V-27

MEMOIRE

DE L'EVALUATION DES PROVISIONS TECHNIQUES EN ASSURANCE AUTOMOBILE

Par **Mandaw KANDJI**

1982

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES
DE YAOUNDE

Cycle Supérieur
Fin d'Etudes de 1ère Année
Promotion 1980/1982

//)E L'EVALUATION DES PROVISIONS TECHNIQUES EN ASSURANCE AUTOMOBILE

=*********=

Par Mandaw KANDJI
Stagiaire à l'I. I. A.

Nous tenons à remercier ici Monsieur Abdoulaye SOW, Directeur des " ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES " et l'ensemble du personnel pour leur collaboration effective.

PLAN DU RAPPORT

°°°°°°°°°°°°°°°°

INTRODUCTION GENERALE

I - EVALUATION DES PROVISION POUR RISQUES EN COURS

A/- DEFINITION

B/- METHODES D'EVALUATION

C/- APPLICATION

II - EVALUATION DES PROVISIONS POUR SINISTRES A PAYER

A/- DEFINITION

B/- METHODES D'EVALUATION

C/- APPLICATION

CONCLUSION GENERALE

****
****
******

INTRODUCTION -

La Société Anonyme " ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES " au capital de 230.000.000 F.CFA, constitue aujourd'hui l'une des plus importantes Sociétés d'assurance au Sénégal.

Au titre de l'exercice 1980, elle a réalisé un chiffre d'affaire estimé à 2.858.775.039 F.CFA, ce qui la place en première position sur le marché des assurances de la place.

A l'origine, la Société Anonyme "ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES" était une agence des "ASSURANCES GENERALES DE FRANCE" transformée par transfert de portefeuille, en société de droit national dans laquelle, la participation de l'Etat et des nationaux était et demeure encore faible, soit 17 % du capital.

Pour sa troisième année de fonctionnement (exercice 1980), la Société en tant que société de droit national, a enregistré les résultats que nous trouverons ci-joint.

Comme nous le montrent le compte d'exploitation générale et le compte de pertes et profits, ces résultats laissent apparaître une situation à améliorer. En effet, la société a accusé une perte technique de 243.423.854 F.CFA. Mais, grâce aux produits des placements et autres produits nets des frais financiers, la société a pu combler le déficit et tirer un bénéfice net de 50.380.225 F.CFA.

Ce déficit s'explique en partie par la sinistralité de la branche automobile très élevée car pour un encaissement de 100 F de prime, la société a à régler 122 F de sinistre.

Par ailleurs, il serait intéressant de souligner que la politique de réassurance de la société est très favorable aux réassureurs. En fait ceux-ci n'acceptent que les risques autres que l'automobile. Or, cette branche qui représente 62,90 % du chiffre d'affaire est gravement déficitaire comme nous l'avons indiqué ci-dessus. De ce fait, la

.../...

société conservant entièrement toutes les primes de cette branche en supporte toutes les conséquences néfastes et sans partage sur le plan technique.

A notre avis, étant donné que les réassureurs profitent des bons risques, cela aurait été normal qu'ils prennent en charge des risques jugés mauvais comme l'automobile, pour qu'il y'ait équilibre.

C'est là un des multiples problèmes que rencontrent aujourd'hui les sociétés nationales au Sénégal. Mais notre propos n'est pas d'étudier ici la réassurance et les difficultés inhérentes.

Nous nous proposons dans le cadre de ce mémoire d'aborder l'évaluation des provisions techniques en assurance automobile au Sénégal et plus précisément aux " ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES ". Les difficultés que nous avons rencontrées auprès des autres sociétés pour obtenir des informations, ne nous ont pas permis d'étendre cette étude à l'ensemble du secteur. Cependant, il faut noter que compte tenu de l'importance de la société observée, de son degré d'organisation et de son expérience, cette étude sans prétendre soulever tous les problèmes généraux, en aborde quelques-uns que l'on retrouve sans nul doute partout ailleurs.

Comme on le sait, du fait de l'inversion du cycle de production, une société d'assurance est différente d'une société commerciale. Celle-ci, au terme du procès de fabrication, détermine sans difficulté un prix de revient pour chaque unité produite et fixe son prix de vente en tenant compte de son bénéfice. Or, pour une société d'assurance, c'est l'opposé exact. En fait toute société d'assurance détermine d'abord son prix de vente par la prime qu'elle émet pour couvrir un risque qu'elle promet à l'assuré de prendre en charge et attend que ce risque se réalise pour en connaître le prix de revient.

Cette spécificité pose la problématique de la solvabilité dans le temps des entreprises d'assurance. Provisions technique (qui nous intéressent ici particulièrement) et placements réglementés constituent précisément les deux éléments de solution de ce problème. Mais essa ons d'appréhender la notion de durée dans les opérations d'assurance.

Les assurances sur la vie sont par excellence des opérations à long terme puisqu'elles comportent, normalement, la capitalisation des sommes détenues par l'assureur.

.../...

Les opérations d'assurances de dommages se composent pour la plus importante partie, de risques indirects (responsabilité civile automobile, accidents de travail) dont le réglement, fréquemment différé par le temps que met une victime blessée pour se consolider, la nécessité d'un partage équitable des responsabilités (effectué au cours de transactions longues et délicates ou par une action judiciaire), peut ne s'effectuer que longtemps après la survenance du sinistre.

L'assureur, qui a perçu la prime ou cotisation lors de la prise prise en charge du risque, se trouve donc détenir pour une durée parfois longue des sommes importantes dont il doit pouvoir justifier l'existence. Les entreprises d'assurance doivent donc à tout moment pouvoir justifier qu'elles disposent de sommes suffisantes pour le réglement intégral de leurs engagements vis-à-vis des assurés ou bénéficiaires de contrats.

Les provisions techniques sont la mesure au passif du bilan des dettes et engagements nés de l'exécution des contrats d'assurance qu'une société a souscrits.

Elles doivent être calculées sans déduction des réassurances cédées, l'assureur direct restant seul responsable vis-à-vis de l'assuré.

Ces provisions techniques doivent être suffisantes (article 9 alinéa 1 de la loi ~~du décret~~ N° 63-38 du 10 Juin 1963).

Par ailleurs, en tant qu'investisseurs institutionnels, les sociétés d'assurance interviennent grâce aux provisions techniques (qui se sont élevées à 11.008.000.000 F.CFA en 1979) dans l'économie nationale par les crédits qu'elles consentent et les placements qu'elles font dans les secteurs jugés utiles. C'est là un rôle non négligeable et l'utilité incontestable des sociétés d'assurance.

Comme dégagées ci-dessus, les provisions techniques sont distinctes des autres provisions qui sont destinées à l'inventaire, à constater :

.../...

- une moins-value sur un élément d'actif : provision pour dépréciation.
- une perte ou charge prévisible : provision pour pertes et charges.

Les provisions techniques représentant plus de 80 % des provisions figurant au bilan, sont liées à la technique même de l'assurance et font l'objet d'une réglementation spéciale.

Elles sont ainsi énumérées et définies aux articles 20, 21 et 22 du décret 64.336 du 13 Mai 1964.
On distingue :

1/- Les provisions techniques correspondant aux opérations d'assurance sur la vie d'assurance nuptialité-natalité et aux opérations de capitalisation, sont les suivantes (article 20 du décret sus-indiqué) :

a)- les provisions mathématiques:"différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés".

b)- les provisions pour bénéfices non distribués annuellement aux assurés : "montant des comptes individuels de participation aux bénéfices ouverts au nom des assurés lorsque ces bénéfices ne seront pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits".

c)- les réserves de capitalisation appelées dans le texte ci-dessus réserves techniques de la gestion spéciale des rentes mises à la charge des sociétés à la suite d'accidents du travail ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente. Ces réserves constituent "la réserve mathématique" qui est la valeur des engagements de la société en ce qui concerne les rentes et accessoires des rentes mises à sa charge (article 21 dudit décret).

2/- Les provisions techniques correspondant aux autres opérations d'assurances (opérations de répartition article 22 dudit décret) sont les suivantes :

a)- provisions pour risques en cours : "provisions destinées à couvrir les risques et les frais généraux afférents, pour chacun des contrats à prime payable d'avance, à la période comprise entre la date de l'inventaire et la prochaine échéance de prime, ou à défaut le terme fixé par le contrat".

.../...

b)- provisions pour sinistre restant à payer : "valeur estimative des dépenses pour sinistres non réglés et le montant des dépenses 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 la société".

c)- provisions mathématiques des rentes : "valeur des engagements de la société en ce qui concerne les rentes mises à sa charge".

Cette liste est indicative car le législateur ajoute après cette énumération à l'article 22 du décret dernier alinéa : "pour toutes les catégories d'opérations d'assurances ou d'opérations assimilées, le Ministre de l'Economie et des Finances peut, outre celles prévues ci-dessus, prescrire par arrêtés publiés au Journal Officiel la constitution des réserves techniques nécessaires au réglement intégral des engagements pris envers les assurés et bénéficiaires de contrats".

Pour l'élaboration de ces textes qui définissent et énumèrent les provisions techniques, le législateur sénégalais s'inspirant largement des textes de base français a repris littéralement l'expression "Réserves Techniques" pour désigner les"Provisions Techniques". Cette expression est inadéquate et prête trop facilement à confusion pour qui se réfère à la terminologie comptable courante.

En effet comme nous l'avons indiqué ci-dessus les provisions techniques constituent des dettes contractées à l'égard des assurés ou bénéficiaires de contrats et ne sauraient, en aucun cas, être assimilées à une réserve, épargne accumulée par les actionnaires et leur appartenant (ce sont des bénéfices non distribués).

C'est pourquoi, par un décret N° 66-914 du 8 Décembre 1966, le législateur français a procédé à la rectification en remplaçant l'expressio "Réserves techniques" par celle de "Provisions techniques".

Aussi, le législateur sénégalais doit-il en faire autant, car il convient d'utiliser le bon mot pour exprimer la réalité correspondante.

Après cette précision, il convient de souligner que l'évaluation des provisions techniques en assurance automobile pose énormément de problèmes aux assureurs sénégalais. En effet, ceux-ci n'arrivent pas encore

.../...

à maîtriser cette branche (accidents de plus en plus nombreux et de plus en plus graves, l'inflation et la tendance des tribunaux).

Compte tenu de ces difficultés, les sociétés d'assurances en particulier les " ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES " font-elles une évaluation correcte de leurs provisions techniques ? C'est ce que nous essayerons d'aborder ici en axant notre étude autour de deux parties : la première concerne l'évalutation des provisions pour risques en cours et la seconde l'évaluation des provisions pour sinistres à payer.

1ERE PARTIE : EVALUATION DES PROVISIONS POUR RISQUES EN COURS

A/- DEFINITION

B/- METHODES D'EVALUATION

C/- APPLICATION

*

* *

****

Dans le cadre de la mutualité qu'il gère, l'assureur, moyennant une prime, s'engage à prendre en charge les risques apportés par les assurés.

En vertu de l'article 31 du Décret N° 64-336 du 13 Mai 1964, sauf impossibilité reconnue par le Ministre des Finances, l'exercice comptable commence le 1er Janvier et finit le 31 Décembre de chaque année. Donc en principe, les sociétés d'assurance arrêtent obligatoirement leurs écritures chaque année le 31 Décembre. Tout au long de l'année, elles ont émis des primes calculées en fonction de la charge probable de l'assureur (coût du risque, engagement de frais d'acquisition et de gestion) entre deux encaissements successifs, ou à défaut jusqu'au terme du contrat. Or, les dates d'encaissement sont très généralement échelonnées tout au long de l'année. Donc, au 31 Décembre, lors de l'établissement de l'inventaire, la situation sera la suivante : tous les contrats en cours sauf ceux dont le terme est fixé à la date même du 31 Décembre et ceux couvrant les risques temporaires (foires, manifestations sportives etc ...), continueront de courir ; mais, pendant la période qui s'écoulera jusqu'à la prochaine échéance de primes, ou à défaut jusqu'au terme du contrat, l'assureur ne recevra plus rien de la part des assurés pour la couverture des contrats dont les primes sont payables d'avance (les primes à terme échu n'ont pas à intervenir) ; il doit donc disposer, à l'inventaire, de sommes suffisantes pour pouvoir continuer, pendant la période définie ci-dessus, à gérer ces contrats et à faire face aux sinistres qui les frapperont. Ces sommes constituent ce que l'on appelle la provision pour risques en cours.

A/- D E F I N I T I O N

La réglementation des assurances au Sénégal a défini la provision pour risques en cours à l'article 22 1°) du décret N° 64-336 du 13 Mai 1964 :

" la provision pour risques en cours est une provision destinée à couvrir les risques et les frais généraux afférents, pour chacun des contrat à prime payable d'avance, à la période comprise entre la date de l'inventair et la prochaine échéance de prime ou à défaut le terme fixé par le contrat "

Si on suppose que l'assureur cesse ses opérations le 31 Décembre, il devrait en toute équité rembourser à l'assuré la somme perçue d'avance et ne

.../...

correspondant pas à un risque effectivement couru. C'est ainsi sous une autre forme, nous saisissons mieux que la provision pour risques en cours représente une dette de l'assureur envers les assurés.

Pour un contrat donné, la provision pour risques en cours doit être théoriquement analysée comme suit : la prime que paie l'assuré est constituée :

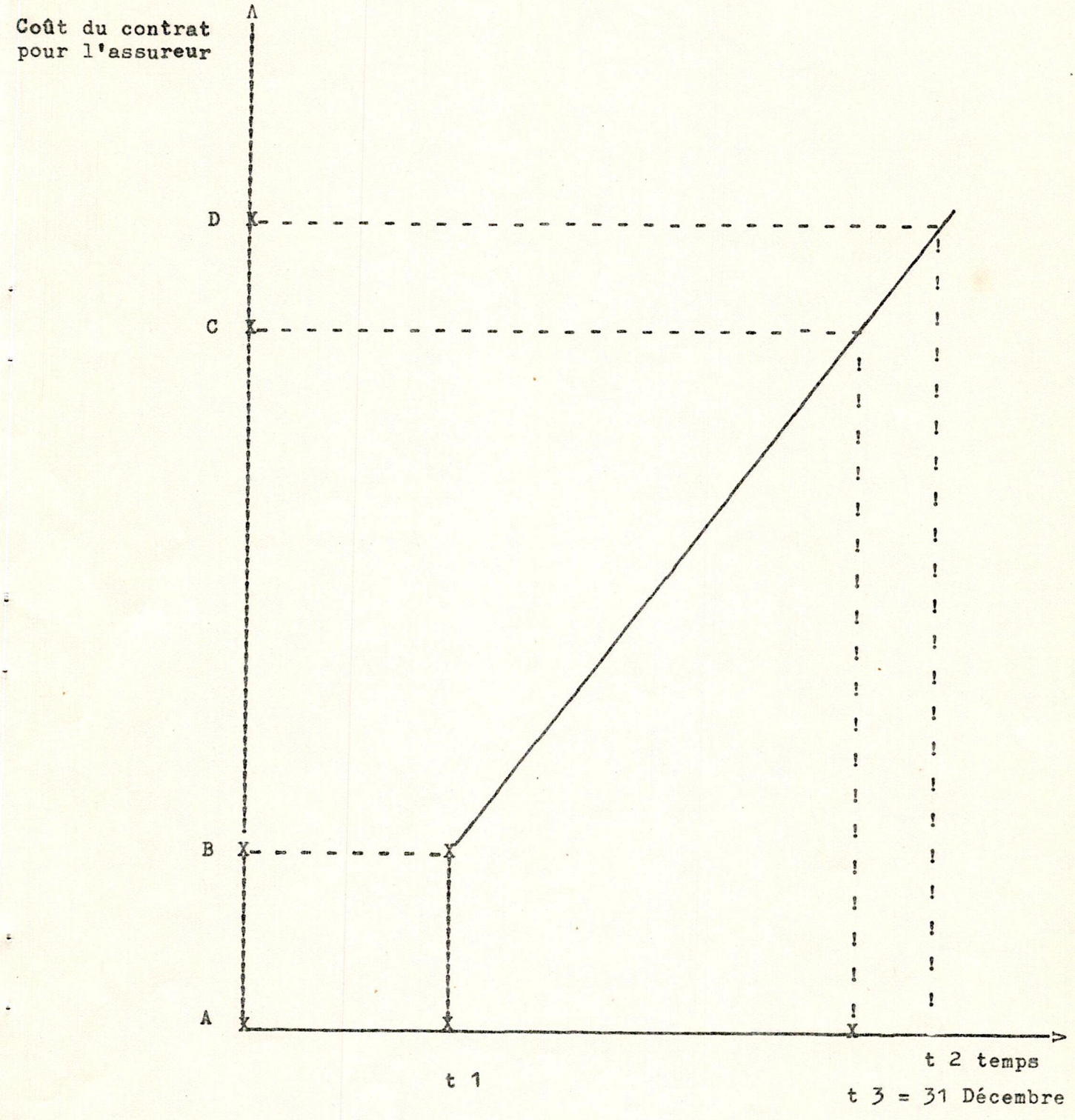
- de la prime pure, p, qui correspond au coût probable du risque accepté par l'assureur. Ce coût probable est estimé en fonction de la fréquence expérimentale de réalisation du risque, et de son coût moyen, il est normalement proportionnel à la durée de garantie.

- de chargements, a 1, couvrant les frais d'acquisition et d'encaissement.

- de chargements, a 2, couvrant les frais de gestion qui s'étalent pendant la durée du contrat.

$$P = p + a\,1 + a\,2$$

P est appelée prime commerciale qui est utilisée par l'assureur de la manière indiquée par le graphique ci-après :



t 1 = date de paiement de la prime

t 2 = date de la prochaine échéance

t 3 = 31 Décembre, supposé situé entre t 1 et t 2

Le montant (AB) est dépensé dès la souscription du contrat, il est normalement égal à (a 1) ; ce sont les dépenses d'acquisition et d'encaissement. Le montant (BD) est dépensé tout au long du contrat, proportionnellement au temps couru ; si la prime émise paraît suffisante, on doit considérer que (BD) = p +a2 ; au contraire, il faudra essayer de reconstituer le coût réel du risque, tant en sinistre qu'en frais de gestion, pour connaître la valeur de (BD).

Si, comme dans le cas du graphique, le 31 Décembre se situe entre deux échéances successives de primes, l'assureur doit provisionner à cette date un montant (CD), qui représente le coût probable du contrat du 31 Décembre (t 3) jusqu'à t 2. On aura alors :

$$CD = BD \times \frac{t2 - t3}{t2 - t1}$$

Exemple :

Un contrat a été souscrit le 1er Juillet 1981 pour une durée d'un an, il est évident que la prime payée d'avance à la souscription du contrat couvre un risque expirant non le 31 Décembre 1981 mais le 1er Juillet 1982. Comme la prime d'inventaire c'est-à-dire la prime émise nette des frais d'acquisition et d'encaissement, est dépensée tout au long du contrat proportionnellement au temps couru, il convient de faire supporter à l'exercice 1981 6 mois du risque à couvrir et l'autre part soit 6 mois à l'exercice 1982.

Ainsi, si l'assuré a payé le 1er Juillet 1981 une prime annuelle de 2.400, cette prime sera acquise pour moitié à l'exercice 1981 et pour l'autre moitié à l'exercice 1982.

En appliquant la formule :

$$CD = BD \times \frac{t2 - t3}{t2 - t1}$$

la provision pour risques en cours s'élèvera à :

$$2.400 \times \frac{12 - 6}{12} = \frac{2.400}{2} = 1.200$$

Cette méthode de calcul des provisions pour risques en cours est appelée méthode prorata temporis ou contrat par contrat. Elle est sans doute la méthode la plus proche de la réalité par conséquent la plus juste

.../...

Cependant, elle appelle des moyens très coûteux (utilisation d'un ordinateur ou d'un personnel spécialisé et nombreux qui, après la rédaction des polices, serait chargé de calculer la provision pour risques en cours pour chaque contrat). Et comme par leur essence, les sociétés d'assurance (sociétés anonymes) cherchent à maximiser leurs profits par la minimisation de leurs coûts, elles ont préféré recourir à des méthodes forfaitaires utilisant des groupements de primes par date d'émissions et par durée de garantie.

B/- METHODES D'EVALUATION DES PROVISIONS POUR RISQUES EN COURS

La réglementation sénégalaise n'a pas retenu une méthode minimale particulière comme en France. Cependant, dans la pratique presque tout le monde utilise la méthode forfaitaire des 36 % et convient que c'est une méthode minimale. Avant d'aborder celle-ci, il est important de remarquer qu'en plus des hypothèses qui leur sont propres, les différentes méthodes de calcul des provisions pour risques en cours sont fondées sur les hypothèses suivantes :

- un tarif adéquat, c'est-à-dire des primes suffisantes pour couvrir les risques et les frais afférents -

- les sinistres uniformément répartis dans le temps avant et après le 31 Décembre (en quantité et en valeur).

1ère méthode : La méthode forfaitaire des 36 %.

Pour cette méthode, la provision pour risques en cours est égale à 36 % du total des primes émises nettes d'annulations couvrant une période " chevauchant " le 31 Décembre ; il s'agit :

a)- des primes à échéance annuelle émises au cours de l'exercice, sauf celles du 1er Janvier.

b)- des primes à échéance semestrielle émises pendant le second semestre.

c)- des primes à échéance trimestrielle émises pendant le 4ème trimestre.

d)- des primes à échéance mensuelle émises pendant le mois de Décembre.

.../...

Notons que si la prime d'un contrat est payable d'avance pour plus d'une année, on applique 36 % au montant correspondant à l'année en cours et 100 % au reste.

Une provision pour risques en cours calculée au taux de 36 % ne sera suffisante que si les hypothèses suivantes se révèlent exactes :

a)- le taux de sinistre à prime est supposé proche de 65 % ;

- les frais de gestion sont supposés voisins de 15 % et se décomposent de la manière suivante : la première moitié consistant en frais engagés lors de l'encaissement et l'autre moitié correspondant à des frais courant pendant la durée du contrat.

- les frais d'acquisition sont estimés à 20 %.

Ainsi, après l'acquisition et l'encaissement, les charges restant à courir sont égales à (65 % + 1/2 x 15 %) soit à peu près 72 % des primes.

b)- Les échéances sont supposées réparties de manière homogène tout au long de l'année; les primes donnant lieu à provision pour risques en cours sont supposées devoir encore couvrir, au 31 Décembre, une période moyenne de garantie égale à la moitié de la période s'écoulant entre deux échéances : 6 mois pour les primes annuelles, 3 mois pour les primes semestrielles du 2ème semestre, 1 mois et 15 Jours pour les primes trimestrielles du 4ème trimestre et 15 jours pour les primes mensuelles du mois de Décembre.

c)- Comme nous l'avons déjà indiqué, la charge de sinistres doit être répartie à peu près équitablement tout au long de l'année ou le long de la période de garantie.

La réunion des hypothèses b) et c) entraîne que la provision pour risques en cours doit être égale à 50 % des 72 % représentant les charges courant entre deux échéances (c'est-à-dire des charges autres que d'acquisition et d'encaissement) pour les contrats qui chevauchent le 31 Décembre.

Dès lors que ces hypothèses ne sont pas vérifiées et que les charges s'alourdissent, la société devra constituer une provision pour

.../...

risques en cours supérieure au montant qui résulte de la méthode minimale des 36 %. Pour ce faire, il est indispensable de raisonner séparément pour chacune des branches, et de voir pour lesquelles la méthode minimale s'avère insuffisante.

2ème méthode : la méthode des 36 % améliorée

Le taux de sinistres à primes d'une branche est nettement supérieur à 65 % soit x % et/ou le taux des frais de gestion de cette branche, qui résulte de la comptabilité analytique, est supérieur à 15 %, soit Y %.

En ce cas, pour la branche considérée, au lieu de retenir 36 % des primes à cheval sur deux exercices, on retiendra un pourcentage égal à 1/2 (x + 1/2 y).

3ème méthode :

Les primes sont inégalement réparties.

Dans ce cas, on procédera à un groupement de primes reportables par mois d'émission et par durée (annuelles, semestrielles ....). Les primes émises pendant un mois donné seront considérées comme émises en moyenne le 15 de ce mois et réparties de manière symétrique par rapport à cette date. On en déduit alors la part des primes de ce mois qui est à reporter, c'est-à-dire le rapport du nombre de quinzaines garanties pendant l'exercice suivant sur le nombre total de quinzaine entre deux échéances.

C'est la méthode dite des " vingt quatrième ". On appliquera 72 % au total de ces parts pour obtenir la provision pour risques en cours.

C/- APPLICATION -

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus au Sénégal, les assureurs n'utilisent que la méthode des 36 % pour évaluer la provision pour risques en cours. Pour ce qui concerne notre étude au niveau des A.G.S., nous ne nous limiterons pas seulement à cette méthode, nous tenterons d'appliquer les autres, afin de pouvoir établir des comparaisons.

1)- La méthode des 36 % :

En supposant que toutes les hypothèses déjà définies et, sur lesquelles cette méthode est fondée, sont remplies, nous commencerons par montrer la procédure que suit le calcul de la provision pour risques en cours, ensuite nous évaluerons celle-ci pour la branche automobile.

Au niveau de la Société " ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES ", c'est le service de la comptabilité qui se charge du calcul de la provision pour risques en cours.

Le comptable part des bordereaux d'émission de primes et recense toutes les primes émises et non annulées ou ristournées. Ensuite, il les ventile en mettant d'un côté les primes qui chevauchent le 31 Décembre et de l'autre, les primes qui sont acquises à l'exercice. Aux primes à reporter sur l'exercice suivant, le comptable a donné le nom de " primes à terme " et aux primes acquises à l'exercice le nom de " primes au comptant ". Nous observerons en passant que cette appellation peut créer des confusions car elle est utilisée par le rédacteur pour désigner une réalité différente. A notre avis, il serait plus approprié de désigner les primes qui chevauchent le 31 Décembre par " primes reportables " ou " prime à reporter " et les primes acquises à l'exercice par tout simplement " primes acquises ".

Le travail de ventilation dont nous venons de parler ci-dessus est effectué par la mécanographie pour le siège. Pour les deux agences que possède le siège, le travail est fait manuellement ; le comptable pointe sur les bordereaux d'émission toutes les primes émises nettes d'annulation ou à ristourner et les regroupe suivant qu'elles sont acquises ou reportables, dans un tableau dressé chaque trimestre. Ensuite, toutes les données

.../...

obtenues pour le siège et les agences sont reportées par catégorie et par mois d'émission dans un dépliant. Enfin, au 31 Décembre, le comptable procède à l'élaboration d'un Etat appelé " primes et comptes liés aux postes de primes ", à l'aide duquel, la provision pour risques en cours est obtenue aisément en appliquant le taux de 36 % sur les primes sujettes à provisions qui sont déjà déterminées.

L'Etat " primes et comptes liés aux postes de primes " comporte vingt deux (22) colonnes dont sept (7) seulement nous intéressent:

- la colonne 1 indique : les risques
- " 2 " : les coûts de polices
- " 3 " : les primes émises nettes d'annulations courantes
- " 4 " : les annulations et ristournes antérieures
- " 5 " : les primes émises nettes d'annulations et de ristournes
- " 6 " : les primes sujettes à provisions
- " 7 " : les provisions pour risques en cours

Ainsi, catégorie par catégorie (ou risque par risque), après avoir déterminé les primes sujettes à provisions (qui sont obtenues par cumul des primes reportables) on y applique les 36 % pour avoir la provision pour risques en cours.

Cette méthode, appliquée à la branche automobile donne par exercice la provision pour risques en cours indiquée sur le tableau suivant :

BRANCHE AUTOMOBILE

TABLEAU FAISANT RESSORTIR LA PROVISION POUR RISQUES EN COURS PAR LA METHODE DES 36 % EXERCICE PAR EXERCICE

EXERCICES	PRIMES EMISES NETTES D'ANNULATIONS ET RISTOURNES (P)	PRIMES SUJETTES A PROVISIONS	CHARGE DE SINISTRE (S)	TAUX S/P en %	CHARGEMENTS	TAUX CHARGEMENTS/ PRIMES en %	PROVISIONS POUR RISQUES EN COURS	
1977	562.121.956	510.166.505	481.001.437	85	127.817.284	23	36 %	183.659.942
1978	912.968.633	767.654.625	767.654.621	84	201.954.853	22	36 %	276.355.665
1979	1.517.842.521	1.321.113.486	1.227.572.486	81	303.667.987	20	36 %	475.600.855
1980	1.857.481.136	1.620.524.172	1.664.298.040	89	393.871.927	2 .	36 %	583.388.702

Cependant comme nous le constatons, le tableau ci-dessus fait ressortir un taux de sinistres à primes supérieur à 65 % pour chaque exercice. En conséquence, c'est le taux réel égal à 1/2 (S/P + 1/2 x $\frac{F}{P}$) qui devait être appliqué, à savoir la méthode des 36 % améliorée.

2)- La méthode des 36 % améliorée :

Comme pour la méthode déjà utilisée ci-dessus, nous appliquerons à la place des 36 %, le taux réel obtenu par la méthode des 36 % améliorée sur les primes sujettes à provisions. Nous ferons remarquer d'abord que nous avons supposé que toutes les hypothèses sont remplies sauf une seule à savoir le taux de sinistres à primes ~~qui devait être égal à 65 %, soit inférieur au taux réel~~ qui est supérieur à 65% pour chaque exercice. Aussi, en application du taux réel égal à 1/2 (S/P + 1/2 x $\frac{F}{P}$) avons-nous obtenu la provision pour risques en cours qui figure sur le tableauci-après :

BRANCHE AUTOMOBILE

TABLEAU FAISANT RESSORTIR LA PROVISION POUR RISQUES EN COURS PAR LA METHODE DES 36 % AMELIOREE EXERCICE PAR EXERCICE

=*****=

EXERCICES	PRIMES EMISES NETTES D'ANNULATIONS ET RISTOURNES (P)	PRIMES SUJETTES A PROVISIONS	CHARGES DE SINISTRES (S)	TAUX S/P en %	CHARGEMENTS	TAUX CHARGEMENTS /PRIMES en %	PROVISIONS POUR RISQUES EN COURS	
1977	562.121.956	510.166.505	481.001.437	85	127.817.284	23	48%	244.879.922
1978	912.968.633	767.654.625	767.654.621	84	201.954.853	22	47%	360.797.674
1979	1.517.842.521	1.321.113.486	1.227.572.486	81	303.667.987	20	45%	594.501.069
1980	1.857.481.136	1.620.524.172	1.664.298.040	89	393.871.927	21	50%	810.262.086

L'application des deux méthodes ci-dessus a donné les résultats obtenus sur les deux tableaux précédents. Si nous les comparons, nous constatons que la méthode des 36 % améliorée offre pour tous les exercices considérés des provisions pour risques en cours supérieures. Ce qui se comprend aisément dans la mesure où les taux appliqués sur une même assiette à savoir les primes sujettes à provisions, sont différents, le taux obtenu par la méthode des 36 % améliorée étant supérieur à celui de 36 %. Dès lors nous relevons les différences suivantes par exercice :

- pour 1977 ..... 61.219.980
- pour 1978 ..... 84.442.009
- pour 1979 ..... 118.900.214
- pour 1980 ..... 226.873.384

En conséquence, au regard de la méthode des 36 % améliorée, nous constatons que pour la période considérée c'est-à-dire depuis que les " ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES " ont commencé à fonctionner en tant que société de droit national, elles ont régulièrement sous-évalué leurs provisions pour risques en cours.

Nous avons supposé jusqu'ici que les échéances de primes sont réparties de manière homogène. Or, dans la réalité (cf tableau faisant ressortir les primes annuelles reportables par mois d'émission pour la branche automobile) nous constatons que cette hypothèse n'est pas vérifiée. Ce qui nous amène à essayer d'appliquer la méthode des " vingt quatrième ".

3)- Méthode des " vingt quatrième " :

En considérant que toutes les primes émises pendant un mois sont supposées émises en moyenne le 15 de ce mois, nous avons procédé à un regroupement de primes reportables par mois d'émission pour la branche automobile. En outre, sur les états que la comptabilité a mis à notre disposition, toutes les primes émises pour cette branche sont considérées comme des primes annuelles. Sur cette base, nous avons dressé le tableau suivant :

.../...

LES PRIMES ANNUELLES
EMISSION

LLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAL DES SOMMES A REPORTER
00.200	196.996.117	6.116.032	144.901.195	116.819.222	75.222.551	
$\frac{3}{4}$	$\frac{15}{24}$	$\frac{17}{24}$	$\frac{19}{24}$	$\frac{21}{24}$	$\frac{23}{24}$	
08.442	123.122.573	4.332.189	114.713.446	102.216.819	72.088.278	784.216.489

BRANCHE AUTOMOBILE

TABLEAU FAISANT RES
REPORTABLES PAR
EXERCIC

DESIGNATION	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN
PRIMES EMISES	235.576.474	260.994.905	117.998.417	186.834.979	165.738.848	171.635.
TAUX DE REPORT ...	$\frac{1}{24}$	$\frac{3}{24}$	$\frac{5}{24}$	$\frac{7}{24}$	$\frac{9}{24}$	$\frac{11}{24}$
SOMMES A REPORTER	9.815.686	32.624.363	24.583.003	54.493.535	62.152.068	78.666

Du tableau ci-dessus, nous allons déduire la provision pour risques en cours pour la branche automobile et relative à l'exercice 1980, en appliquant sur le total des primes à reporter, le taux réel. Etant donné que le taux de sinistre à prime pour la période est de 89 % qui sont supérieurs au 65 %, le taux réel à appliquer sera le suivant : $(S/P + 1/2 \times \frac{F}{P})$ soit 89 % + 21/2 = 99 % au lieu de 72 %. Ce qui va nous donner la provision pour risques en cours suivante :

784.216.489 x 99 % = 776.374.324

Ce montant est voisin de la provision pour risques en cours obtenue par la méthode des 36 % améliorée soit 810.262.086.

Avant de conclure, nous observerons que pour une application plus correcte de la méthode des " vingt quatrièmes ", la comptabilité, dans le travail de regroupement des primes qu'elle fait, doit séparer les primes annuelles des primes "semestrielles" ou "trimestrielles" résultant du fractionnement des primes annuelles. En effet, au service production, nous avons rencontré par exemple des expatriés souscrire un contrat d'assurance automobile pour une période de 3 ou 6 mois suivant la durée de leur séjour au Sénégal. Il serait donc normal de tenir compte de ces cas qui peuvent être courants.

Par ailleurs, comme il le fait pour chaque catégorie, le service comptable devra aussi chercher à éclater et rattacher les ristournes ou annulations de primes antérieures, au mois correspondant au moment où on a eu connaissance de ces ristournes ou annulations, (s'il ne peut pas les rattacher au mois d'émission), au lieu de les regrouper uniquement par catégorie.

Cette méthode des "vingt quatrième" pouvait être valablement appliquée pour les autres exercices. Mais nous n'avons pas pu le faire car les documents sur lesquels nous avons travaillé, nous ont été transmis tardivement.

Ainsi, pour l'exercice 1980, l'application des trois méthodes a donné les résultats que nous connaissons. Considérant que la loi (article 9 alinéa 1 de la loi n° décret N° 63-38 du 10 Juin 1963) exige que les provisions techniques soient suffisantes, la société " ASSURANCES GENERALES SENEGALAISES " devait constituer normalement un montant de 810.262.086 (qui est le montant le plus élevé des trois méthodes considérées) au titre de la provision pour risques en cours.

.../...

DEUXIEME PARTIE :

- EVALUATION DE LA PROVISION POUR SINISTRES RESTANT A PAYER

=◆◆◆◆◆◆◆=

A/- DEFINITION :

Aux termes de l'article 22 2°) du Décret N° 64-336 du 13 Mai 1964, la provision pour sinistres restant à payer est " la valeur estimative des dépenses pour sinistres non réglés et le montant des dépenses 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 la société ".

Cette définition fait état :

a)- des dépenses pour sinistres non réglés : il s'agit :

- des sinistres connus dont le montant ne peut encore être fixé avec certitude (contestations sur les responsabilités, blessures non encore consolidées, défunt dont les ayants-droit ne se sont pas encore manifestés

- des sinistres éventuels qui ont pu se produire mais que l'assureur ne connaît pas encore. Ce sont :

• les sinistres survenus non encore connus de l'assureur en raison de leur date récente ou de leur éloignement.

• les sinistres survenus non déclarés : dommages causés au tiers paraissant bénins à l'assuré ou trop lourds pour lui qu'il a préféré prendre la fuite (pour ne pas supporter de malus) mais identifié plus tard.

b)- des dépenses pour sinistres réglés restant à payer : l'instruction des dossiers est terminée, le montant de l'indemnité est fixé mais le paiement matériel n'a pas encore été effectué. C'est donc des dettes certaines.

Comme nous le voyons, dès qu'un sinistre susceptible de faire jouer la garantie de l'assureur survient, celui-ci devient débiteur envers le bénéficiaire du contrat d'assurance. En conséquence, au moment où le sinistre est porté à sa connaissance, l'assureur ne paie pas immédiatemen il doit ouvrir un dossier et procéder à une première évalutation du sinis tre en fonction des éléments d'information qu'il a à sa disposition. Il ne pourra payer l'indemnité que si l'instruction est terminée. Le délai courant de la date où l'assureur a eu connaissance du sinistre à la date de son réglement peut-être court (assurance incendie, assurance dommage automobile) ou long (en assurance responsabilité civile automo-

.../...

bile par exemple). A l'intérieur de ces délais, s'il survient la date d'inventaire, l'assureur devra constituer une provision pour sinistre restant à payer comme définie ci-dessus.

Tenant compte de la complexité de l'évaluation de cette provision, les assureurs ont élaboré des méthodes de calcul pour les déterminer correctement.

B/- METHODES D'EVALUATION DES PROVISIONS POUR SINISTRES A PAYER :

La provision pour sinistres à payer est évaluée selon plusieurs méthodes :

- la méthode dossier par dossier
- la méthode de cadence de réglement
- la méthode du coût moyen

Dans tous les cas, les sinistres sont classés par exercice de survenance, et les méthodes de calcul des provisions pour sinistres appliquéss exercice par exercice.

Là aussi, la réglementation sénégalaise est muette quant à la méthode à utiliser.

Cependant, dans la pratique, les assureurs appliquent généralement la méthode dossier par dossier.

1)- la méthode dossier par dossier :

Elle consiste à reprendre un par un tous les dossiers des sinistres et à les évaluer en tenant compte des éléments d'information déjà obtenus, du coût des sinistres analogues réglés dans un passé récent et de la conjoncture économique.

En cas de décision judiciaire fixant une indemnité, c'est le montant de cette indemnité éventuellement net des acomptes versés (les sommes données à titre d'exécution provisoire de l'indemnité) qu'il faudra provisionner.

.../...

En plus de l'indemnité à allouer à la victime, les frais de règlements (honoraires d'experts et frais judiciaires) seront incorporés dans les provisions.

Cette méthode est la plus rigoureuse puisqu'elle permet de déterminer avec beaucoup plus de précision, le montant des sinistres à payer.

Cependant, elle est très approximative pour les dossiers récents et mal connus.

C'est pourquoi, elle doit être contrôlée par les deux autres méthodes. On choisira alors celle qui a le montant le plus élevé.

2)- La méthode de la cadence de réglements :

Elle consiste à partir de l'observation de la cadence de liquidation des sinistres antérieurs pour déterminer la charge de sinistre de l'exercice et en déduire ensuite la provision pour sinistre à payer, tout en supposant que la politique de réglement des sinistres de l'entreprise est la même tout au long de la période considérée.

Supposons qu'au 31 Décembre 1980, ou prend l'exercice 1975 dont les sinistres ont été entièrement réglés. Pour ces sinistres la cadence de réglement est la suivante :

- cadence de 1ère année	=	25 %
- " 2ème "	=	45 %
- " 3ème "	=	10 %
- " 4ème "	=	10 %
- " 5ème "	=	8 %
- " 6ème "	=	2 %
		100 %

Si la politique de réglements des sinistres de l'entreprise n'a connu aucun changement, en conséquence et de la même manière qu'en 1975, la société va payer 25 % en 1980.

Ainsi, la société ayant payé 30 F de sinistres en 1980, la charge de sinistres de 1980 sera de :

$$\frac{30 \times 100}{25} = 120$$

.../...

d'où la provision pour sinistres à payer sera de 120 - 30 = 90.

Dans la pratique, compte tenu des délais extrêmement longs surtout en sinistres corporels et si non veut calculer globalement la provision pour sinistres à payer sans faire la distinction entre les sinistres corporels et matériels, nous n'aurons pas souvent le luxe d'avoir des exercices pour lesquels tous les sinistres survenus et y afférents, sont terminés. Nous fonderons alors notre raisonnement sur l'évolution des sinistres exercice par exercice. Nous tirerons la cadence de réglement ensuite la charge de sinistres et enfin la provision.

Exemple : Nous allons considérer un à un, les exercices de survenance de sinistres : 1977, 1978, 1979. Nous voulons trouver la provision de 1980. Mais d'abord, pour chacun des exercices 1977, 1978 et 1979, nous allons voir l'évolution des sinistres. Ainsi : - pour 1977, nous verrons ce qui a été réglé et évalué :

- au 31/12/1977
- " 1978
- " 1979
- " 1980

- pour 1978 et 1979, nous procéderons de la même manière. Ensuite, nous tirons la cadence de réglement :

- pour 1977 : .la cadence de 1ère année est égale à :

$$\frac{\text{Sinistres liquidés en 1ère année}}{\text{Charge de sinistres survenus en 1977 et revus en 1980.}}$$

.la cadence de 2ème année est égale à :

$$\frac{\text{Sinistres liquidés en 1ère et 2ème années}}{\text{Charge de sinistres survenus en 1977 et revus en 1980.}}$$

.et ainsi de suite ....

- pour 1978 et 1979, il sera procédé de la même manière.

Enfin, en considérant que la politique de réglement de la société est la même, nous déduirons la charge de sinistre de 1980 puis la provision, comme nous l'avons fait ci-dessus.

.../...

3)- La méthode des coûts moyens :

Elle consiste à partir des statistiques les plus récentes pour calculer le coût moyen des sinistres exercice par exercice. Le coût moyen retenu étant celui dont le montant est le plus élevé. Le résultat (coût moyen) ainsi obtenu doit être corrigé en tenant compte de l'inflation et de la tendance des tribunaux pour la responsabilité civile.

Ensuite on détermine le nombre de sinistres (sinistres déclarés et estimation des sinistres déclarés tardivement).

Enfin, on obtiendra la charge globale de sinistres en multipliant le coût moyen par le nombre de sinistres retenus. De là, on déduira la provision pour sinistres à payer, en retranchant de la charge globale de sinistres, les sommes déjà payées au titre des sinistres pris en considération.

C/- APPLICATION

L'évaluation des provisions pour sinistres à payer en général et particulièrement en automobile, est très délicate. Au 31 Décembre de chaque année, l'assureur doit chercher à déterminer dans toute la mesure du possible, le montant des sinistres à payer en réparation des dommages subis par les victimes, avec beaucoup de précision. Or, à cette date, il dispose de très peu d'éléments d'information surtout pour les sinistres récents.

Si l'évaluation des sinistres à payer en assurance dommage automobile n'offre pas beaucoup de difficultés, les assureurs butent par contre, en responsabilité civile automobile et surtout en dommages coporels contre d'énormes difficultés. Nous présenterons d'abord la méthode dossier par dossier ensuite la méthode de cadence de réglement et enfin la méthode du coût moyen.

1)- La méthode dossier par dossier :

a)- Evaluation des dossiers relatifs aux dommages matériels

Pour l'assurance contre les dommages matériels subis par les véhicules (dommage, vol, incendie, bris de glace), il ne se pose pas de problèmes de responsabilité civile ; lorsque le sinistre survenu est de nature à entrainer la garantie de l'assureur, celui-ci règle sans délai sur la base du rapport d'expertise.

.../...

Cependant, les difficultés vont commencer à apparaître dès lors que nous sommes en assurance responsabilité civile. Sur la base du procès-verbal de police ou de gendarmerie et de la déclaration des parties, l'assureur et le tiers lésé vont déterminer les responsabilités qui incombent à chacune des parties et par suite le taux de responsabilité que l'assureur aura à prendre en charge en réparation des dommages que son assuré a causé à ce tiers. Même dans les cas où la responsabilité civile des parties en cas d'accident est déterminée judiciairement, c'est sur cette même base que les juges déterminent cette responsabilité civile.

Dès après, la détermination des responsabilités, l'assureur va fixer dans le cas d'un réglement à l'amiable, l'indemnité qu'il a à supporter, à l'aide du devis fourni par le tiers lésé ou sur la base du rapport d'expertise.

De ce qui précède, nous constatons qu'à la phase relative au réglement, il n'ya aucune difficulté, l'assureur doit tout simplement réunir tous les éléments susceptibles de lui permettre d'avoir une exacte connaissance de la réalité, de la nature et de l'étendue du préjudice. Toutefois, il peut s'écouler un certain temps entre la date de survenance du sinistre et le réglement. Ces délais sont relativement courts en général pour les dommages matériels. Toutefois, l'assureur peut être confronté au 31 Décembre à des problèmes d'évaluation de la provision pour les sinistres restant à payer, selon que le sinistre est ancien ou récent par rapport à la date de déclaration ou de réclamation.

- le sinistre ancien :

En général, lorqu'entre la date de déclaration d'un sinistre en suspens et la date d'inventaire, il s'écoule un temps assez long, l'assureur a plus de chance de réunir beaucoup plus d'éléments qui puissent lui permettre de donner une valeur très proche de la réalité.
A l'aide du rapport d'expertise, l'assureur en général évalue correctement la provision, à défaut, il cherchera à confronter la déclaration de l'assuré au procès-verbal de police pour fixer la provision, c'est cela d'ailleurs le cas le plus fréquent. Aussi, l'assureur doit-il faire diligence pour obtenir le procès-verbal de la police pour pouvoir détenir le maximum d'informations susceptibles de l'éclairer dans son travail d'évaluation. Acet effet, il doit suivre régulièrement ses dossiers.

- le sinistre récent :

Il s'agit d'un sinistre en suspens pour lequel, le temps écoulé entre la date de déclaration et l'inventaire est relativement court (quelques jours ou une semaine) ; l'avocat de l'assureur ou la victime lorsque celle-ci a fait une réclamation auprès de la Compagnie, n'ont pas eu le temps de produire le procès-verbal de police ; de ce fait l'assureur ne disposant pas d'éléments suffisants n'a pa pu déterminer la responsabilité et l'importance du dommage. En conséquence, il fondera son évaluation sur la seule déclaration de l'assureur ou de la victime. C'est là donc qu'apparaît tout l'arbitraire qui peut exister et fausser les provisions pour sinistres à payer. Pour évaluer de tels sinistres, la Compagnie fait une évaluation au " pif ".

.../...

Nous estimons, pour notre part, que pour minimiser les risques d'évaluations erronées, il serait souhaitable que la Compagnie, comme elle le fait en dommages corporels, dégage en fonction des données relatives aux sinistres liquidés antérieurement, un coût moyen des sinistres matériels. Ainsi, elle ne fera que retenir ce coût moyen pour évaluer tout sinistre pour lequel elle n'aurait pas d'informations suffisantes

Dans les évaluations qu'elle fait dans le cadre de la méthode dossier par dossier, la société ne tient pas compte des sinistres tardivement déclarés. Ce qui peut entrainer des répercutions négatives dans le calcul de la provision pour sinistres à payer. C'est pourquoi, la société devra tout mettre en oeuvre pour tenir compte de ces sinistres déclarés tardivement.

Comment déterminer les sinistres tardivement déclarés ?
A l'aide d'un exemple, nous allons montrer comment calcule t-on les sinistres déclarés tardivement.

Au 31 Décembre 1980, nous avons reçu de nos assurés 100 déclarations de sinistres survenus au cours de l'exercice. Et comme nous nous attendons à ce qu'il y'ait d'autres sinistres qui nous sont encore inconnu nous allons essayer de les prévoir, en nous référrant aux exercices antérieurs. Ainsi, nous constatons qu'au 31/12/1977, sur l'ensemble des sinistres survenus au titre de l'exercice 1977, 38 ont été déclarés à temps et 2 tardivement c'est à dire au cours de 1978. Au 31/12/1978, sur le total des sinistres survenus au titre de l'exercice 1978, 56 ont été déclarés à temps et 4 ont été déclarés tardivement c'est à dire au cours de 1979.

A partir de cette observation, nous pouvons dégager les pourcentages de déclarations tardives qui suivent :

- Pour 1977 : $\frac{2}{40}$ = 5 %

- Pour 1978 : $\frac{4}{60}$ = 6,66 %

Donc, nous avons une fourchette qui varie entre 5 et 6,66 %, on retient alors la borne supérieure soit 6,66 % arrondis à 7 %.

On applique ces 7 % au nombre total de sinistres déclarés à temps en 1980 soit 100 et on trouve le nombre de sinistres tardivement déclarés soit 100 X 7 % = 7

.../...

Pour obtenir le nombre total de sinistres survenus en 1980, on aura : 100 + 7 = 107.

b)- L'évaluation des dossiers relatifs aux dommages corporels :

Les dommages corporels résultant d'accident de la circulation représentent une part extrêmement importante dans la provision pour sinistre à payer. C'est aussi les dommages qui présentent les plus grandes difficultés dans les évaluations que fait l'assureur au moment de l'inventaire.

Ces difficultés résultent du fait que la législateur n'a pas résolu de manière systématique le problème de l'indemnisation des préjudices corporels en droit commun, comme il l'a fait dans le cadre des accidents de travail.

En droit commun, le législateur n'a pasé que des principes généraux sur la responsabilité civile. Le propre de cette responsabilité est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage et de replacer la victime, aux dépens du responsable, dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu. Il s'ensuit que la réparation du dommage doit être égale à l'intégralité du préjudice sans jamais pouvoir le dépasser.

Sur cette base, la détermination des responsabilités qui incombent aux parties et l'indemnité à allouer à la victime sont laissées à la seule appréciation du juge. Contrairement, en cas d'accidents de travail, le législateur a admis que dès l'instant où un accident survient pendant et au lieu de travail, le droit à l'indemnisation est en principe acquis. Cependant la victime ne recevra qu'une indemnité partielle. Ici, le législateur a prévu un barème qui permet de déterminer aisément cette indemnité.

De la comparaison que nous venons de faire entre l'indemnisation en cas d'accidents de travail et l'indemnisation en droit commun, nous constatons que l'assureur n'a aucune emprise sur les données (détermination des responsabilités, indemnités aux dommages corporels). Dès lors, au 31 Décembre, il sera confronté à de sérieuses difficultés pour déterminer de manière exacte ses dettes envers les bénéficiaires de contrat.

.../...

Sans entrer dans des considérations juridiques, nous allons voir comment les "A.G.S." évaluent-elles leurs provisions pour sinistres à payer relatives aux dossiers de sinistres corporels compte tenu des difficultés qui existent et quels sont les moyens qu'elles ont mis en oeuvre à cet effet.

Au 31 Décembre, les sinistres déjà réglés c'est à dire les sinistres dont le montant est déjà fixé, ne présentent aucune difficulté particulière. Il ne reste plus que le paiement de l'indemnité allouée à la victime et l'assureur n'aura tout simplement qu'à intégrer le montant de cette indemnité à la provision pour sinistres à payer.

A côté de tels sinistres, il en existe d'autres dont le montant n'est pas encore fixé c'est à dire des sinistres non encore réglés. Ceux-ci sont de loin les plus nombreux car selon l'expérience des A.G.S., en dommages corporels très peu de sinistres survenus au cours d'un exercice sont réglés et payés au cours de cet exercice. Ces sinistres peuvent rester pendant plusieurs années sans être payés.

Ces longs délais trouvent leurs explications dans la nature même des dommages corporels. En effet, l'indemnisation de tels préjudices suit une procédure souvent longue.

L'assuré doit d'abord déclarer le sinistre et en fonction de cette déclaration, l'assureur ouvre un dossier sinistre et attend la réclamation de la victime. Ici on peut distinguer les cas suivants :

- la victime a subi des blessures qui ne l'ont pas empêché de réclamer immédiatement à l'assureur ou par l'intermédiaire de son avocat, les indemnités en réparation de ses préjudices. Dans ce cas, si elle manifeste son intention de transiger avec l'assureur, il sera procédé d'abord à l'aide du procès-verbal de police, à la détermination des responsabilités et ensuite sur la base du certificat médical délivré par expertise médicale après consolidation, l'assureur et le tiers lésé conviendront de la somme à payer. Ici deux facteurs peuvent constituer des sources de blocage, c'est l'obtention du procès-verbal qui peut trainer et principalement la consolidation qui intervient après de longs délais.

Dans ce cas d'espèce, la procédure serait encore beaucoup plus longue si le réglement était judiciaire.

.../...

- la victime a subi des blessures tellement graves qu'il aura fallu attendre un certain temps pour recevoir la réclamation. Ici cette attente va allonger les délais ci-dessus.

- la victime est décédée, les ayants-droit n'ont pas réclamé immédiatement pour diverses raisons ; ce temps mis avant de manifester leur intention de réclamer, allonge aussi les délais précités.

A l'intérieur de ces délais souvent longs entre le moment où l'assureur a eu connaissance du sinistre et le moment où il le règle, il peut survenir un ou plusieurs inventaires. Il s'en suit qu'au moment de chaque inventaire, l'assureur devra procéder à l'évaluation de la provision pour sinistre à payer relative à chaque dossier corporel. Nous tenterons d'aborder d'abord très rapidement les principes de l'évaluation des préjudices en cas de blessure et en cas de décès ensuite nous verrons comment la société a cherché à résoudre les problèmes auxquels elle est confrontée par l'utilisation de son propre barème.

1)- Le préjudice de la victime blessée :

- Les frais médicaux :

Il s'agit des frais de soin, des frais pharmaceutiques, chirurgicaux, et d'hospitlisation. Leur évaluation n'offre généralement pas de difficultés puisqu'ils sont bien connus par les notes d'honoraires les factures de pharmacie, les note d'hospitalisation.

L'assureur devant prendre en charge les débours de la victime au titre de ces frais, en tenir compte dans ses provisions au 31 Décembre

- L'incapacité temporaire :

C'est la période correspondante à la cessation de travail résultant d'accident et qui dure du jour du sinistre au jour de la repris du travail ou de l'activité ou encore de la consolidation.

La consolidation correspond au moment où l'état de la victime est stabilisé et où il ne peut plus être influencé notablement par un traitement.

.../...

L'incapacité temporaire est très souvent considérée comme totale jusqu'à la consolidation. Sa durée est fixée par expertise judiciaire ou amiable.

L'indemnisation du préjudice subi par la victime en cas d'incapacité temporaire, est la compensation de la perte pécuniaire résultant d'une diminution des gains. Si l'assureur détient tous les éléments relatifs à la durée de l'incapacité et à la situation professionnelle de la victime (bulletin de salaire, déclarations fiscales ou documents comptables), il peut déterminer aisément l'indemnité. Mais au 31 Décembre, l'évaluation de cette indemnité est souvent délicate si l'assureur n'a aucune information ou n'en a pas assez.

- L'incapacité permanente partielle (I. P. P.) :

C'est l'incapacité dont demeure atteint un blessé dont l'état est consolidé. Le plus souvent l'incapacité permanente n'est que partielle (I. P. P.).

L'I.P.P. est évaluée au moment de la consolidation ; son taux est fixé par les médecins experts qui doivent fournir tous les éléments concernant l'état du malade, de manière à permettre une détermination de l'indemnité.

L'évaluation de l'indemnité pour I.P.P. est laissée à l'appréciation des tribunaux qui fixent souverainement la somme d'argent estimée par eux, nécessaire pour réparer le préjudice.

Il existe différentes méthodes pour calculer l'indemnité pour I.P.P.

- le calcul mathématique :

On évalue le préjudice en multipliant le montant des gains professionnels annuels nets par le pourcentage d'invalidité et la valeur du franc de rente appréciée selon l'âge de ladite victime.

- l'évaluation inconcreto :

Ici, on tient compte aussi bien de l'état physique que des répercussions pécuniaires. Elle permet aux juges d'ajuster l'indemni à chaque cas individuel.

.../...

- le calcul au point :

Le point d'incapacité est une unité de référence permettant de comparer les décisions judiciaires allouant des dommages-intérêts au titre de l'I.P.P. Il est égal à la somme obtenue en divisant le montant de l'indemnité allouée en réparation du préjudice résultant de l'incapacité permanente par le taux de cette incapacité.

La valeur du point diminue avec l'âge (la même I.P.P. constitue un préjudice plus important pour un jeune de 20 ans que pour une personne âgée), et augmente avec le taux d'I.P.P.

A l'heure actuelle, la pratique tend de plus en plus à faire du point d'incapacité la base de calcul des indemnités.

Ce mode de calcul est à la fois indirect et subsidiaire. Il est indirect en ce qu'il permet de calculer les indemnités non pas directement d'après les documents chiffrés de la cause, mais par voie de référence à d'autres cas similaires. Il est subsidiaire en ce qu'il ne devrait normalement être employé qu'à défaut d'éléments permettant une évaluation précise des indemnités.

Cette méthode n'est donc utile que lorsqu'il n'y a pas de préjudice patrimonial ou que ce préjudice ne peut pas être établi avec précision.

Pour calculer le point de référence, il faudrait faire abstraction de la somme allouée ne revenant pas à l'I.P.P. (remboursement des frais pharmaceutiques, pretium doloris, perte de salaire ...). Mais au Sénégal, il s'avère que les juges apprécient souvent un dommage global "toutes causes de préjudice confondues" c'est à dire que la somme allouée n'est pas répartie aux différents postes de préjudice.

Nous ne pourrons donc connaître pour l'ensemble des jugements rendus l'exacte unité de référence telle qu'on peut l'entendre classiquement. Néanmoins, les "A.G.S." ont utilisé la valeur du point "toutes causes de préjudice confondues" pour déterminer en cas de blessure, la provision pour sinistres à payer au 31 Décembre, lorsque le dossier de sinistre comporte des éléments d'appréciation insuffisants pour l'évaluer avec précision.

.../...

- Le Pretium doloris :

Il est apprécié par les médecins experts qui l'estiment suivant une échelle qualitative : insignifiant ou très léger, léger, modéré, moyen, important, très important.

A cette appréciation qualitative, le juge va donner une valeur chiffrée.

Au 31 Décembre pour évaluer l'indemnité, au titre de ce préjudice, l'assureur même s'il dispose de l'appréciation des experts peut avoir du mal à déterminer le montant de l'indemnité.

- Le préjudice esthétique :

C'est aussi le médecin expert qui le détermine suivant une échelle qualitative : léger, moyen, important. Et à cette appréciation qualitative, le juge affecte une valeur chiffrée.

Au 31 Décembre, l'assureur aura les même difficultés que dans le cas précédent pour l'évaluation de l'indemnité à mettre en provision en réparation du préjudice subi par la victime.

2)- Le préjudice en cas de décès de la victime :

Ici les tribunaux allouent aux ayants-droit de la victime des indemnités qui tiennent compte de la perte de gains qui résultent de la disparition de la victime et du préjudice moral dont ils peuvent être affectés.

Au moment de l'inventaire, l'assureur sera confronté presque aux mêmes difficultés que dans le cas précédents pour l'évaluation de l'indemnité à mettre en provision pour dédommager les ayants-droit.

Pour faire face à toutes ces difficultés que l'assureur rencontre en général dans l'évaluation des sommes à mettre en provision pou payer les sinistres corporels au 31 Décembre, les "A.G.S." mettent au point pour chaque inventaire, un barême qu'elles soumettent d'ailleurs aux " ASSURANCES GENERALES DE FRANCE " pour approbation.

.../...

Ainsi au 31 Décembre 1980, elles ont sorti le barême que nous trouverons ci-joint en annexe.

Ce barème comporte trois rubriques et les différentes valeurs qui y figurent, représentent le coût moyen d'un sinistre ; ce dernier est obtenu en faisant la moyenne arithmétique simple des indemnités allouées par jugements ou transactions de l'année par rapport au nombre de dossiers de sinistres.

1ère rubrique : Evaluation des dossiers à l'ouverture : elle concerne les dossiers en cas de blessure. Les 800.000 F qui représentent le coût moyen d'un sinistre en cas de blessure, sont obtenus par le réajustement de la moyenne obtenue soit 1.038.171 pour les 108 dossiers considérés. En fait la société pouvait prendre tout simplement les 1.038.171 mais étant donné que sur ces 108 dossiers, 60 présentent une indemnité supérieure à 750.000 F (le coût moyen d'un sinistre en cas de blessure qu'elle avait retenu l'année dernière), elle a préféré augmenter légèrement cette somme pour la porter à 800.000 F. Cela est-il exact, nous ne saurons nous prononcer sur cette question puisqu'il faudra tester cela dans la pratique, toutefois il aurait été plus prudent de retenir 1.000.000 comme du reste l'a fait le pool Transport Public de Voyageurs (T. P. V.) dans le barème qu'il a dressé.

2ème rubrique : Evaluation des dossiers en cas de décès ; ici, il a été calculé le coût moyen de 54 dossiers, ce qui a donné 2.788.751 et comme sur 54 dossiers, 35 ont chacun une indemnité supérieure à 3.000.000, la Compagnie a arrondi à 3.000.000.

3ème rubrique : Evaluation des dossiers lorsqu'ils comportent des éléments d'appréciation quoique insuffisants pour les évaluer avec précision ; pour cette rubrique, la société a regroupé les sinistres par classe de taux d'I.P.P., ainsi :

- entre 0 et 20 % : la société a reconduit le taux de l'année précédente puisque n'ayant pas réglé des sinistres dont le taux est compris dans cette classe.

- entre 21 et 40 % : la société a fait la moyenne de 8 dossiers et a obtenu 64.737 F qu'elle a arrondie à 70.000.

- entre 41 et 50 % : la société a fait la moyenne de 4 dossiers et a obtenu 74.467 F mais du fait que cette somme est inférieure à celle

.../...

qui a été retenue l'année précédente, soit 85.000, elle a reconduit ces 85.000 F.

- entre 51 et 70 %, la société n'a eu que deux dossiers dont la moyenne n'aurait d'ailleurs aucune signification, en conséquence elle a reconduit le chiffre de l'année précédente.

Pour les deux dernières classes, la société n'ayant aucun dossier de sinistre compris dans cette classe, elle a tout simplement reconduit les chiffres de l'année précédente.

Par ce procédé de calcul, la société a déterminé la valeur du point toutes causes confondues.

Pour les autres chefs de préjudice, la sociétéaretenu la moyenne de chaque préjudice obtenue par l'application du procédé de calcul ci-dessus.

Ce barème serait beaucoup plus proche de la réalité s'il était fondé sur un plus grand nombre de dossiers ; en outre la Compagnie ne devrait pas faire une reconduction simple des coûts moyens pour lesquels, elle n'a pas eu d'éléments pouvant concourrir à leur détermination, aussi était-il nécessaire de réajuster ces coûts moyens en tenant compte au moins de l'inflation.

Nous allons essayer d'appliquer ce barème en prenant un exemple pratique. Acet effet nous avons pris le dossier ci-après :

Dossier de sinistre N° 0.332.842
Police d'assurance N° 03.155.946
Effet de la Police : du 17/6/80 au 17/6/81
Date du sinistre : 16/8/80
Nature du risque : Auto
Usage : Etat 03
Assuré : Mamadou NDAO
Marque : PEUGEOT 404 N° 9258 S6A
Tiers : Cheikhou DIAW
Date de déclaration du sinistre : le 19/8/80

Compte tenu de la seule déclaration de l'assuré et en l'absence de tout élément concerant la responsabilité, j'ai ouvert le dossier à 800.000 en appliquant le barème ; le responsable du département sinistre a par contre évalué à 100.000 F car pour lui, il n'était pas évident que selon la déclara-

tion de l'assuré il y'ait blessure, il y'aurait peut-être des dégâts matériels.

Le 29 Décembre, l'assureur reçoit le procés-verbal de la police et assignation lancée à la requête de la victime, à comparaître le 30 Décembre 1980 au Tribunal de Kaolack. Le même jour, il reçoit le certificat médical qui fait état :

- d'une fracture du fémur 1/3
- d'une I. T. T. de 105 jours

Le 30/12, l'affaire n'a pas été évoquée et l'avocat de la victime n'a pas enrolé son assignation.

Au 31 Décembre 1980, l'assureur, considérant qu'il n'avait pas d'éléments suffisants, a réévalué le dossier à 800.000. Par contre, à cette même date, compte tenu des nouvelles données dont nous disposons, (notre assuré étant entièrement responsable), et à l'aide du barème "Droit commun", nous avons supposé que le taux d'I.P.P. résultant d'une fracture du fémur pourrait correspondre au taux d'I.P.P. résultant du col du fémur ; ce dernier taux est compris entre 20 et 70 % sur le barème "Droit commun". Ainsi, nous avons considéré que le taux d'I.P.P. à retenir pourrait être évalué à 20 %. Et comme sur le barème de la société, la valeur du point à retenir, toutes causes confondues est de 65.000 F pour un taux d'I.P.P. compris entre 0 et 20 % , nous avons fait la multiplication soit 65.000 X 20 = 1.300.000. Donc, le montant de la provision à constituer pour ce dossier est de 1.300.000.

Le 13/1/1981, le Procureur de la République près le Tribunal de Première Instance de Kaolack a donné citation à notre assuré, à comparaître le 15/1/1981 devant le Tribunal correctionnel de Kaolack, pour répondre civilement des condamnations pécuniaires qui pourraient être prononcées contre son préposé prévenu de blessures volontaires.

La victime s'étant constituée partie civile lors de l'audience, le Tribunal, sur la base de l'expertise médicale, de la déclaration des parties et du procès-verbal de police, a alloué à la victime une somme de 2.576.800 F avec exécution provisoire pour moitié.

.../...

Nous signalerons en passant que sur le certificat médical présenté au Tribunal, les séquelles se répartissent comme suit :

- I.P.P. ..... 20 %
- I.T.T. ..... 105 jours
- Pretium doloris ..... Moyen
- Préjudice Esthétique ..... très léger

Nous constatons qu'il y'a une sous-évaluation entre ce que nous avons prévu et ce que le Tribunal de première instance de Kaolack a alloué à la victime.

Cependant, la Compagnie a estimé que cette condamnation est très exagérée et en conséquence, elle a interjeté appel.

Une telle application devait être faite sur au minimum 1.000 Dossiers de sinistres (le nombre de sinistres de 1980 étant égal à 1978) pour pouvoir apprécier le barème mis au point par la Compagnie. Ce que nous n'avons pas pu faire car nous avons reçu le barème trop tard.

Les résultats obtenus globalement par l'application de ce barème à chaque dossier, sont majorés de 5 % pour tenir compte des frais de gestion. Ainsi, la provision pour sinistres à payer pour la branche automobile pour chaque exercice est la suivante :

- pour 1977 ..... 371.774.550
- pour 1978 ..... 562.890.300
- pour 1979 ..... 873.934.950
- pour 1980 .....1.194.479.500

Particulièrement pour 1980, la Compagnie a majoré de 10 % la provision pour sinistres à payer du fait non seulement que les résultats excédentaires le leur permettentmais aussi, elle a enrégistré des malis de liquidation en 1978 et 1979 qu'il faut résorber.

Ces malis de liquidations équivalant à une sousévaluation, sont obtenus en comparant les réalisations aux prévisions ; le résultat de cette comparaison pouvant aussi être des bonis de liquidation qui équivalent à une surévaluation.

.../....

A l'aide de l'illustration suivant nous allons définir les éléments de la comparaison ci-dessus :

- les prévisions de l'année n correspondent à la provision pour sinistres à payer au 31 Décembre de l'année n,

- et les réalisations correspondent aux réglements des sinistres effectués au cours de l'année n + 1 au titre des sinistres survenus à l'année n, augmentés du montant résultant de la réévaluation de la provision pour les sinistres survenus à l'année n restant à payer au 31 Décembre de l'année n + 1.

Une telle comparaison permet à la société de faire un contrôle pour vérifier si elle a bien évalué ses provisions et faire au besoin des réajustements. C'est un contrôle a postériori.

L'application de cette méthode de contrôle a donné les résultats suivants :

- pour les sinistres en suspens 1977 revus en 1980, la société a dégagé des bonis de liquidation de 4.864.328. 8 M.

- pour les sinistres en suspens 1978 revus en 1980, la société a accusé des malis de liquidation de : 90.749.033. 127 M

- pour les sinistres en suspens 1979 revus en 1980, la société a accusé des malis de liquidation de : 90.304.235. 170 M

En 1980, la tendance qui se dégage est la sousévaluation surtout pour les années récentes 1978 et 1979 mais pour 1977, la société a pu réajuster la provision pour dégager un boni.

L'inconvénient d'une telle méthode de contrôle que pratique la société est que celle-ci ne connaît réellement ses résultats qu'après coup. Or, il existe d'autres méthodes de contrôler les provisions pour sinistres à payer obtenues par la méthode dossier par dossier. Ce sont les méthodes de cadence de réglement et du coût moyen.

2)- La méthode de cadence de réglement :

Dans la pratique, la méthode de cadence de réglement peut s'appliquer si nous pouvons avoir pour les trois dernies exercices, l'évolution de la liquidation des sinistres et des provisions. A cet effet, nous avons dressé les tableaux suivants :

.../...

INVENTAIRES		EXERCICE DE SURVENANCE			
		1977	1978	1979	1980
1977	Réglés	109.226.887			
	Evalués	371.774.550			
	TOTAL	481.001.437			
1978	Réglés	109.404.845	188.588.378		
	Evalués	281.155.350	562.890.300		
	TOTAL	390.560.195	751.478.678		
1979	Réglés	58.423.645	122.202.614	228.820.968	
	Evalués	223.327.000	530.076.750	873.934.950	
	TOTAL	281.750.645	652.279.364	1.102.755.918	
1980	Réglés	68.680.445	81.793.719	161.597.125	298.390.741
	Evalués	143.302.500	486.373.800	882.906.200	1.194.479.500
	TOTAL	211.982.945	568.167.519	1.044.503.325	1.492.702.241

II IQUIDATION DE SINISTRES

INVENTAIRES		EXERCICE DE SURVENANCE			
		1977	1978	1979	1980
1977	Réglés	109.226.887			
	Evalués	371.774.550			
	TOTAL	481.001.437			
1978	Réglés cumulés...	218.631.732	188.588.378		
	Evalués	281.155.350	562.890.300		
	TOTAL	499.787.082	751.478.678		
1979	Réglés cumulés....	277.055.377	310.790.992	228.820.968	
	Evalués	223.327.000	530.076.750	873.934.950	
	TOTAL	500.382.377	840.867.742	1.102.755.918	
1980	Réglés cumulés....	345.735.822	392.584.711	390.418.093	298.390.741
	Evalués	143.302.500	486.373.800	882.906.200	1.194.479.500
	TOTAL	489.038.322	878.958.511	1.273.324.293	1.492.702.241

INVENTAIRES	EXERCICE DE SURVENANCE		
	1977	1978	1979
1977	22 %		
1978	48 %	21 %	
1979	57 %	35 %	18 %
1980	71 %	45 %	31 %

En supposant que la politique de réglement de la société n'a pas changé, nous allons considérer qu'au titre de l'exercice 1980, les 298.390.741 correspondent à la moyenne des cadences de 1ère année soit (22 + 21 + 18) /3=20 %. La charge de sinistre de 1980 sera alors égale à :

$$\frac{298.390.741 \times 100}{20} = 1.491.953.705$$

d'où la provision pour sinistre à payer de 1980 sera égale à la charge de sinistre diminuée des réglements soit 1.491.953.705 - 298.390.741 = 1.193.562.964.

Donc selon la méthode de cadence de réglement, la provision constituée au 31/12/80 par la société par la méthode dossier par dossier est correcte.

Il faut noter cependant que n'eût été la majoration de 10 % de la provision obtenue par la méthode dossier par dossier, la société allait enrégistrer une différence en moins par rapport à la cadence de réglements de l'ordre de 119.447.950.

3)- La méthode du coût moyen :

En considérant les exercices 1977, 1978 et 1979, nous avons déterminé pour chacun d'eux la charge de sinistre au 31/12/1980. En outre connaissant les réglements et le nombre de sinistres survenus en 1980, nous voulons déterminer pour la branche automobile la provision pour sinistres à payer au 31 Décembre de cette année. A cet effet, nous avons dressé le tableau suivant :

EXERCICE DE SURVENANCE	1977	1978	1979	1980
Charge de sinistres - réglements - Provisions	 345.735.822 143.302.500	 392.584.711 486.373.800	 390.418.093 882.906.200	 298.390.741 ?
TOTAL (1)	489.038.322	878.958.511	1.273.324.293	
Nbre de sinistres survenus (2)	1.654	1.976	1957	1978
Coût moyen (1) / (2)	295.670	444.817	650.651	?

.../...

Nous constatons que le coût moyen le plus élevé est celui de 1979 soit 650.651.

Cependant, ce coût moyen doit être corrigé par la tendance jurisprudencielle et le taux d'inflation.

POur tenir compte de la tendance jurisprudencielle, nous allons procéder, faute de moyens, à une majoration de notre coût moyen de 50.000 F à l'instar de la Compagnie pour ses sinistres survenus et pour lesquels, elle ne dispose d'aucune information.

En ce qui concerne le taux d'inflation, la Direction de la Prévision et de la Conjoncture du Ministère de l'Economie et des Finances a retenu 12,9 % au titre de 1980.

Ainsi, notre coût moyen sera de :

650.651 + (650.521 x 12,9 %) + 50.000 = 784.568

Le nombre de sinistres survenus en 1980 étant de 1.978, la charge de sinistre sera de :

784.568 x 1.978 = 1.551.875.504

Connaissant le montant des réglements au titre de 1980 qui s'élève à 298.390.741, la provision pour sinistres à payer sera égale à :

1.551.875.504 - 298.390.741 = 1.253.484.763

Ici, nous constatons que la provision obtenue est supérieure à celle obtenue par la méthode dossier par dossier. Néanmoins, nous estimons que cette différence n'étant pas très grande, l'évaluation faite par la société peut être considérée comme correcte.

CONCLUSION GENERALE -

L'évaluation des provisions techniques particulièrement en automobile, comme nous nous sommes efforcés de le faire ressortir dans le texte, est extrémement complexe dans la mesure où l'assureur ne connaît jamais avec certitude au 31 Décembre, ses dettes envers les assurés surtout en matière de responsabilité civile. Les méthodes de calcul mises au point, à cet effet, sont partiellement appliquées. La provision pour risques en cours calculée par la Compagnie en application de la seule méthode des 36 % dont d'ailleurs toutes les conditions ne sont pas remplies, est insuffisante par rapport aux autres.

La masse des provisions techniques (limitée ici à la provision pour risques en cours et à la provision pour sinistres à payer) considérée dans sa globalité, est un tout unique dont la sous-évaluation d'un facteur (la provision pour risques en cours) peut entrainer un déséquilibre même si l'autre facteur (la provision pour sinistres à payer) semble être évalué correctement.

Or, la provision pour risques en cours, étant l'élément qui semble avoir rompu l'équilibre, est pourtant plus facile à déterminer en ce sens qu'il est essentiellement lié à un facteur à savoir l'organisation comptable qu'une société bien gérée peut maîtriser facilement. Et pourtant, de ce point de vue, la société ne semble pas avoir beaucoup de difficultés, du moins elle a pu mettre à notre disposition l'ensemble des éléments dont nous avions besoin pour l'application des trois méthodes. A cet effet, lorsque les primes émises et acquises à l'exercice sont bien séparées des primes reportables, la charge de sinistres, le taux de sinistres à primes et le taux de frais de gestion à primes sont bien déterminés, le calcul de la provision pour risques en cours se fera aisément.

Par contre, l'évaluation de la provision pour sinistres à payer présente beaucoup plus de difficultés. En effet les longs délais que connaissent les réglements de sinistres corporels et la détermination de leur montant laissée à la seule appréciation des juges peuvent renchérir considérablement leur coût et fausser les prévisions de l'assureur le plus prudent. La solution envisagée pour résoudre correctement ces problèmes, a posé des difficultés supplémentaires.

.../...

Le point d'ihcapacité, unité de référence permettant de comparer les décisions judiciaires allouant des dommages-intérêts au titre de l'I.P.P. qui est sans doute le préjudice le plus délicat à déterminer, ne peut être connu précisément dans la mesure où les tribunaux continuent d'apprécier un dommage global "toutes causes confondues".

Le barème qui devait être élaboré à partir de l'ensemble des décisions jurisprudencielles tout au moins à partir de celles rendues par le Tribunal civil de Dakar, aurait permis une meilleure évaluation de la provision pour sinistres à payer par la méthode dossier par dossier.

La combinaison du contrôle a postériori aux deux autres moyens de contrôle que sont la méthode de cadence de réglements et la méthode du coût moyen, pourrait aider davantage la société, pour une évaluation correcte de sa provision pour sinistre à payer.

De toutes les difficultés et insuffisances citées ci-dessus, il résulte que la méthode dossier par dossier a donné des résultats qui, sans la majoration des 10 %, seraient sous-évalués par rapport aux méthodes de cadence de réglement et du coût moyen. Néanmoins, la société a pu évaluer correctement la provision pour sinistres à payer au regard de ces deux dernières méthodes.

Nous constatons cependant qu'au total, la tendance semble être la sous-évaluation du fait que l'évaluation correcte de la provision pour sinistres à payer, ne peut combler l'écart négatif de la provision pour risques en cours. Et pourtant la loi N° 63.38 du 10 Juin 1963 en son article 9 est formelle :
" les organismes d'assurances doivent inscrire au passif de leur bilan les provisions techniques suffisantes pour le réglement intégral de leurs engagements vis-à-vis des assurés et des bénéficiaires de contrats ...".

P E R T E S et P R O F I T S

- D E B I T -		- C R E D I T -	
- Réserve de garantie ..... =	28.600.000	- Résultat d'exploitation ..... =	78.883.735
- Provision pour l'Impôt minimum forfaitaire sur les Bénéfices .... =	400.000	- Plus-value sur cession d'éléments d'actifs	496.490
- Bénéfice net ..... =	50.380.225		
	79.380.225		79.380.225

EXPLOITATION GENERALE - EXERCICE 1980

- D E B I T -		- C R E D I T -	
Sinistres réglés au 31/12/80	1.046.896.089	- Part des réassureurs dans les sinistres réglés au 31/12/80	294.896.486
Provision pour sinistres à payer au 31/12/80	3.127.622.102	- Part des réassureurs dans les provisions pour sinistres à payer au 31/12/80	521.509.269
Part des réassureurs dans les provisions pour sinistres à payer au 31/12/79	473.058.541	- Reprise des provisions pour les sinistres constituées au 31/12/79	2.028.027.756
Part des réassureurs dans les primes	664.652.354	- Primes émises nettes d'annulation	2.858.775.039
Part des réassureurs dans les provisions pour risques en cours au 31/12/79 .....) -	108.110.902	- Provisions pour risques en cours au 31/12/79	761.386.247
Provisions de primes au 31/12/80	936.405.808	- Part des réassureurs dans les provisions pour risques en cours au 31/12/80	130.271.379
.Provisions pour risques encours 818.513.269			
.Provisions de Bonification pour non sinistres 40.000.000			
.Provisions d'annulation 73.000.000			
.Participation Bénéficiaire des assurés 4.892.539			
Commissions et frais généraux	681.388.302	- Part des réassureurs dans les commissions et frais généraux	199.844.068
RESULTATS TECHNIQUES ..... =	7.038.134.098	RESULTATS TECHNIQUES ..... = (solde technique débiteur = 243.423.854)	6.794.710.244
Frais financiers ..... =	19.283.786	- Produits financiers ..... =	301.411.934
Résultat d'exploitation ..... =	78.883.735	- Produits accessoires ..... =	40.179.441
	7.136.301.619		7.136.301.619

SENEGAL

- BAREME -

INSTRUCTIONS CONCERNANT L'EVALUATION DES DOSSIERS "CORPORELS"
POUR L'INVENTAIRE AU 31 DECEMBRE 1970

I - Evaluation des dossier à l'ouverture :

En l'absence de tout élément concernant la responsabilité et le montant des préjudices, les dossiers seront évalués forfaitairement quel que soit le nombre des victimes à :

Autochtones : 800.000 F.CFA Expatriés : 1.600.000 F.CFA

II - Evaluation des dosciers en cas de décès :

Lorsque vous aurez connaissance d'un ou plusieurs décès, sans autre information, chacune des victimes décédées fera l'objet d'une évaluation forfaitaire de :

Autochtones : 3.000.000 F.CFA Expatriés : 8.500.000 F.CFA

III - Evaluation des dossiers lorscu'ils comportent des éléments d'appréciation quoique insuffisants pour les évaluer avec précision :

1 - L'évaluation du dossier doit tenir compte du pourcentage de responsabilité déjà déterminé ou à apprécier.

2 - L'évaluation du dossier doit tenir compte des co-assurances éventuelles.

A - I.P.P.

Tant que le taux n'est pas déterminé par un Médecin-Expert, il convient de procéder à l'évaluation sur la base du barème "Droit Commun".

La valeur du point à retenir, toutes causes confondues, est indiquée dans le tableau ci-après :

Taux			
0	-	20 %	65.000
21	-	40 %	70.000
41	-	50 %	85.000
51	-	70 %	95.000
71	-	90 %	105.000
91	-	100 %	130.000

En ce qui concerne les victimes à revenus élevés, les chiffres ci-dessus peuvent être majorés de 30 %, sauf à tenir compte en sus de l'incidence professionnelle.

.../...

B - PRETIUM DOLORIS

Léger	100.000
Moyen	250.000
Important	600.000
Très important	1.000.000

C - PREJUDICE ESTHETIQUE

Léger	100.000
Moyen	300.000
Important	500.000

D - DECES

Ayants droit :

Veuve	1.000.000
Veuf	750.000
Enfant mineur	700.000
Enfant majeur	300.000
Ascendant d'enfant mineur	1.000.000
Ascendant d'enfant majeur	600.000
Collatéraux	150.000

Remarques Générales :

- Ces chiffres ont un caractère forfaitaire et concernent uniquement l'autochtone "moyen" par opposition à l'expatrié ou à la victime à revenus élevés.

- Il est bien entendu que les évaluations doivent tenir compte de tous les éléments d'appréciation du dossier, afin de serrer la réalité et chaque fois que le degré d'avancement de l'instruction le permettra, il y aura lieu d'évaluer les préjudices poste par poste.

- Ces chiffres ne sauraient constituer un barème utilisable pour le règlement des sinistres.

BIBLIOGRAPHIE

- POPPER, Commissaire Contrôleur. Cours de Généralités Bases Techniques des Assurances

- Recueil des Textes régissant les Assurances du Sénégal

- L'Assurance, Collection de l'E. N. A. Tome I Edition 1979

- Revues I. I. A. Spécial N° 1 et N° 2. Indemnisation des Préjudices Corporels.

=-=-=-=-=-=-