeste aussi par la non application ou la mauvaise application (volontaire) des critères de tarification :

- Constitution de flottes fictives : non respect de l'article 1 du tarif automobile minimum du 01.06.1996 sur l'assurance des flottes (FEGASA)²⁴.
- Changement d'usage du véhicule (par exemple les taxis catégorie 451 tarifés en catégorie 411 des particuliers).
- Non application des clauses de Bonus/Malus pour les réductions et les majorations de primes éventuelles.
- Non exigence des certificats de non sinistres.
- Rapport S/P dépassé sans réajustement.

Pour une bonne illustration de la sous-tarification des risques en assurance automobile nous avons pris deux cas :

1^{er} CAS : VALEUR DECLAREE A NEUF (SOUS-TARIFICATION PAR SOUS-ASSURANCE).

Assuré : Maxime LOISEAU (Propriétaire du véhicule ci-dessous)

CARACTERISTIQUES DU VEHICULE

Marque : Mercedes Benz

Genre : Camion grumier

Carrosserie : Tracteur

Type : 3340 K 396 X 4

Nombre de places : 2

Puissance fiscale : 32 CV

Source d'énergie : Gas-oil

Date première mise en service : 05/05/04

Charge Utile : 44.000

Zone de circulation : Tous pays CIMA

Catégorie du véhicule : 431 (ensemble article + grumier)

Usage du véhicule : Transport privé

Valeur déclarée à neuf : 70.500.000

PRIME TTC : 14.462.768 F.CFA (Payée intégralement à la souscription)

²⁴ Seuls les véhicules appartenant à une personne physique ou morale, immatriculés à son nom sur le territoire où se trouve leur lieu de garage habituel, peuvent être considérés comme constituant une flotte.

SURVENANCE DU SINISTRE

Un sinistre survient le 23/06/04 et lors de l'expertise, le rapport de l'expert fait ressortir que la valeur à neuf du véhicule est de : 108.560.000 F.CFA.

Si le véhicule avait été assuré pour 108.560.000 F.CFA, la prime serait de 27.537.075 F.CFA TTC. Par conséquent, il y a sous-tarification du risque garanti et donc la prime n'est pas suffisante, parce que l'assiette de la prime a été minorée au moment de la tarification.

ESTIMATION DE LA VALEUR VENALE DU VEHICULE (A DIRE D'EXPERT)

Valeur à neuf au jour de la livraison : 108.560.000 F.CFA
Temps de service à ce jour : 2 mois
Vétusté estimée : 13 %
Valeur vénale : $106.200.000 \times 0.87 = 94.447.200$ F.CFA

INDEMNISATION

Nous avons constaté que la valeur à neuf déclarée pour le véhicule à la souscription du contrat est inférieure à la valeur réelle. Donc il y a application de la règle proportionnelle de capitaux prévue à l'article 35 du code des assurances.

$$\frac{\text{Préjudice x valeur assurée}}{\text{Valeur réelle}} = \frac{94.447.200 \times 70.500.000}{108.560.000} = 61.335.000 \text{ F.CFA}$$

A ce montant, il est fait une réduction de 200.000 F.CFA représentant la franchise prévue au contrat, l'indemnité est de : 61.135.000 F.CFA.

Nous sommes dans ce cas en présence d'une sous-tarification du risque par minoration de l'assiette de la prime (sous-assurance) : application de la règle proportionnelle de capitaux (article 35 du code des assurances).

$$\begin{aligned} S/P &= 61.135.000/14.462.768 = 422,70 \% \\ S/P &= 61.135.000/27.537.075 = 222 \% \end{aligned}$$

2^{ème} CAS : USAGE DECLARE (SOUS-TARIFICATION PAR CHANGEMENT D'USAGE DU VEHICULE).

Assuré : James TONKANA (Propriétaire du véhicule ci-dessous)

CARACTERISTIQUES DU VEHICULE

Marque : Toyota
Genre : CI
Carrosserie : VP
Type : Corolla CE90
Nombre de places : 5
Puissance fiscale : 7 CV

Source d'énergie : Gas-oil
Date première mise en service : 13/09/91
Charge Utile : 480
Zone de circulation : Tous pays CIMA
Catégorie du véhicule : 411 (Véhicule particulier)
Usage du véhicule : Promenades et affaires
Valeur déclarée : 3.500.000 F.CFA
PRIME TTC : 136.308 F.CFA (Payée intégralement à la souscription)

SURVENANCE DU SINISTRE

Un sinistre survient le 05/06/03 et lors de l'expertise, le constat fait ressortir que la catégorie du véhicule est : 451 (Transport public de voyageurs).

Si le véhicule avait été assuré en 451, la prime serait de : 653.758 F.CFA TTC. Par conséquent, il y a sous-tarification du risque garanti par changement d'usage du véhicule et ceci est confirmé par la planche photographique du rapport de l'expert.

ESTIMATION DE LA VALEUR VENALE DU VEHICULE (A DIRE D'EXPERT)

Valeur à neuf au jour du sinistre : 15.700.000 F.CFA
Vétusté estimée : 83 %
Valeur vénale : $15.700.000 \times 0.13 = 2.669.000$ F.CFA

INDEMNISATION

Nous avons constaté que la prime payée pour le véhicule à la souscription du contrat est inférieure à la prime qui aurait dû être payée. Donc il y a application de la règle proportionnelle de prime prévue à l'article 19 du code des assurances.

$$\frac{\text{Préjudice x prime payée}}{\text{Prime due}} = \frac{2.669.000 \times 136.308}{653.758} = 556.484 \text{ F.CFA}$$

Nous sommes dans ce cas précis en présence d'une sous-tarification du risque par changement d'usage (catégorie) du véhicule assuré. Ceci est une fausse déclaration. Si la déclaration est intentionnelle : nullité (article 18 du code des assurances), sinon si elle est non intentionnelle : application de la règle proportionnelle de prime (article 19 du code des assurances).

$$S/P = 556.484/136.308 = 408,25 \%$$
$$S/P = 556.484/653.758 = 85,12 \%$$

CHAPITRE II : LES CAUSES DE LA SOUS TARIFICATION DES RISQUES.

L'élaboration des tarifs est d'une importance capitale pour les assureurs. Les causes d'erreur de tarification proviennent soit du niveau technique (statistiques insuffisantes) ; soit du niveau commercial (problème de la concurrence, pressions exercées par les agents généraux ou les courtiers pour enlever des affaires), soit enfin du niveau économique (problème de hausse des prix).

SECTION 1 : LES CAUSES TECHNIQUES.

Les statistiques sont indispensables à la mise en place des produits d'assurance. Elles permettent à l'assureur de déterminer la contribution à exiger de chaque assuré pour prendre son risque en charge.

En effet, contrairement au cycle de production des autres industries où il est aisé de déterminer le prix de revient d'un article avant la vente, l'assurance est caractérisée par l'inversion du cycle de production.

Le prix de revient du produit d'assurance n'est connu qu'après la consommation. La vente du produit d'assurance précède la détermination de son prix, d'où la difficulté pour l'assureur de fixer le coût du risque.

Mais s'appuyant sur les statistiques du passé, l'assureur s'efforcera de dégager ce qui pourrait se produire dans l'avenir particulièrement s'agissant du nombre de sinistres et leur importance.

Etablissement de la fréquence.

Soit une mutualité comportant N risques ; si au cours de la période d'assurance n sinistres ont été enregistrés, la fréquence des sinistres sera : $f = n/N$

Etablissement du coût moyen.

Si la charge totale des sinistres est égale à S , le coût moyen d'un sinistre sera : $C = S/n$

Etablissement de la prime pure.

La charge totale S des sinistres est à répartir sur N assurés. La part de chaque assuré dans cette charge (la prime pure moyenne) sera : $P = S/N$

Or $S = C \times n$

D'où $P = C \times n/N = C \times n/N = C \times f$

La prime pure moyenne est le produit du coût moyen des sinistres par la fréquence de leur survenance.

Ces deux paramètres sont indépendants et sont sujets à variation. L'assureur doit donc suivre leur évolution car l'élaboration des statistiques doit être une tâche permanente.

Il convient de signaler tout de même que la démarche consistant à utiliser les statistiques du passé pour dégager les lois pour l'avenir comporte quelques faiblesses car il ne s'agit que d'approximations.

D'abord, les modalités de réalisation des risques dans le passé ne sont pas bien connues. Ensuite, le passé ne se reproduira presque jamais exactement.

Enfin, il subsiste inévitablement des écarts entre les prévisions et les réalisations.

Pour se faire protéger contre de tels écarts, l'alternative suivante s'offre à l'assureur :

- recourir à la réassurance ;
- majorer la prime d'un chargement de sécurité ; le chargement de sécurité est un moyen de lutte anti-hasard.

A ces deux moyens de lutte contre les écarts, s'ajoute la richesse propre de l'assureur ou la marge de solvabilité.

Les possibilités offertes par l'informatique facilitent considérablement l'établissement de statistiques et permettent aux assureurs de multiplier à l'infini les critères de tarification.

SECTION 2 : LES CAUSES COMMERCIALES.

Le niveau de la tarification est un facteur qui influe sur le chiffre d'affaires des assureurs. Dans les pays à économie dirigée, ce facteur joue marginalement car les tarifs, fixés par les autorités, évoluent peu d'une année à l'autre et le chiffre d'affaires des assureurs dépend essentiellement de l'évolution de la matière assurable.

Dans les marchés les plus libéralisés où la concurrence entre assureurs est permanente et où les assurés recherchent les conditions d'assurance les moins chères, les assureurs sont amenés à baisser leurs tarifs. Cette baisse peut se faire par la diminution de la marge bénéficiaire, ce qui réduit les résultats techniques mais n'est pas préjudiciable pour l'entreprise. La baisse peut aussi se manifester par des prix qui sont inférieurs au coût du risque. Cette situation est dangereuse, car l'entreprise ne sera plus capable d'honorer ses engagements, faute de provisions suffisantes.

L'assurance est une industrie cyclique, des périodes de baisses des résultats techniques, voire des pertes, se répètent à des intervalles plus ou moins réguliers,

lesquelles contractent l'offre d'assurance et obligent les assureurs à réagir et à augmenter leurs tarifs.

Ces hausses de tarifs entraînent un redressement des résultats, ce qui incite de nouveaux opérateurs à entrer ou à revenir sur le marché. L'accroissement de la capacité amène alors une recrudescence de la concurrence et une nouvelle chute des tarifs et ainsi de suite.

Après les fortes pertes techniques, l'on peut observer plusieurs réactions : retrait de sociétés, hausses importantes des tarifs, réductions des garanties, etc. Ces réactions attirent de nouveaux capitaux vers l'assurance et accroît les exigences des assurés, des courtiers et des agents généraux qui ont obtenu des baisses sensibles de tarifs.

La pratique du dumping ou vente à perte renferme deux sens :

- Le dumping commercial qui est une pratique commerciale qui consiste à vendre une marchandise sur un marché étranger à un prix inférieur à celui pratiqué sur le marché intérieur.
- Le dumping social qui consiste pour un pays, notamment un pays en voie de développement, à produire et à vendre moins cher ses produits du fait des faibles coûts du travail et de l'absence de protection sociale.

SECTION 3 : LES CAUSES ECONOMIQUES²⁵.

L'inflation est l'ennemie des assureurs. Elle dévore les fonds propres, les actifs monétaires et les créances, sans cesse diminués par la dépréciation de la monnaie.

Les économistes distinguent plusieurs causes d'inflation :

-L'inflation par la monnaie, voit dans la hausse des prix le résultat d'une création monétaire excessive. L'inflation monétaire provient donc d'une quantité de monnaie excessive ou, plus exactement, d'une croissance de la masse monétaire trop importante par rapport à la croissance de la production.

-L'inflation par la demande explique la hausse des prix par un déséquilibre entre l'offre de biens, qui est insuffisante, et la demande des consommateurs. Une création de monnaie trop importante peut être une explication de cette demande trop forte, mais d'autres facteurs peuvent intervenir (augmentation de la population par exemple). Cette explication permet de trouver un remède à l'inflation dans l'accroissement de l'offre de biens, dans l'augmentation des capacités de production des entreprises (pas seulement dans la réduction de la masse monétaire).

-L'inflation par les coûts met en cause un ou plusieurs coûts de production. Elle traite des facteurs qui interviennent dans la fixation des prix de revient par les

²⁵ J.Y. CAPUL & O. GARNIER : Dictionnaire d'économie et des sciences sociales, Hatier, Paris, Avril 1999.

entreprises. Mais à côté des coûts, on rencontre aussi le profit. Les entreprises ont aussi la possibilité d'augmenter leurs prix afin de maintenir ou d'accroître leurs profits résultant de leur activité productive, ce qui influe sur le niveau général des prix.

Comme conséquence, l'inflation correspond d'abord à une diminution du pouvoir d'achat de la monnaie (on peut parler, dans une certaine mesure, de dépréciation de la monnaie au niveau interne).

L'inflation décourage les clients de s'assurer par peur de ne pas être correctement indemnisés en cas d'insuffisance des capitaux assurés et de voir la valeur de leur épargne perdre tout ou partie de son pouvoir d'achat.

Cette situation catastrophique pousse les compagnies d'assurances à réduire leurs tarifs, d'où les risques de sous tarification qui peuvent être néfastes pour les résultats techniques des sociétés. Il n'en reste pas moins que la prospérité des assureurs et la sécurité des assurés sont liées à un minimum de stabilité du pouvoir d'achat et de la monnaie.

SECTION 4 : LES CAUSES HUMAINES.

I. La formation du personnel.

La formation est l'action d'instruire, d'éduquer. Elle peut être générale, destinée à élever le niveau général des connaissances des bénéficiaires, ou une formation technique visant à développer leur compétence professionnelle.

Le personnel du service de production doit être formé sur la tarification, la rédaction, l'archivage, les modifications éventuelles et le renouvellement des contrats.

Il s'agit d'amener ce personnel à appliquer les principes de la politique de souscription de la société arrêtée par la direction générale, le plus souvent sur leurs suggestions :

- Types de clientèles recherchés : entreprises ou particuliers, retraités ou jeunes ménages, risques à statistiques favorables ou, risques aggravés acquittant des cotisations élevées, etc. ;
- Risques à exclure du portefeuille : par âge, par profession, par situation géographique de risques, par historique de sinistres ou par catégorie d'activité ;
- Pleins de souscription et pleins de rétention fixés par catégories d'assurances et de risques en collaboration avec les responsables de la réassurance ;
- Critères de tarification en fonction des diverses catégories d'assurance proposées à la clientèle.

La formation doit être un des outils privilégiés d'adaptation et d'amélioration de la qualification du personnel aux modifications des procédés et des méthodes de travail exigées par les mutations technologiques.

Elle est une des clefs de la réussite et un moyen essentiel pour permettre au personnel d'utiliser avec le maximum de chance de succès les systèmes nouveaux mis en place.

Elle postule souvent une mise à jour ou un accroissement des connaissances de base, une connaissance générale de l'informatique, une formation aux applications particulières qui s'avèreraient nécessaires dans le cadre de postes de travail nouveaux. Elle fait partie intégrante de la vie professionnelle.

II. La moralité du personnel.

La moralité est la conformité aux principes, aux règles de la morale. Le personnel doit se conformer aux règles et principes mis en place au sein de la compagnie et ne doit pas déroger à ceux-ci.

Certains membres du personnel, attirés par les gains faciles mettent en place des systèmes de fraude qui ne respectent pas les procédures de la société. Ce système de fraude se pratique moyennant la perception de pots de vin de la part des assurés complices.

Ces pratiques dangereuses sont devenues très fréquentes dans la plupart des marchés de la CIMA, et particulièrement dans la branche automobile.

Ces pratiques frauduleuses se manifestent, dans cette branche par :

- Constitution de flottes fictives : non respect de l'article 1 du tarif automobile minimum du 01.06.1996 sur l'assurance des flottes (FEGASA)
- Changement d'usage du véhicule (par exemple les taxis catégorie 451 tarifés en catégorie 411 des particuliers).
- Non application des clauses de Bonus/Malus pour les réductions et les majorations de primes éventuelles en cas de sinistre.
- Etc.

L'assurance dépend, peut-être plus que d'autres industries, des causes extérieures nombreuses et variées.

Exemple : L'assurance automobile est tributaire du développement du parc automobile, mais aussi des salaires des ouvriers mécaniciens, du prix des pièces détachées, de la journée d'hospitalisation, du prix des produits pharmaceutiques, des honoraires des médecins et des avocats.

CHAPITRE III : LES CONSEQUENCES DE LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES.

La sous-tarification des risques entraîne un certain nombre de conséquences, néfastes pour les compagnies d'assurances et les marchés. Ces conséquences concernent : la dégradation du chiffre d'affaires, l'augmentation de la sinistralité, le déséquilibre des résultats techniques.

SECTION 1 : DEGRADATION DU CHIFFRE D'AFFAIRES.

Le chiffre d'affaires représente le montant total des ventes réalisées par une entreprise au cours d'une année. Le chiffre d'affaires ne mesure ainsi que la production qui est vendue par l'entreprise. Dans le domaine des assurances, il représente le montant des contrats vendus par la compagnie.

Ce montant dépend des prix fixés par la compagnie et également du nombre de clients.

Pour les risques de masse, les tarifs élaborés ne doivent être ni trop élevés – ce qui ferait fuir la clientèle – ni trop bon marché – ce qui exposerait l'entreprise à des pertes techniques. Ces tarifs sont élaborés à l'aide des statistiques (disponibles) internes à l'entreprise ou élaborés à l'échelon national, voire supra-national. Ils sont évidemment comparés – au moins dans les pays et les branches où un même tarif national ne s'impose pas à tous les assureurs – avec les tarifs des entreprises concurrentes et doivent être ajustés en permanence en fonction de l'évolution de la sinistralité, de l'inflation et du comportement du marché. Une fois les tarifs fixés, il faut veiller à ce qu'ils soient correctement appliqués par tous les collaborateurs et apporteurs d'affaires de l'entreprise.

Pour les risques nécessitant une tarification particulière, le tarificateur a plus de liberté car il ne se borne pas à appliquer un barème préétabli. Il calcule un prix en fonction de son expérience, des statistiques disponibles et des caractéristiques du risque et ce prix est âprement discuté et négocié par le proposant et son courtier, lesquels ne manquent pas de rechercher d'éventuelles meilleures conditions tarifaires auprès des assureurs concurrents.

Les responsabilités du tarificateur sont donc grandes puisque, d'une part, il ne doit pas faire perdre de clients à son employeur en étant trop exigeant en matière de tarification et, d'autre part, il ne doit pas vendre les garanties de son entreprise en dessous de leur prix de revient, c'est-à-dire du coût des sinistres futurs augmentés des frais d'acquisition et de gestion des contrats.

Le bon souscripteur est celui qui sait dire non lorsque l'assuré ou son courtier exigent des conditions déraisonnables et qui accepte une réduction de son chiffre d'affaires plutôt qu'une perte technique. Mais il faut un minimum de chiffre d'affaires pour subvenir aux frais généraux de l'entreprise, dont les salaires des souscripteurs eux-mêmes.

Dans les phases baissières du cycle de l'assurance, il est particulièrement difficile pour les souscripteurs de refuser les affaires proposées au risque de voir passer à la concurrence d'anciens clients qu'il serait peut-être impossible de récupérer à l'avenir.

Dans les pays à économie dirigée, ce facteur joue marginalement car les tarifs, fixés par les autorités, évoluent peu d'une année à l'autre et le Chiffre d'affaires des assureurs dépend essentiellement de l'évolution de la matière assurable.

En revanche, dans les marchés les plus libéralisés où la concurrence entre assureurs est permanente et où les assurés recherchent les conditions d'assurance les moins chères, on obtient des fluctuations sensibles des niveaux de tarification d'une année à l'autre ; ce qui influe sur le chiffre d'affaires global de ces marchés.

SECTION 2 : L'AUGMENTATION DE LA SINISTRALITE.

La sous-tarification des risques est considérée comme du dumping (vente à perte), c'est-à-dire à un prix inférieur au coût de la production ou au coût de revient du produit. En assurance, à un prix inférieur au coût réel du risque que l'on garantit.

Cette situation entraîne le phénomène d'anti-sélection, c'est-à-dire la propension des personnes particulièrement sujettes aux risques, à chercher à s'assurer. L'anti-sélection est le fait, pour un échantillon de la population ou pour un groupe donné, de ne proposer à l'adhésion de la mutualité que des personnes dont l'exposition au risque est généralement élevée.

Dans ces conditions, le critère d'homogénéisation des risques ne sera pas respecté. Il est important que les risques présentent une commune mesure permettant des évaluations statistiques correctes. L'homogénéité des risques est une condition nécessaire de l'égalité des assurés. Il est en effet juste que les risques différents donnent lieu à des statistiques différentes et à des tarifications distinctes.

La baisse des tarifs augmente le nombre de clients et entraîne l'évolution du chiffre d'affaires. Cette évolution du chiffre d'affaires peut cacher une sinistralité élevée au sein de la mutualité, ce qui est néfaste pour la survie de la compagnie d'assurances.

SECTION 3 : LE DESEQUILIBRE DES RESULTATS TECHNIQUES.

I. Le chiffre d'affaires.

Le chiffre d'affaires peut être en baisse ou inférieur au budget pour plusieurs raisons :

- La baisse des émissions due à la perte des clients.
- Les produits des concurrents sont meilleurs ou moins chers.

- Les produits ne correspondent pas aux besoins des clients, à leur pouvoir d'achat.
- La dégradation de la situation économique générale.
- etc.

Une baisse du chiffre d'affaires peut d'ailleurs avoir été souhaitée par l'entreprise pour redresser des résultats techniques d'une catégorie d'assurance.

Si le chiffre d'affaires augmente plus que ce qui a été prévu au budget, il n'y a en principe qu'à se réjouir. Il est cependant impératif de surveiller de près la sinistralité car une forte augmentation de la production peut être due à un relâchement de la sélection des risques ou à un tarif insuffisant, ou à l'apport de nouveaux intermédiaires dont on ne connaît pas encore la qualité des affaires, ni la manière d'opérer.

II. La sinistralité.

Les indicateurs concernant les sinistres (ratios S/P et leur évolution par année de survenance) sont les plus importants pour les résultats d'une compagnie d'assurance. Pour être en équilibre, il est généralement de 65 %. Le dérapage du taux de sinistres/primes peut être dû :

- 1) à la survenance d'un ou de quelques sinistres exceptionnel(s) qui sont largement pris en charge par les réassureurs.
- 2) à la fréquence anormale de petits sinistres qui doit amener à prendre des mesures de redressement :
 - Augmentation des tarifs.
 - Imposition des franchises.
 - Modification des conditions des contrats.
 - Sélection de la clientèle.
 - Surveillance des fraudes éventuelles.
 - Résiliation d'une partie du portefeuille.
 - Retrait total ou partiel de la branche considérée.

Avant de prendre des mesures trop drastiques, il convient de vérifier si les mauvais résultats ne proviennent pas d'une année exceptionnellement malchanceuse qui ne se renouvellera pas, ou d'une exagération dans la constitution des provisions pour sinistres à payer.

L'absence de sinistres ou un ratio S/P très bas est normalement satisfaisant, surtout pour les catégories à fréquence faible. Pour conserver sa clientèle, il faut

cependant se demander si les taux de primes ne sont pas trop élevés par rapport à ceux de la concurrence.

III. Les chargements.

Dans un marché donné, il n'est pas facile d'agir de façon individuelle sur les taux de commission. Mais les frais généraux doivent évidemment être la préoccupation constante des dirigeants d'une entreprise d'assurances.

Pour le bon service des clients, les assureurs doivent gérer la mutualité des risques assurés au coût le plus bas. Mais il faut évidemment un minimum de personnel pour émettre les contrats et gérer les sinistres.

La meilleure façon de réduire le ratio frais généraux/cotisations est d'accroître le chiffre d'affaires à coûts constants, au risque d'affaiblir la sélection des risques et de déterminer le ratio sinistres/primes. Il convient en tout cas de veiller à éviter la duplication des tâches.

IV. Les produits financiers.

Les produits financiers sont un élément essentiel du compte d'exploitation. En assurance vie, le taux de la rémunération versée à l'épargne confiée par les assurés est le meilleur soutien de développement commercial. Il est donc important d'obtenir la meilleure rémunération possible des actifs et de veiller à ce que cette rémunération s'améliore, compte tenu des contraintes légales et des caractéristiques des marchés financiers.

Pour cela, il faut :

- Ventiler les produits financiers entre actifs immobiliers, mobiliers à rendement fixe et mobiliers à rendement variable.
- Suivre avec la plus grande vigilance le rythme d'encaissement des primes émises.

LES MOYENS D'EVITER UN DESEQUILIBRE TECHNIQUE.

L'évaluation prévisionnelle des risques est susceptible de se trouver en défaut du fait :

- D'un nombre inattendu de sinistres de gravité exceptionnelle la même année, voire d'un sinistre aux conséquences catastrophiques ;
- D'une évolution subite de la fréquence et des coûts de sinistre due à un changement imprévisible des conditions économiques, sociologiques ou autres.

L'assureur dispose de différents moyens pour équilibrer au mieux ses comptes.

► Compensation des risques.

L'assureur compense les mauvais résultats de certains secteurs par les excédents réalisés dans d'autres. Les sociétés pratiquent plusieurs catégories d'assurance (incendie, auto, responsabilité civile,...), assez indépendantes les unes des autres pour que les résultats ne soient pas déficitaires simultanément. De même, elles étendent leur activité dans l'espace pour parer à des situations typiquement régionales.

La nécessité de cette compensation interdit aux assureurs de prendre en charge un risque tel que celui de guerre civile ou étrangère, susceptible d'entraîner des dommages généralisés aux personnes et aux biens assurés.

► Politique tarifaire et sélection des risques.

Les tarifs sont fixés librement par chaque société d'assurances, en fonction de ses propres statistiques et de sa politique commerciale.

Une illustration de la nécessité d'une politique tarifaire. La moitié d'un ensemble d'assurés présente une charge double de l'autre. La charge moyenne pour chacun est donc $\frac{1}{2} + 2/2 = 3/2$, soit 1,5. Les assurés les moins « coûteux » paient donc 50% de plus. Par conséquent, ils auront tendance à aller s'assurer auprès de la concurrence si la même tarification reste appliquée à tous.

La société qui s'obstinerait dans cette politique simplificatrice de tarif unique perdrait donc progressivement ses meilleurs risques tout en conservant les moins favorables, d'où des pertes croissantes entraînant des hausses anormales de tarif et son discrédit.

Les assureurs ont à leur disposition deux moyens :

- Imposer des majorations de cotisation ou des franchises aux assurés qui présentent un risque aggravé du fait de la nature même du risque ou de leurs antécédents ;
- Eliminer ceux qui feraient supporter à l'ensemble des assurés une charge trop lourde, soit en refusant de garantir un nouveau risque ou un nouvel assuré, soit en résiliant le contrat d'un assuré après sinistre.

► Prévention.

Prévention et protection diminuent globalement le coût des sinistres. L'assureur subordonne parfois sa garantie à l'observation de certaines mesures (comme fermer ses volets en assurance vol), ou par des contraintes tarifaires (augmentation de la cotisation incendie industrielle en l'absence d'installation d'extincteurs automatiques...), qui incitent l'assuré à mieux se protéger.

► Division du risque : coassurance et réassurance.

En dépit de prévisions rigoureuses et d'une sélection vigilante, l'assureur demeure vulnérable devant :

- Les conséquences extrêmes de certains sinistres catastrophiques (comme un sinistre de responsabilité garanti sans limitation) ;
- La masse considérable des risques qu'il supporte et pour lesquels la moindre erreur d'appréciation ou une évolution d'une ampleur inattendue peut compromettre l'aptitude de la société à remplir ses engagements.

D'où la nécessité de répartir les risques entre plusieurs assureurs.

- **La coassurance** est l'opération par laquelle plusieurs sociétés d'assurances garantissent un risque par un même contrat, chacune d'elles en prenant à sa charge une part convenue.
- **La réassurance** consiste à transférer une partie du risque d'un assureur à un autre. Une société d'assurances et un réassureur (société d'assurances ou de réassurance) passent un contrat par lequel la première se décharge sur le deuxième d'une partie des risques qu'elle a acceptés. La société qui cède les risques est appelée la cédante et le contrat se nomme traité de réassurance. Il existe plusieurs types de traité de réassurance.

► Le dernier recours : utilisation des fonds propres de la société.

En dernier ressort, les sociétés d'assurances paient sur leurs fonds propres ce qu'elles n'ont pu financer autrement. La réglementation impose d'ailleurs une « **marge de solvabilité** »²⁶ minimale, réserve supplémentaire destinée à faire face aux aléas de l'exploitation.

L'exécution d'une opération d'assurance ne doit pas mettre en jeu d'autres capitaux que ceux qui proviennent de l'encaissement des primes ou cotisations. Contrairement à ce que pense le public, les assureurs ne font que répartir, entre les sinistrés, l'argent provenant des cotisations.

Les conséquences de la sous-tarification sont généralement économiques et sociales. Elles vont de la perte des revenus pour les sociétés, à la fermeture de celles-ci : licenciement, chômage, etc.

²⁶ E. MONTETCHO : Cours de généralités et bases techniques, IIA, Avril 2003.

PARTIE – III

SOLUTIONS ENVISAGEES POUR ERADIQUER LA SOUS- TARIFICATION DES MARCHES D'ASSURANCES

Pour faire face à ce phénomène qu'est la sous-tarification, plusieurs solutions peuvent être prises. Elles passent par des mesures réglementaires (contrôle des compagnies par les autorités publiques) et des mesures individuelles qui peuvent être mises en place par chaque compagnie du marché.

Cette partie comprend deux chapitres : le contrôle des sociétés d'assurances et les stratégies mises en œuvre par les compagnies d'assurances.

CHAPITRE I : LE CONTROLE DES SOCIETES D'ASSURANCES.

La constitution d'un marché unique de l'assurance dans l'espace CIMA, empreinte d'une volonté forte de libéralisme économique, n'a pas freiné l'élan consumériste, mais l'a au contraire justifié comme un nécessaire contre poids. La liberté économique ne peut conduire à une expansion juste que si elle est encadrée par deux exigences complémentaires : la salubre concurrence sur la base de règles communes, et la protection des consommateurs d'assurances face à la redoutable puissance économique et juridique des entreprises d'assurances. On peut en effet constater que les directives de la conférence sont empreintes d'un esprit consumériste vigilant que relaient les législations nationales.

SECTION 1 : LA LEGISLATION ET LA REGLEMENTATION.

Il est de principe que tout contrat naissant de la volonté des parties, il est laissé à celles-ci une grande liberté. De fait, cette matière importante est réglée par quelques articles seulement du code civil.

Mais l'assurance présente des caractéristiques particulières :

- Elle concerne pratiquement tout le monde, et surtout
- Sa dimension financière est importante, les assureurs gérant des capitaux considérables.

Il s'ensuit une législation et une réglementation précises, qui sont d'abord apparues au travers de textes dispersés.

Tous ces textes ont fait l'objet d'un regroupement et d'un reclassement dans un nouvel ensemble, baptisé « **code des assurances des Etats membres de la CIMA** ».

Le respect de ces textes par les assureurs est contrôlé par la Commission Régionale du Contrôle des Assurances (CRCA).

Il s'agit d'un ensemble de mesures préventives, mises en place par la conférence interafricaine des marchés d'assurances contre les compagnies d'assurances qui seront tentées de pratiquer des manœuvres frauduleuses.

Ces mesures préventives passent par la mise en place d'un certain nombre de dispositions techniques :

- Exemple : L'article 212 du code CIMA sur le tarif minimal, dispose : « **Les entreprises d'assurances déterminent leurs tarifs en responsabilité civile automobile. Ceux-ci doivent être au moins égaux au tarif minimal approuvé par la commission de contrôle pour chaque Etat membre...** »
- L'obligation d'assurance en automobile (responsabilité civile).

SECTION 2 : LE CONTROLE SUR PIECE ET SUR PLACE.

Le contrôle s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats. Il est justifié par les particularités des opérations d'assurance et leur importance sociale.

Le contrôle des compagnies d'assurances est exercé par la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA). Il porte sur les entreprises, les contrats et les intermédiaires d'assurances. Ces derniers étant contrôlés par les Directions Nationales des Assurances de chaque Etat membre de la CIMA.

Le contrôle des sociétés d'assurances porte essentiellement sur deux aspects :

- Le contrôle du fonctionnement des entreprises.
- Le contrôle des contrats d'assurance.

I. Le contrôle du fonctionnement des entreprises.

Il revêt plusieurs aspects :

- **Un aspect juridique** : Les assureurs doivent, « *avant usage, communiquer au ministre en charge du secteur des assurances ... cinq exemplaires des conditions générales de leurs polices, propositions, bulletins de souscription, prospectus et imprimés destinés à être distribués au public ...* » (article 304 du code des assurances des Etats membre de la CIMA).

Ce texte donne seulement à l'administration la faculté d'exiger la « *communication de tous documents avant leur diffusion et de prescrire toute modification estimée nécessaire* ».

- **Un aspect technique** : qui consiste à veiller à ce que les primes perçues par les assureurs au titre d'un exercice soient bien utilisées conformément à leur destination essentielle : le règlement des sinistres survenus au cours du même exercice.
- **Un aspect financier** : pour vérifier si les placements des sociétés sont bien effectués selon la répartition imposée par la loi.

Le contrôle du fonctionnement porte essentiellement sur :

- La forme juridique, essentiellement sociétés anonymes ou mutuelles ;
- Le capital minimum exigé selon la forme juridique (500 millions pour les sociétés anonymes et 300 millions pour les mutuelles) ;
- L'agrément par branche d'activité, indispensable pour opérer en assurance ;

- L'agrément des dirigeants des sociétés ;
- Le contrôle de nombreux documents obligatoires qui garantissent un suivi précis de toutes les opérations techniques et comptables ;
- Le respect des règles relatives aux placements représentatifs des provisions techniques dans le but d'en garantir la sécurité, le rendement, la liquidité et la congruence et portant sur leur répartition, leur dispersion et leur localisation ;
- La marge de solvabilité en fonction de l'évolution du chiffre d'affaires et de la sinistralité ;
- L'application des sanctions et de mesures de prévention aux assureurs qui enfreignent la législation ou dont les résultats se dégradent.

II. Le contrôle des contrats d'assurance.

Le contrôle est justifié par la protection des assurés, le respect de l'ordre public et la surveillance de la sécurité à long terme des assureurs. La loi impose donc certaines formes aux contrats d'assurance. De plus en plus ce contrôle est exercé a posteriori par l'administration, plutôt qu'a priori comme à l'époque où les assureurs ne pouvaient utiliser un document ou un tarif sans visa préalable de l'administration.

La loi définit les mentions qui doivent figurer obligatoirement dans le contrat ainsi que les obligations de l'assuré et de l'assureur.

A l'égard des tarifs, l'**article 304** du code des assurances fait une distinction suivant les entreprises. Les entreprises qui pratiquent les assurances de capitalisation doivent obtenir de l'administration un visa pour leurs nouveaux tarifs : ce visa implique seulement une absence d'opposition du ministère en charge des assurances, qui peut toujours le révoquer après avis de la Commission de Contrôle des Compagnies d'Assurances (CRCA).

Les entreprises qui pratiquent les assurances de répartition doivent simplement donner communication à l'administration, à titre d'information, des bases de tarifs qu'elles se proposent d'utiliser.

Mais, l'**article 544** du code des assurances donne au ministère en charge des assurances le pouvoir de fixer dans tous les cas « **les montants minimaux et maximaux des taux de rétribution des intermédiaires** » et des arrêtés ont été effectivement pris en ce sens, spécialement en ce qui concerne les commissions en matière d'assurance automobile. Et la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) peut toujours présenter au ministère en charge des assurances des suggestions relativement aux tarifs.

L'idée de contrôle entraîne un ensemble de mesures correctives, vérifier si la manière prévue dans la gestion des sociétés d'assurances est respectée.

ILLUSTRATION

En guise d'entrée en matière, le contrôleur s'intéressera à la structure des contrats et des tarifs, aux documents commerciaux et techniques destinés par la compagnie à sa clientèle, à l'émission des contrats, à l'application des tarifs, à l'émission ou l'annulation des primes, à la résiliation des contrats, au calcul ou à l'enregistrement des taxes d'assurance.

L'objet de cette étape du contrôle est de déceler d'éventuels risques tels que :

- souscription de contrats dans une branche n'ayant pas reçu d'agrément ;
- Souscription de contrats non visés ou avec des tarifs non visés ;
- Tarifs insuffisants ;
- Tarifs minimums non respectés en RC automobile ;
- Fraudes et détournement de primes, avantages tarifaires non autorisés ;
-

Quand la commission constate à l'encontre d'une société soumise à son contrôle une infraction à la réglementation des assurances, la commission prononce les sanctions disciplinaires suivantes :

Amendes, retrait partiel d'agrément concernant telle ou telle branche, augmentation obligatoire de certains tarifs, remplacement des dirigeants par des administrateurs nommés par les pouvoirs publics (article 312 du code des assurances).

Avant la prononciation de ses sanctions disciplinaires, des mesures de prévention doivent être mises en place. Elles passent essentiellement dans la pratique par la discussion avec les dirigeants de la société contrôlée des insuffisances ou des erreurs constatées et des mesures de redressement suggérées qui porteront sur des augmentations de tarifs, des modifications des conditions des contrats, des mesures techniques de prévention imposées aux clients, des cessions d'activités dans certaines catégories d'assurances, des réductions des frais généraux et des commissions,...

CHAPITRE II : LES STRATEGIES MISES EN ŒUVRE PAR LES COMPAGNIES D'ASSURANCES.

Pour endiguer ce phénomène qu'est la sous-tarification, les entreprises d'assurances doivent adapter leur mode de gestion financière en révisant leur politique de maîtrise des coûts des risques souscrits. Cela se traduira par une remise à plat et une révision des critères de souscription, de tarification, de définition des conditions de garanties, etc. Ces difficultés conjoncturelles et les mutations structurelles doivent inciter les assureurs à accorder plus d'attention au ratio « *sinistres/primes* ».

Les transformations du paysage assurantiel de la CIMA ont affecté la compétitivité des compagnies d'assurances en pesant lourdement sur leurs résultats.

Elles doivent alors opter pour une stratégie reposant d'une part, sur une politique d'amélioration de la maîtrise des coûts et, d'autre part, sur un recentrage du développement des portefeuilles de clientèles existantes, ce qui se caractérisera par la mise en place de stratégies de différenciation.

SECTION 1 : GERER SON « PORTEFEUILLE DE RISQUES » : LES DANGERS DE LA SELECTION DES RISQUES.

Des assureurs en concurrence cherchent à ajuster les primes correspondant au niveau du risque de chacun, primes appelées actuarielles ou ajustées du risque.

Fondamentalement, le mécanisme de l'assurance implique une solidarité entre les victimes de sinistres et ceux ayant la chance de ne pas être sinistrés. Idéalement, l'assureur ne devrait exclure aucun risque de ses garanties.

Mais l'observation montre que dans la plupart des catégories d'assurances un nombre anormalement élevé de sinistres est causé par un nombre très réduit d'individus soit malchanceux, soit malades (dans le cadre de l'assurance maladie), soit malhonnêtes. Il est du devoir de l'assureur de protéger l'ensemble de la mutualité qu'il gère d'une fréquence anormale de sinistres dus à une petite minorité d'assurés. Cela passe par la mise en place d'un service chargé de la surveillance du portefeuille qui procédera au repérage des assurés et des catégories d'assurés dont les déclarations de sinistres sont anormalement fréquentes.

Les différences de fréquences dans la sinistralité peuvent être corrigées par l'imposition de mesures de prévention telles que l'exigence de moyens spécifiques de protection contre le vol pour certains types de commerces ou d'habitations, par exemple. Elles peuvent aussi être corrigées par la tarification : imposition de surprimes aux automobilistes ayant déclaré un sinistre ; primes incendies plus élevées pour les industriels qui manipulent des produits inflammables, etc. Ces mesures ne sont pas la panacée, mais elles permettent de réduire considérablement le risque. L'impératif de sélection des risques pour protéger l'équilibre de la mutualité, préserver ses résultats et ne pas imposer des cotisations injustement élevées à ses membres, se heurte chez l'assureur à son devoir social qui est de prendre en charge les conséquences des sinistres, y compris des plus malchanceux.

La plupart des assureurs du marché de l'espace CIMA doivent s'efforcer, pour améliorer leurs résultats automobiles et donc de pouvoir proposer des tarifs plus bas que leurs concurrents, de refuser certaines catégories d'assurés au risque plus élevés ou imposer des primes plus élevées, des franchises, etc. (jeunes conducteurs et personnes âgées) et les assurés ayant déclaré deux sinistres ou plus dans les deux années précédant la proposition.

Cette politique de souscription est sage et prend en compte les intérêts de la majorité des consommateurs, mais elle aboutit à des situations que les jeunes conducteurs ou les assurés avec malus trouvent injustes, puisqu'on leur refuse l'accès à l'assurance ou qu'on ne les garantit que moyennant des cotisations prohibitives.

Lorsque les excès de la sélection en arrivent à créer un problème social, les pouvoirs publics seront inévitablement amenés à intervenir. Ils le font d'autant plus qu'ils ont rendu certaines assurances obligatoires (automobile). C'est ainsi que dans chaque Etat membre de la CIMA, il a été fixé autoritairement le taux maximum des surprimes (comme celui des réductions) qui peuvent être imposées aux assurés qui ont déclaré des sinistres automobiles et a été créé Un Bureau Central de Tarification (BCT) qui a le pouvoir d'imposer aux assureurs d'accepter de couvrir à des conditions raisonnables les assurés qui ne trouvent pas à s'assurer sur le marché.

Au Sénégal, il a été mis en place un pool Transport Public de Voyageurs (TPV) pour faire face au phénomène de la sous-tarification.

SECTION 2 : MINIMISER LES COUTS DE GESTION DU RISQUE.

Deux éléments entrent dans la composition du coût de gestion. Ce sont :

- Les frais exposés par l'assureur pour la gestion de la mutualité.
- La rémunération du service rendu par l'assureur.

I. Les frais de gestion exposés par l'assureur.

Au titre des frais exposés par l'assureur, il faut mentionner :

- Les frais d'acquisition des contrats.
- Les frais généraux de l'assureur.

A. Les frais d'acquisition des contrats.

Rarement, les assurés viennent d'eux-mêmes à l'assurance.

En général, les compagnies mettent en place un réseau d'agents pour animer leur circuit de distribution ou encore elles utilisent les services des courtiers.

Agents et courtiers sont des intermédiaires dont le rôle principal consiste à diffuser l'assurance et aussi à exécuter certaines tâches pour le compte de l'assureur ou de l'assuré.

Les intermédiaires perçoivent en contrepartie de leurs apports d'affaires des commissions qui rémunèrent tant les démarches fructueuses que celles qui auraient été négatives.

Ce mode de rémunération des intermédiaires présente quelques inconvénients. En effet, du fait de l'inflation qui se répercute sur la prime, la commission peut augmenter notablement alors que le nombre d'affaires apportées n'a pas varié.

Autre inconvénient : la prime augmentant avec la gravité du risque, l'intermédiaire peut avoir intérêt à apporter de mauvais risques à la compagnie.

B. Les frais généraux proprement dits.

Ce sont les frais exposés par la société pour son siège social et ses délégations régionales s'il y en a. Ils comprennent les frais de recouvrement des primes, les frais de fonctionnement des services : sinistres, contentieux, actuariat, réassurance, comptabilité, services généraux.

Il s'agit des salaires, des charges sociales, des fournitures, des loyers, du téléphone, du télex, de l'internet, des impôts et taxes.

II. La rémunération de l'assureur.

On distingue deux cas selon la nature de la société.

• Dans les sociétés anonymes :

L'assureur est le gérant intéressé de la mutualité des assurés qu'il a constituée. Il a apporté des capitaux pour mettre la société en place. Il est donc normal qu'il reçoive une rétribution tant pour sa gestion que pour l'apport des capitaux. Cette rémunération prend la forme de dividendes versés aux actionnaires de la compagnie.

• Dans les sociétés de type « mutuel » :

La mutualité est gérée gratuitement, la seule contrainte est le remboursement de l'emprunt contracté pour constituer le fonds d'établissement.

Suite à cette description, minimiser les coûts de gestion du risque revient dans la mise en place de mesures qui tendent à optimiser les résultats techniques. Il peut s'agir entre autre de :

- Augmentation des tarifs ;
- Diminution des frais généraux ;

- Diminution des commissions ;
- Diminution des agences et courtiers pour une meilleure politique de souscription ;
- Imposition de franchises, LCI, exclusions, ... ;
- Abandon de branches déficitaires ;
- Mise en place de nouvelles politiques de souscription.

SECTION 3 : SE PROTEGER DE LA CONCURRENCE : LA DIFFERENCIATION.

I. Développer des stratégies de différenciation : gestion de la relation client, offre élargie, fidélisation, ...

La multiplication des interlocuteurs, la diversification des gammes de produit et de services d'assurance et la montée du consumérisme ont incité la clientèle à plus de « *nomadisation* ».

En réponse, les sociétés d'assurances doivent s'orienter vers une véritable stratégie de différenciation où la gestion de la relation client (GRC) prend toute sa dimension stratégique.

Cette volonté de mettre en avant le client et la qualité de service repose sur une prise de conscience : il est plus intéressant de fidéliser la clientèle existante « *portefeuille* » avant même de conquérir de nouveaux clients.

C'est pourquoi une véritable politique de fidélisation doit être mise en place par les entreprises. De nouvelles approches de la clientèle doivent se développer, avec comme support, le marketing de prospection et, surtout, le marketing de fidélisation.

Ces stratégies reposent sur une meilleure connaissance du portefeuille de clientèle, le développement d'une offre de services et le recentrage des activités sur la qualité du service client. Cette conception doit se retrouver dans tous les métiers et, plus particulièrement, dans les fonctions commerciales et celles liées à la gestion des contrats.

II. S'adapter à la demande : un impératif stratégique.

Les sociétés d'assurances doivent passer d'une logique de l'offre à une stratégie commerciale basée sur l'analyse de la demande, c'est-à-dire sur l'étude des besoins et des attentes des clients – consommateurs de produits/services. Le recentrage sur le client – consommateur doit générer le développement d'un système d'informations marketing articulé autour de la généralisation de bases de données clients. En effet, l'approche marketing occupera une place prépondérante dans ces stratégies de différenciation et de fidélisation, et rend possible une segmentation plus

fine de la clientèle ou des marchés cibles. Cela permet une meilleure connaissance des attentes, un positionnement des produits proche de la clientèle (offre élargie) et une dimension assistance- conseil – suivi client beaucoup plus importante.

Par ailleurs, l'intensification de la concurrence et l'introduction des technologies de l'information et des communications (TIC) vont exercer une influence sur l'organisation des réseaux de distribution de l'assurance. Auparavant, l'organisation était articulée autour des contrats par branche d'assurances ou nature de produits, d'un côté les assurances de « **personnes** », et de l'autre celles de « **dommages** ». Progressivement, les études et analyses marketing vont introduire une nouvelle conception, substituant la logique de la demande à celle de l'offre.

Cela nécessite de s'organiser en réseau de distribution, tout en considérant que le client qui s'adresse à un agent général ou à un courtier d'assurances correspond à un profil particulier : **une typologie de consommateurs**.

Concernant les typologies de clientèle, des segments, avec des attentes spécifiques, doivent être définis. Il s'agit d'anticiper et de proposer, par niche de clientèle identifiée, une gamme de produits et de services complète. Pour s'adapter aux évolutions de la demande des clients, les entreprises d'assurances développeront une offre élargie de produits et services (offre globale) avec des réponses toujours plus pointues et en phase avec les attentes.

Par exemple, il s'agit d'offres packagées combinant assurances et divers services d'assistance (automobile+assistance dépannage-remorquage+assistance juridique, multirisque habitation+protection juridique+assurance et assistance santé...).

Cette stratégie d'anticipation et d'adaptation à la demande doit s'accompagner également en amont et en aval de l'opération d'assurance, d'un souci de renforcement de la qualité de service qui se traduit par la personnalisation de la relation clientèle et la dimension assistance-conseil.

III. L'informatique : vecteur de développement et atout concurrentiel.

La diffusion de l'outil informatique, qui s'opère dans toutes les fonctions de l'entreprise, a aussi irradié les sociétés d'assurances. Par conséquent, ces dernières doivent s'appuyer sur cette technologie pour développer de nouveaux moyens d'information marketing (bases de données), de communication interne et externe (intranet et internet), et surtout des modes innovants d'organisation des activités d'assurance, par exemple des plates-formes de gestion d'opérations d'assurance.

Ainsi, l'informatique en permettant une logique de système d'information unique et centralisé, révolutionne les choix organisationnels dans les entreprises d'assurances. Cette technologie est l'un des vecteurs des mutations structurelles de l'assurance. A titre d'exemple, la généralisation des plates-formes téléphoniques transforme les pratiques de gestion des sinistres, exerçant un impact sur le mode de relation-client qui s'inscrit dans la politique de qualité de service client.

SECTION 4 : MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME QUALITE.

La qualité est un « **ensemble de propriétés et de caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites** » (définition donnée par la norme ISO 8402).

Le management de la qualité est un « **ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité et démontrées en tant que besoin pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences de la qualité** ».

I. Qu'est-ce que le management de la qualité ?

L'importance de posséder la confiance de ses interlocuteurs est vitale pour une entreprise. Partis de ce postulat, les managers ont recherché des procédés visant à garantir à la fois la qualité et la régularité de leurs prestations. Pour satisfaire ses clients et assurer ses performances, l'entreprise doit mettre en place un système appelé : « **Management de la qualité** ».

Pour que cette démarche soit efficace, elle doit s'appliquer à tous les groupes concernés par le fonctionnement de l'organisation :

- Les clients, utilisateurs, consommateurs ;
- Les salariés (conditions de travail, fonctionnement interne, informations)
- Les fournisseurs (conditions de collaboration, progression commune).

Ce concept de management de la qualité sert à la fois des objectifs internes et externes :

- ▶ **en interne**, le management de la qualité vise à donner confiance en sa stratégie à la direction et maintenir le niveau de compétence de l'entreprise ;
- ▶ **en externe**, elle permet d'obtenir la confiance des clients.

La revendication d'un système management de la qualité obéit à l'obtention de normes ou certifications. Ce sont les garanties officielles que, de par ses processus, l'organisation est capable de satisfaire ses clients. Les certifications les plus connues et reconnues sont les **normes ISO 9001 : 2000** de l'Organisation Internationale de Normalisation.

II. Pourquoi mettre en place un système management de la qualité ?

Baisse des anomalies externes = clients satisfaits et plus nombreux
+
Baisse des anomalies internes = Baisse des coûts de production
=
Qualités des produits/services = Prospérité de l'entreprise.

III. Mise en place d'un système management de la qualité.

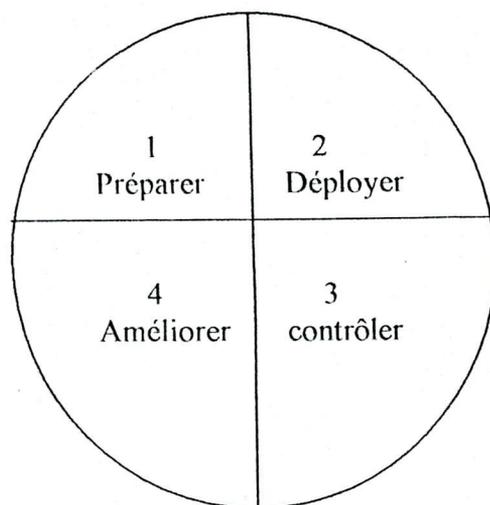
Le Système Management de la Qualité (SMQ) est l'ensemble de l'organisation, des responsabilités, des procédures, processus et moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité.

Le SMQ est régi par la règle des 4 P (cf. roue de Deming) :

- ▶ **Préétablir** : Formaliser et écrire les procédures de travail ;
 - ▶ **Pratiquer** : Dérouler l'action conformément aux procédures ;
 - ▶ **Prouver** : Démontrer que l'action s'est déroulée comme prévue ;
 - ▶ **Progresser** : Corriger l'action en vue d'amélioration.
- **Réalisation d'un diagnostic** : étape préalable à toute action. Etat des lieux, évaluation du système qualité au démarrage de l'action (visite des lieux, mise en évidence des éléments qui répondent déjà aux exigences et des dysfonctionnements, évaluation des différents coûts).
 - **Engagement de la direction et sensibilisation des salariés** (définition de la politique qualité).
 - **Mise en place d'un comité de pilotage** : le comité définit les priorités et se charge du suivi de la demande. Il a un rôle de facilitation : désignation d'un responsable Management de la Qualité (fonction de formation/animation).
 - **Rédaction d'un manuel Qualité, plan d'action/d'amélioration** : définition du dispositif d'accompagnement (choix des processus et des objectifs), mise en forme du plan d'action (qui fait quoi), définition d'indicateurs de qualité.
 - **Mise en œuvre des processus, réalisation des procédures (techniques, organisationnelles, relationnelles et managériales) définies par le comité de pilotage.**
 - **Suivi et gestion, opération de contrôle qualité, examens réguliers des indicateurs qualité, recherche d'amélioration continue, audits blancs, démarche préliminaire pour un audit de certification.**

IV. Suivi du système management de la qualité (vers la qualité totale).

► La roue de Deming l'amélioration continue.



La roue et ses différentes parties représentent le processus de management de la qualité d'une entreprise (cf. règle des 4 P). Quand la roue a accompli une révolution complète, le produit doit être **« conforme »**. Ceci dit, il est toujours possible de faire mieux, à moindre coût, de raccourcir les délais,...

Il faut alors analyser les progrès effectués et refaire tourner la roue de Deming en planifiant cette fois les améliorations.

► Les indicateurs qualités, les outils d'évaluations.

Ils sont sélectionnés en fonction des objectifs par le comité de pilotage. Ce sont eux qui vont permettre d'évaluer le système management de la qualité mis en place. Ils interviennent à trois niveaux :

Client : mesure de satisfaction ou d'insatisfaction.

Produit/service : niveau de conformité ou non-conformité.

Processus : niveau de dysfonctionnement.

Exemples d'indicateurs : Satisfaction client (réclamations, incidents,...), qualité produit/service (nombre de produits refusés au contrôle final, analyse des défauts), fonctionnement des processus (analyse des différents coûts : tris, retouches, rébus, retours aux fournisseurs).

► **Les contrôles et essais en cours de production** permettent d'identifier les causes de non conformité, avant d'en arriver au stade du contrôle final. De plus, ils améliorent l'efficacité de tout le processus qualité en évitant de continuer à produire des produits/services non conformes aux normes fixées.

► Les audits internes ou audits blancs, le chemin de la certification.

Ils découlent du même souci d'amélioration. Ils permettent aussi à l'entreprise de savoir si elle peut ou non prétendre à une certification de son processus qualité. Les audits internes (tout comme les audits externes) peuvent être appliqués à un procédé de l'entreprise ou au processus global. On parle alors soit d'audit système, soit d'audit procédé ou produit.

Un rapport d'audit contient : son objectif, ses détails, l'identification des documents de référence (norme qualité), les observations de non-conformité s'il y a lieu, l'appréciation du degré de conformité à la norme définie par le comité qualité.

V. Les certifications et normes : la finalité d'un système qualité.

L'obtention d'une certification, pour une entreprise, est la garantie officielle qu'elle est capable de fabriquer des produits ou d'exécuter des prestations de manière satisfaisante pour le client, ce qui signifie avec une qualité maintenue ou améliorée dans le temps. Il existe trois types de certification :

- **La certification d'entreprise** qui atteste la conformité du système qualité à un référentiel normalisé (normes ISO 9001 pour la qualité, ISO 14000 pour l'environnement).
- **La certification de produits ou de services** qui certifie que les caractéristiques d'un produit ou d'une prestation sont conformes à des spécifications techniques.
- **La certification de personnes** qui garantit la compétence de professionnels en fonction de critères prédéfinis.

Les normes ISO : l'Organisation Internationale de Normalisation est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation (100 pays) créée en 1947. Ses travaux aboutissent à des accords internationaux qui sont publiés sous la forme de normes internationales. Les normes portant sur la qualité sont celles de la série 9000, ce sont les plus utilisées.

VI. Le coût de la démarche qualité.

La qualité, en tant que mise en œuvre de multiples procédés a un coût, COQ (Coût d'Obtention de la Qualité). Pour bien l'évaluer, il lui est souvent comparé le coût de la non qualité.

Ainsi, on divise généralement le COQ en deux composantes :

- Le coût du certificat.
- Les coûts d'investissement.

- **Le coût de la certification est le plus facile à calculer.**

Le coût de la certification ne représente qu'une petite partie des coûts de la qualité (la démarche ne représente qu'une à dix fois le prix du certificat proprement dit).

- **Les coûts d'investissement sont plus difficiles à cerner.**

Très variés suivant les entreprises, ils incluent les coûts de détection, les procédures correctives, et les investissements humains et matériels.

Le coût de la non-qualité.

Les coûts de la non-qualité correspondent aux frais encourus lorsque le produit ne satisfait pas aux exigences de qualité avant et après avoir quitté l'entreprise. Il y a donc ceux liés au dysfonctionnement interne, comme les rebuts, retouches et multiples essais, et ceux qui correspondent aux défaillances externes : indemnités, reprises marchandises,...

Intégrer la dimension qualité de service dans les fonctions traditionnelles de l'assurance.

Le souci de qualité de service concerne toutes les phases de la commercialisation de produits et services d'assurances, depuis l'information du client sur l'évaluation du risque à couvrir jusqu'à la souscription du contrat, et tout au long du suivi (avenants suite à modifications du contenu du contrat, gestion des sinistres,...).

Concrètement, cette tendance s'illustre par une évolution des pratiques en matière de gestion des sinistres puisque nous passons de l'indemnisation, au sens monétaire du terme, à une prestation de service,

A titre d'exemple, dans le cas d'un contrat d'assurance automobile, lors de la survenance d'un accident, il s'agit de réduire le préjudice éventuel de l'assuré en mettant à sa disposition, dans un délai minimal un véhicule de remplacement et en lui proposant des services d'assistance, notamment le rapatriement de l'automobile.

Le système management de la qualité n'est pas la solution miracle à tous les maux des entreprises, mais elle augmente très significativement les chances de succès. C'est l'un des critères d'optimisation et une aide importante à la décision. Le système management de la qualité ne doit pas être dictée par le marché, mais utilisée en amont, comme un véritable outil de gestion et de management transversal.

VII. « Système management de la qualité » et éradication de la sous-tarification.

Aujourd'hui, l'amélioration des produits et des services représente une priorité absolue pour de nombreuses sociétés, car la plupart des clients n'acceptent plus une qualité simplement moyenne. Selon Welch, le patron de General Electric (GE) : **« La qualité est notre meilleure source de fidélité clientèle, notre principale atout vis-à-vis de la concurrence étrangère et le seul axe possible pour préserver notre croissance et notre rentabilité »**²⁷.

Il s'ensuit que de nombreuses entreprises poursuivent aujourd'hui un programme de « **SMQ** » que l'on peut définir comme un **« effort entrepris au niveau de l'ensemble de l'entreprise pour sans cesse améliorer les produits, les services, et les procédures »**.

Il existe un lien étroit entre la qualité de l'offre, la satisfaction de la clientèle et la rentabilité. Un niveau supérieur de qualité entraîne en général une satisfaction plus forte et autorise en même temps un prix élevé. C'est pourquoi les entreprises qui mettent en place un **« programme qualité »** accroissent souvent leurs bénéfices. Un **« système management de la qualité »** est important pour plusieurs raisons :

1. La qualité reflète toute l'activité de l'entreprise, pas uniquement ses produits.
2. La qualité exige une implication totale du personnel.

Un programme qualité n'a de sens que si tous les employés se sentent concernés, motivés et formés. Les entreprises qui réussissent sont celles qui parviennent à briser les barrières interdépartementales. Leurs employés travaillent en équipe. Ils s'efforcent de satisfaire aussi bien leurs clients internes qu'externes.

3. La qualité est une condition nécessaire, mais pas suffisante. Améliorer la qualité est indispensable car les clients deviennent de plus en plus exigeants. En même temps, la qualité ne confère pas nécessairement d'avantage particulier, surtout si la concurrence s'aligne.

Les bénéfices d'un SMQ sont à la fois organisationnels et financiers :

► Bénéfices organisationnels

- Une vision améliorée des différents processus.
- Un suivi plus performant.
- Une connaissance plus approfondie.
- Une confiance du client plus importante.
- Un savoir-faire mieux préservé.

²⁷ « Quality : the U.S. Drives to Catch Up », Business week, 1982, pp. 66-80

- Une meilleure réglementation.

► **Bénéfices financiers**

- Une augmentation des revenus (meilleures performances des produits et donc demande accrue des clients)
- Une amélioration du temps de mise sur le marché (et donc une plus grande réactivité).
- Une réduction des coûts (coût d'achat du matériel, du besoin d'espace, des niveaux moyens des stocks, de la non-qualité, etc.)

Le contrôle de l'activité d'assurance exercé par les pouvoirs publics se justifie par la nature complexe, aléatoire et différée des engagements contractuels de l'assureur.

Ceci doit entraîner une prise de conscience des sociétés pour améliorer leurs modes de fonctionnement.

CONCLUSION.

La concurrence est naturelle et résulte de la liberté d'entreprendre par l'usage de sa liberté individuelle, elle est aussi une contrainte qui pousse à l'excellence.

Ainsi, la concurrence forme une main invisible qui permet au consommateur et au producteur de bénéficier mutuellement du marché. Le producteur, naturellement poussé à proposer ses biens et services de manière à maximiser ses gains, ne pourra pour autant sacrifier la qualité ou être trop gourmand sur ses prix, sa cupidité le mènerait tout droit à la faillite. Le consommateur, de son côté, cherchera toujours mieux et moins cher.

Dans le secteur des assurances, marqué par l'inversion du cycle de production, l'assureur s'engage par contrat à indemniser ses assurés en cas de réalisation du risque. Il a donc le devoir de fixer la tarification de ses garanties de telle façon qu'il ait toujours assez d'argent disponible pour être en mesure d'honorer ses engagements futurs, c'est-à-dire de régler les sinistres au fur et à mesure qu'ils surviennent.

Après avoir fixé grosso modo les types de produits qu'il compte offrir, l'assureur peut se pencher sur la tarification. Son objectif est de souscrire des affaires qui lui permettront de dégager un certain profit. Lorsqu'on définit la prime, il faut respecter un certain nombre de principes que nous désignerons par des mots clés :

- **Adéquate** : La prime doit permettre de couvrir les frais d'indemnisation des sinistres, les frais d'acquisition des contrats, les frais de gestion et les impôts.

Elle doit en outre permettre une certaine marge de fluctuation dans les frais d'indemnisation des sinistres ainsi qu'une marge bénéficiaire.

- **Raisnable** : La prime doit être perçue comme juste contrepartie des indemnités promises.

- **Équitable** : La prime doit être répartie de façon équitable entre les diverses catégories d'assurés. La prime doit correspondre au coût réel de son exposition au risque, l'affinement de la tarification lui garantissant qu'il paye le juste prix de l'assurance, correspond à son profil de risque, sans qu'il soit pénalisé par les pertes que feraient subir à son assureur un groupe d'assurés moins soucieux de prévention ou plus exposés au sinistres que lui.

- **Compétitive** : La prime doit être compétitive sur le marché où le produit est vendu. Elle ne doit être ni trop élevée – ce qui ferait fuir la clientèle – ni trop bon marché – ce qui exposerait l'entreprise à des pertes techniques.

Le tout dans le cadre d'une action préventive visant la maîtrise des coûts, entre autres, en vue de diminuer le nombre de sinistres, et par là même, le déficit technique.

En principe, la concurrence entraîne des bienfaits pour le marché :

Efficienc e statique : Baisse des prix, amélioration de la qualité, augmentation du choix des consommateurs.

Efficienc e dynamique : Encouragement de la recherche, accélération de l'innovation.

Ceci au bénéfice des consommateurs, mais aussi des sociétés.

Véritable système de motivations et de sanctions individuelles, la concurrence laisse libre cours à la créativité ; stimule l'innovation par l'encouragement à la découverte et à l'utilisation de nombreux produits, de nouveaux procédés, elle oriente ainsi l'entreprise vers une combinaison plus efficace de ses ressources. Enfin, elle est un moyen d'allocation efficient par l'orientation qu'elle donne aux facteurs productifs vers leurs usages les plus utiles à la société.

En un mot la concurrence, réelle et potentielle en marchés contestables, veille à ce que nous fassions le meilleur usage possible de la liberté d'entreprise. Cette concurrence naturelle s'imposera toujours. Mais il est nécessaire d'instaurer un droit de la concurrence dans le secteur des assurances qui sanctionnera les actions et abus anti-compétitifs et contrôlera les structures de l'économie.

ANNEXES

FEDERATION GABONAISE DES SOCIETES D'ASSURANCES (FEGASA)

EXTRAIT DU TARIF AUTOMOBILE MINIMUM DU 01.06.1996.

**TARIF AUTOMOBILE MINIMUM OBLIGATOIRE ET PROVISOIRE APPLICABLE
EN REPUBLIQUE GABONAISE.**

LES PRIMES DES BAREMES CI-APRES SONT CALCULEES CONFORMEMENT
AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 2 DE LA DECISION N°
00003/CIMA/CRCA/SG/95 DE LA COMMISSION REGIONALE DE CONTROLE EN
ZONE CIMA.

**N°1 – TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES « TOURISME »
(GROUPE A)**

		I – RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)	
Force fiscale en CV des moteurs		Prime sans remorque	Surprime par remorque 10 %
Diesel	Essence		Prime avec 1 remorque
1 –	Jusqu'à 2	61.750	67.925
2 – 4	3 – 6	76.615	84.275
5 – 7	7 – 10	80.040	88.045
8 – 10	11 – 14	86.900	95.590
11 – 16	15 – 23	108.630	119.495
17 & plus	24 & plus	145.220	159.740

II - DOMMAGES SUBIS PAR LE VEHICULE

Dommages par :	Risques	PRIMES	Minimum	FRANCHISE OBLIGATOIRE
		En % de la valeur du véhicule		Montant
Accident	C	10,80 % de la valeur catalogue	172.800	100.000
Incendie	D	1,20 % de la valeur vénale	12.000	-
Vol	E	1,80 % de la valeur vénale	15.000	10 % de la valeur vénale avec franchise minimum = 100.000 maximum = 200.000
Bris de glace	F	1 % de la valeur catalogue	16.000	

**N°1 – TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES « TOURISME »
(GROUPE B)**

		I – RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)	
Force fiscale en CV des moteurs		Prime sans remorque	Surprime par remorque 10 %
Diesel	Essence		Prime avec 1 remorque
1 –	Jusqu'à 2	93.655	103.020
2 – 4	3 – 6	115.175	126.695
5 – 7	7 – 10	120.240	132.265
8 – 10	11 – 14	131.625	144.790
11 – 16	15 – 23	164.530	180.985
17 & plus	24 & plus	215.955	237.550

II - DOMMAGES SUBIS PAR LE VEHICULE

Dommages par :	Risques	PRIMES	Minimum	FRANCHISE OBLIGATOIRE
		En % de la valeur du véhicule		Montant
Accident	C	10,80 % de la valeur catalogue	172.800	100.000
Incendie	D	1,20 % de la valeur vénale	12.000	-
Vol	E	1,80 % de la valeur vénale	15.000	10 % de la valeur vénale avec franchise minimum = 100.000 maximum = 200.000
Bris de glace	F	1 % de la valeur catalogue	16.000	

N°2 - A - TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES APPARTENANT A DES ASSURES NON TITULAIRES D'UNE PATENTE DE TRANSPORTEUR ET UTILISES POUR LE TRANSPORT DE PRODUITS OU DE MARCHANDISES APPARTENANT A L'ASSURE (GROUPE A: TRANSPORTS PRIVES DE MARCHANDISES)

I - RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)				
Force fiscale en CV des moteurs		Prime sans remorque	Surprime par remorque 10 %	
Diesel	Essence		Par remorque 20% Prime avec une remorque	Pour personnes transportées
1 -	Jusqu'à 2	113.455	136.145	a) à l'insu 15 %
2 - 4	3 - 6	123.550	148.260	
5 - 7	7 - 10	132.370	158.845	b) gratuitement
8 - 10	11 - 14	170.190	204.230	
11 - 16	15 - 23	208.005	249.605	5.420 par personne à partir de la 9ème
17 & plus	24 & plus	231.955	278.345	

II - DOMMAGES SUBIS PAR LE VEHICULE

PRIMES				FRANCHISE OBLIGATOIRE			
Dommages par :	Risques	En % de la valeur du véhicule	Minimum	Applicable aux véhicules Puis. Inférieure à 9 CV	Applicable aux véhicules Puis. Supérieure à 9 CV		
Accident	C	18 % de la valeur catalogue	288.000	20.000	10% des réparations	100.000	200.000
Incendie	D	1,80 % de la valeur vénale	18.000	-	-	-	-
Vol	E	1,80 % de la valeur vénale	15.000	-	10% de la valeur vénale	100.000	200.000
Bris de glace	F	1 % de la valeur catalogue	16.000	-	-	-	-

N°2 - B - TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES APPARTENANT A DES ASSURES NON TITULAIRES D'UNE PATENTE DE TRANSPORTEUR ET UTILISES POUR LE TRANSPORT DE PRODUITS OU DE MARCHANDISES APPARTENANT A L'ASSURE (GROUPE B: TRANSPORTS PRIVES DE MARCHANDISES)

I - RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)				
Force fiscale en CV des moteurs		Prime sans remorque	Surprime par remorque 10 %	
Diesel	Essence		Par remorque 20% Prime avec une remorque	Pour personnes transportées
1 -	Jusqu'à 2	155.675	186.810	a) à l'insu 15 %
2 - 4	3 - 6	169.595	203.515	b) gratuitement
5 - 7	7 - 10	180.990	217.190	
8 - 10	11 - 14	232.875	279.450	
11 - 16	15 - 23	284.770	341.725	5.440 par personne à partir de la 9ème
17 & plus	24 & plus	316.405	379.685	

II - DOMMAGES SUBIS PAR LE VEHICULE

PRIMES				FRANCHISE OBLIGATOIRE			
Dommages par :	Risques	En % de la valeur du véhicule	Minimum	Applicable aux véhicules Puis. Inférieure à 9 CV	Applicable aux véhicules Puis. Supérieure à 9 CV		
Accident	C	18 % de la valeur catalogue	288.000	20.000	10% des réparations	100.000	200.000
Incendie	D	1,80 % de la valeur vénale	18.000	-	-	-	-
Vol	E	1,80 % de la valeur vénale	15.000	-	10% de la valeur vénale	100.000	200.000
Bris de glace	F	1 % de la valeur catalogue	16.000	-	-	-	-

N°3 - A - TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES APPARTENANT A DES ASSURES TITULAIRES D'UNE PATENTE DE TRANSPORTS ET/OU UTILISES POUR LE TRANSPORT DE PRODUITS OU DE MARCHANDISES APPARTENANT A DES TIERS (GROUPE A : TRANSPORTS PUBLICS DE MARCHANDISES)

I - RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)				
Force fiscale en CV des moteurs		Prime sans remorque	Surprime par remorque	
Diesel	Essence		Par remorque 30% Prime avec une remorque	Pour personnes transportées
1 -	Jusqu'à 2	143.720	186.835	a) à l'insu 15 %
2 - 4	3 - 6	152.545	198.310	b) gratuitement
5 - 7	7 - 10	167.670	217.970	
8 - 10	11 - 14	215.575	280.250	
11 - 16	15 - 23	263.480	342.525	5.890 par personne à partir de la 9ème
17 & plus	24 & plus	303.820	394.965	

II - DOMMAGES SUBIS PAR LE VEHICULE

PRIMES				FRANCHISE OBLIGATOIRE		
Dommages par :	Risques	En % de la valeur du véhicule	Minimum	Montant	Minimum	Maximum
Accident	C	18 % de la valeur catalogue	322.000	10% des réparations	100.000	200.000
Incendie	D	1,80 % de la valeur vénale	18.000	-	-	-
Vol	E	1,80 % de la valeur vénale	15.000	10% de la valeur vénale	100.000	200.000
Bris de glace	F	1 % de la valeur catalogue	16.000	-	-	-

N°3 – B - TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES APPARTENANT A DES ASSURES TITULAIRES D'UNE PATENTE DE TRANSPORTEURS ET/OU UTILISES POUR LE TRANSPORT A TITRE ONEREUX DE PRODUITS OU DE MARCHANDISES APPARTENANT A DES TIERS (GROUPE B : TRANSPORTS PUBLICS DE MARCHANDISES)

I – RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)				
Force fiscale en CV des moteurs		Prime sans remorque	Surprime par remorque	
Diesel	Essence		Par remorque 30% Prime avec une remorque	Pour personnes transportées
1 –	Jusqu'à 2	197.440	256.670	a) à l'insu 15 %
2 – 4	3 – 6	207.565	269.835	b) gratuitement
5 – 7	7 – 10	229.080	297.805	
8 – 10	11 – 14	294.895	383.365	
11 – 16	15 – 23	360.705	468.915	5.440 par personne à partir de la 9ème
17 & plus	24 & plus	415.125	539.665	

II - DOMMAGES SUBIS PAR LE VEHICULE

PRIMES				FRANCHISE OBLIGATOIRE		
Dommages par :	Risques	En % de la valeur du véhicule	Minimum	Montant	Minimum	Maximum
Accident	C	18 % de la valeur catalogue	322.000	10% des réparations	100.000	200.000
Incendie	D	1,80 % de la valeur vénale	18.000	-	-	-
Vol	E	1,80 % de la valeur vénale	15.000	10% de la valeur vénale	100.000	200.000
Bris de glace	F	1 % de la valeur catalogue	16.000	-	-	-

N°4 - B - TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX : AUTOBUS, AUTOCAR, TAXIS (BROSSE BAGAGES) AUX VEHICULES : DE GRANDE REMISE, DE LOCATION AVEC CHAUFFEUR, DE TRANSPORTS MIXTES ET A CEUX UTILES POUR LE TRANSPORT DE LEURS CLIENTS PAR DES HOTELS, RESTAURANTS, AGENCES DE VOYAGES ET DE TOURISME (GROUPE B : T.P.V.)

I - RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)				
Force fiscale en CV des moteurs		Prime sans remorque	Surprime par remorque	
Diesel	Essence		Par place Passager	Par remorque
1 -	Jusqu'à 2	148.080	20.250 par place jusqu'à 20 places	30 %
2 - 4	3 - 6	158.205		
5 - 7	7 - 10	199.970	12.190 par place à partir de la 21 ^{ème} place	
8 - 10	11 - 14	256.925		
11 - 16	15 - 23	297.425		
17 & plus	24 & plus	332.865		

II - DOMMAGES SUBIS PAR LE VEHICULE

PRIMES				FRANCHISE OBLIGATOIRE		
Dommages par :	Risques	En % de la valeur du véhicule	Minimum	Montant	Minimum	Maximum
Accident	C	18 % de la valeur catalogue	288.000	10% des réparations	100.000	200.000
Incendie	D	1,80 % de la valeur vénale	18.000	-	-	-
Vol	E	1,80 % de la valeur vénale	15.000	10% de la valeur vénale	100.000	200.000
Bris de glace	F	1 % de la valeur catalogue	16.000	-	-	-

N°5 – A - TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES MOTORISES A DEUX ET A TROIS ROUES ET AUX VEHICULES A QUATRE ROUES D'UN POIDS A VIDE NE DEPASSANT PAS 150 KG. (GROUPE A : 2 & 3 ROUES, 4 ROUES DE MOINS DE 150 KG A VIDE)

RABAIS – FLOTTE : Doit être calculé séparément pour ces véhicules.

I – RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)			
Véhicules	Cylindrées (ou caractéristiques)	Sans transport de produits ou de marchandises	Avec transport de produits ou de marchandises
Cyclomoteur	Jusqu'à 50 cm ³	38.500	Surprime de 20%
Scooter/Véломoteur	Jusqu'à 125 cm ³	50.820	
Scooter/Motocyclette	Plus de 125 cm ³	73.920	
Side-car	Toutes	86.240	
Triporteur	Toutes	87.780	
Véhicules à 4 roues	Poids vide maximum de 150 kg 2 places maximum Pas de permis de conduire nécessaire <u>N.B.</u> Si ces conditions ne sont pas remplies appliquer le tarif 1 - A	84.700	

Dommages – Incendie – Vol :

CES GARANTIES PEUVENT ETRE ACCORDEES GLOBALEMENT MOYENNANT UN TAUX DE PRIME DE 16,80% DE LA VALEUR NEUVE AU MINIMUM DE 30.000 FCFA ET APPLICABLE D'UNE FRANCHISE DE 100.000 FCFA.

N°5 – B - TARIF MINIMUM APPLICABLE AUX VEHICULES MOTORISES A DEUX ET A TROIS ROUES ET AUX VEHICULES A QUATRE ROUES D'UN POIDS A VIDE NE DEPASSANT PAS 150 KG. (GROUPE A : 2 & 3 ROUES, 4 ROUES DE MOINS DE 150 KG A VIDE

RABAIS – FLOTTE : Doit être calculé séparément pour ces véhicules.

I – RESPONSABILITE CIVILE (Risques RC + RTI)			
Véhicules	Cylindrées (ou caractéristiques)	Sans transport de produits ou de marchandises	Avec transport de produits ou de marchandises
Cyclomoteur	Jusqu'à 50 cm3	63.750	Surprime de 20%
Scooter/Véломoteur	Jusqu'à 125 cm3	82.500	
Scooter/Motocyclette	Plus de 125 cm3	121.880	
Side-car	Toutes	140.630	
Triporteur	Toutes	146.250	
Véhicules à 4 roues	Poids vide maximum de 150 kg 2 places maximum Pas de permis de conduire nécessaire <u>N.B.</u> Si ces conditions ne sont pas remplies appliquer le tarif 1 - A	140.630	

Dommages – Incendie – Vol :

CES GARANTIES PEUVENT ETRE ACCORDEES GLOBALEMENT MOYENNANT UN TAUX DE PRIME DE 16,80% DE LA VALEUR NEUVE AU MINIMUM DE 30.000 FCFA ET APPLICABLE D'UNE FRANCHISE DE 100.000 FCFA

BIBLIOGRAPHIE

A. OUVRAGES

1. Jean Yves CAPUL & Olivier GARNIER : Dictionnaire d'économie et de sciences sociales, Hatier, Paris, Avril 1999.
2. Jérôme YEATMAN : Manuel international de l'assurance, Edition Economica, 1998.
3. Yvonne LAMBERT-FAIVRE : Droit des assurances, Editions Dalloz, 2001.
4. François COUILBAULT, Constant ELIASHBERG, Michel LATRASSE : Les grands principes de l'assurance, Editions l'Argus, 2002.
5. **Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance (CIMA)** : Code des assurances des Etats membres de la CIMA, Paris, 2^e Edition, la FANAF, 2001.
6. Philip KOTLER & Bernard DUBOIS : Marketing Management, France, 9^e Edition, 1997.
7. Jean-Marie PERETTI : Gestion des Ressources Humaines, Vuibert, 6^e Edition, Paris, 1995.
8. Jacques CHARBONNIER : Risques et assurances des PME-PMI, Edition l'Argus, 1990.
9. Xavier RICHEL : Economie de l'entreprise, Hachette livre, Paris, 1994.

B. ARTICLES, RAPPORTS & COURS

1. Egouleti MONTETCHO : Cours de généralités et bases techniques, IIA, Avril 2003.
2. Fédération Gabonaise des Sociétés d'Assurances (FEGASA) : Tarif automobile minimum, 1996.
3. Fédération Française des Sociétés d'assurances (FFSA) : L'expertise, CDIA, Octobre 2002.
4. **L'Assureur Africain** : Physionomie du marché de la CIMA en 2001, n°49, Juin 2003.

5. **Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance (CIMA) : Rapport sur l'ensemble des marchés d'assurances de la CIMA, Exercice 2002, Juillet 2004.**

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
AVANT-PROPOS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE : LA STRUCTURE DU MARCHE DE L'ASSURANCE.....	7
CHAPITRE I : LE SECTEUR DE L'ASSURANCE.....	7
Section 1 : Les segments du marché.....	7
I. Les sociétés d'assurances de dommages.....	7
II. Les sociétés d'assurances de personnes.....	9
III. Les sociétés mixtes.....	10
IV Les sociétés de réassurance.....	11
Section 2 : Les canaux de distribution.....	11
I. La distribution par les intermédiaires.....	12
A. Les agences générales.....	12
B. Les cabinets de courtage.....	12
C. Les producteurs salariés.....	13
II. La distribution par guichets.....	13
Section 3 : Une activité auxiliaire : l'expertise.....	14
CHAPITRE II : LA CONCURRENCE DANS L'ESPACE CIMA.....	16
Section 1 : Le décloisonnement du secteur financier : une concurrence accrue.....	16
Section 2 : La mondialisation des marchés.....	17
Section 3 : L'introduction des nouvelles technologies.....	17
Section 4 : Les structures des marchés de la CIMA.....	18

I. Le marché de la concurrence pure et parfaite.....	18
II. Les marchés de la concurrence imparfaite.....	19
A. Le monopole (et le monopsonne).....	19
1. Le monopole.....	19
2. Le monopsonne.....	19
B. L'oligopole (et l'oligopsonne).....	19
1. L'oligopole.....	19
2. L'oligopsonne.....	20
III. Le monopole bilatéral.....	20
IV. Les marchés contestables.....	20
A. Définition.....	20
B. Conséquences.....	21
DEUXIEME PARTIE : LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES ET SES CONSEQUENCES.....	22
CHAPITRE I : LES MECANISMES DE L'ASSURANCE.....	22
Section 1 : La loi des grands nombres.....	22
Section 2 : Les statistiques.....	22
Section 3 : L'élaboration d'une tarification : la prime.....	23
I. Le calcul de la prime.....	23
A. La prime pure ou technique.....	24
1. La fréquence des sinistres.....	25
2. Le coût moyen.....	25
3. La règle proportionnelle de taux de prime.....	26
B. L'assiette de la prime.....	26
1. Assiette de la prime en assurance de chose ou de biens.....	27
a. Chose à valeur déterminée.....	27

b. Risques variables : stocks.....	28
2. Règle proportionnelle d'assiette de prime.....	29
3. Assiette de la prime en assurance de responsabilité.....	29
4. Assiette de la prime en assurance de personne.....	30
C. Les chargements de la prime.....	30
1. Chargement commercial.....	30
2. Chargement fiscal.....	30
D. Les modes de tarification.....	32
E. Incidence de la franchise, de la LCI et des exclusions sur la tarification.....	32
F. Incidence de la réassurance sur la tarification.....	33
II. Les provisions techniques et les produits financiers.....	33
A. La provision pour risques en cours.....	34
B. La provision pour sinistres restant à payer.....	36
C. Les placements réglementés et les produits financiers.....	39
D. Tarification et revenus financiers.....	39
CHAPITRE II : LES CAUSES DE LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES.....	44
Section 1 : Les causes techniques.....	44
Section 2 : Les causes commerciales.....	45
Section 3 : Les causes économiques.....	46
Section 4 : Les causes humaines.....	47
I. Formation du personnel.....	47
II. Moralité du personnel.....	48
CHAPITRE III : LES CONSEQUENCES DE LA SOUS-TARIFICATION DES RISQUES.....	49
Section 1 : La dégradation du chiffre d'affaires.....	49

Section 2 : L'augmentation de la sinistralité.....	50
Section 3 : Le déséquilibre des résultats techniques.....	50
I. Le chiffre d'affaires.....	50
II. La sinistralité.....	51
III. Les chargements.....	52
IV. Les produits financiers.....	52
TROISIEME PARTIE : LES SOLUTIONS ENVISAGEES POUR ERADIQUER LA SOUS-TARIFICATION DES MARCHES D'ASSURANCES.....	55
CHAPITRE I : LE CONTROLE DES SOCIETES D'ASSURANCES.....	55
Section 1 : La législation et la réglementation.....	55
Section 2 : Le contrôle sur pièce et sur place.....	56
I. Le contrôle du fonctionnement des entreprises.....	56
II. Le contrôle des contrats d'assurance.....	57
CHAPITRE II : LES STRATEGIES MISES EN ŒUVRE PAR LES COMPAGNIES D'ASSURANCES.....	59
Section 1 : Gérer son « portefeuille » de risques : les dangers de la sélection des risques.....	59
Section 2 : Minimiser les coûts de gestion des risques.....	60
I. Les frais de gestion exposés par l'assureur.....	60
A. Les frais d'acquisition des contrats.....	60
B. Les frais généraux proprement dits.....	61
II. La rémunération de l'assureur.....	61
Section 3 : Se protéger de la concurrence : la différenciation.....	62
I. Développer des stratégies de différenciation : Gestion de la relation client, offre élargie : Fidélisation,	62
II. S'adapter à la demande : Un impératif stratégique.....	62
III. L'informatique : Vecteur de développement et atout concurrentiel.....	63

Section 4 : Mise en place d'un programme qualité.....	64
I. Qu'est-ce que l'assurance qualité ?.....	64
II. Pourquoi mettre en place un système qualité ?.....	64
III. Mise en place d'un système assurance qualité.....	65
IV. Suivi du système qualité (vers une qualité totale).....	66
V. Les certifications et normes : la finalité d'un système qualité.....	67
VI. Le coût de la démarche qualité.....	67
VII. Importance d'un système assurance qualité sur un marché concurrentiel et dans l'éradication de la sous-tarifcation.....	69
CONCLUSION.....	71
ANNEXES.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	83
TABLE DES MATIERES.....	85