

INSTITUT INTERNATIONAL
DES ASSURANCES
DE
YAOUNDE

Cycle Supérieur

8e PROMOTION
1986 - 1988

GESTION TECHNIQUE EN ASSURANCE IARDT

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

En vue de l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES D'ASSURANCES
(D. E. S. A)

Présenté par :
Idrissa FALL
Stagiaire Sénégalais

Sous la direction de :
Mr. NINGAHI Simon
Directeur de la Réassurance
C. N. R. - YAOUNDÉ

JUIN 1988

S O M M A I R E

I N T R O D U C T I O N G E N E R A L E

Titre I : G E S T I O N D E L A M U T U A L I T E E T M O Y E N S P R O P R E S D E L'ENTREPRISE D'ASSURANCES.

- I/ Gestion du portefeuille - primes
 - 1) Technique de constitution du portefeuille..... P.4
 - a) Approche du risque
 - b) Compensation des risques
 - 2) Gestion courante..... P.6
 - a) Tarification
 - b) Surveillance du portefeuille.
 - 3) Travaux de fin d'exercice..... P.9
 - a) Evaluation des provisions de primes
 - b) Appréciation des résultats.
- II/ Gestion du portefeuille-sinistres
 - 1) Définition d'une politique en matière de sinistres..... P.12
 - a) Prévention
 - b) Instruction des sinistres
 - c) Procédure de règlement.
 - 2) Suivi de l'exécution..... P.15
 - a) Méthodologie du contrôle
 - b) Structure de coordination.
 - 3) Travaux de fin d'exercice..... P.16
 - a) Evaluation des provisions de sinistres
 - b) Appréciation des résultats.

.../...

Titre II : DIVISION DES RISQUES ET ORGANISATION
DU PARTENARIAT.

I/ LA CO - ASSURANCE

- 1) L'apérition des risques P.18
 - a) Sélection des risques à céder
 - b) Choix des co-assureurs
 - c) Gestion de la police co-assurée

- 2) Les acceptations..... P.20

II/ LA REASSURANCE

- 1) Elaboration du plan de réassurance..... P.23
 - a) Définition des p̄lèins
 - b) Choix des réassureurs et négociation des traités.

- 2) Suivi de la gestion des traités..... P.26
 - a) La périodicité des cessions
 - b) Les avis de sinistres
 - c) Les dépôts de garantie
 - d) Les entrées et sorties de portefeuille.

- 3) Evaluation des résultats..... P.29
 - a) L'équilibre du traité
 - b) Les soldes de réassurance
 - c) Les ratios

C O N C L U S I O N G E N E R A L E

- ANNEXES
- BIBLIOGRAPHIE.

I N T R O D U C T I O N G E N E R A L E

La gestion d'une compagnie d'assurance est particulière car l'opération d'assurance est elle-même fort complexe ; elle est en effet :

- Juridique : en ce sens qu'à la base de toute opération d'assurance existe un contrat (police d'assurance) qui détermine les droits et obligations de chacune des parties ;

- Technique : elle suppose la connaissance des lois statistiques et la constitution d'une mutualité par la mise en commun d'un certain nombre de risques fréquents, aléatoires et dispersés au sein desquels va s'effectuer une compensation entre "bons" et "mauvais" risques ;

- Economique car l'assurance, grâce à la masse des capitaux collectés permet d'investir dans les secteurs-clés de l'économie et de contribuer à l'amélioration du bien-être de la collectivité.

La gestion technique apparaît cependant comme une composante essentielle du management en assurance dans la mesure où la qualité de la gestion d'une compagnie s'apprécie principalement en fonction de son résultat technique et à un degré moindre de son résultat financier ; la somme des deux expliquant le bénéfice ou la perte pour un exercice donné.

En effet, la structure du compte d'exploitation générale (C.E.G.) des compagnies d'assurance IARDT (1) se présente schématiquement comme suit :

DEBIT	C.E.G. du 1er/01 au 31/12	CREDIT
. Sinistres réglés	:	. Primes émises
- PSAP 1/1	:	- PREC 31/12
(2)	:	+ PREC 1/1
+ PSAP 31/12	:	(3)
. Charges commerciales	:	
. Charges administratives	:	
SOLDE CREDITEUR	:	SOLDE DEBITEUR
	:	
RESULTAT TECHNIQUE		
. Charges des placements	:	Produits financiers
	:	
RESULTAT FINANCIER		
Résultat technique + Résultat financier = Résultat de gestion (Bénéfice ou perte)		

(1) IARDT : Incendie-Accidents-Risques divers - Transports C'est généralement sous ce sigle que l'on désigne les compagnies qui pratiquent les branches autres que la Vie.

(2) PSAP : Provisions pour sinistres à payer.

(3) PREC : Provisions pour risques en cours.

De manière générale, l'organisation interne des compagnies d'assurance présente, à peu de choses près, la même allure que le C.E.G. : une fonction administrative et financière et une fonction technique.

La compétence de celle-ci s'étend généralement à toutes les activités concourant à la détermination du résultat technique de l'exploitation : Gestion des polices, quittances, sinistres, co-assurance, réassurance.

Ce résultat technique sera dit équilibré lorsque l'assureur aura collecté un montant suffisant de primes pour couvrir au moins celui des sinistres.

Mais comme toute entreprise commerciale, la compagnie d'assurance recherche le profit ou tout au moins un excédent qui lui permettrait de couvrir ses différents frais.

C'est pourquoi elle cherchera un équilibre technique susceptible de dégager un surplus après qu'il ait honoré ses engagements vis à vis des assurés.

Pour ce faire, l'assureur dispose de deux techniques :

La mutualisation et la division des risques.

La mutualisation suppose que l'assureur ait pu organiser sa communauté de risques de telle sorte que la compensation puisse s'y effectuer de manière adéquate.

Mais cette technique, pour importante qu'elle soit, ne repose que sur des prévisions et estimations statistiques que peuvent démentir les résultats effectifs en matière d'encaissement de primes, de sinistralité ou de charges de gestion.

Or, ces possibilités de variations dues à ce qu'on pourrait appeler la précarité des statistiques font peser sur la société des risques sérieux de déséquilibre voire de faillite.

C'est pourquoi il est impératif qu'en plus de la mutualisation, la compagnie d'assurance fasse une bonne division de ses risques et organise un véritable partenariat à travers la co-assurance et la réassurance.

En effet, seules ces deux dernières techniques peuvent permettre à l'assureur de se prémunir contre les écarts et de réaliser l'homogénéité de son portefeuille.

Deux idées centrales vont donc constituer la charpente de cet exposé :

- d'une part la gestion de la mutualité et les moyens propres de l'entreprise d'assurance ;
- d'autre part, la division des risques et l'organisation du partenariat.

Chemin faisant, nous tenterons de faire ressortir ce qui nous paraît être la mission essentielle de la fonction technique : Planification Gestion et Evaluation des résultats.

Nous avons conscience que les quelques réflexions qui vont suivre ne sauraient constituer une étude exhaustive de la question encore moins un vademecum pour ceux qui se destineraient à cette délicate fonction.

Nous espérons seulement que ce modeste travail inspirera d'autres chercheurs qui viendront l'affiner et l'enrichir.

TITRE I : GESTION DE LA MUTUALITE ET MOYENS PROPRES
DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE

TITRE I :

GESTION DE LA MUTUALITE ET MOYENS PROPRES DE L'ENTREPRISE
D'ASSURANCE

L'industrie des assurances fonctionne sur la base de deux principes : la capitalisation et la répartition.

Dans les assurances qui utilisent la technique de capitalisation (assurances sur la vie) la prime n'est pas seulement versée en prévision du risque.

Elle comporte une part d'épargne qui doit fructifier et servir à constituer le capital promis au contrat.

Par contre, la répartition qui s'applique aux assurances de dommages ou IARDT est la technique fondée sur la redistribution aux assurés victimes d'un sinistre des sommes encaissées sous forme de primes.

Dans un cas comme dans l'autre, deux remarques s'imposent :

- l'assureur offre une prestation de service et non un bien ;
- l'intervention de l'assureur est aléatoire car elle ne se fait qu'en cas de réalisation du risque.

Les assurances de répartition, notamment les garanties de responsabilité civile (R.C), présentent cependant une particularité : l'inversion du cycle de production.

En effet, dès la conclusion du contrat, l'assuré verse le prix de vente du produit (la prime) à l'assureur alors que celui-ci n'a pas encore déterminé son prix de revient qui est l'indemnité à verser en cas de sinistre.

Il est également admis pour les assurances de dommages que la prestation de l'assureur ne doit pas excéder le montant du préjudice réellement subi par l'assuré ou le bénéficiaire du contrat : c'est le principe indemnitaire.

De même, pour des garanties portant sur des choses mobilières ou immobilières, le droit est reconnu à l'assureur, qui a indemnisé son assuré victime d'un sinistre, d'exercer des recours contre le tiers responsable à concurrence du paiement qu'il a effectué : c'est la subrogation.

Les caractéristiques que nous venons d'énoncer soulignent bien, à notre avis, la spécificité de la branche IARDT ainsi que la nécessité d'avoir recours à des techniques particulières pour la gestion du portefeuille primes et de celui des sinistres.

Il n'est pas superflu de remarquer que cette gestion du portefeuille n'est pas seulement l'affaire des services techniques ; elle interpelle aussi d'autres fonctions dans l'entreprise : l'administration générale, les finances, l'informatique, les services commerciaux...

I/- GESTION DU PORTEFEUILLE-PRIMES

Il s'agit ici pour la fonction technique de constituer la communauté des risques, d'en suivre la gestion courante et d'évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

1) Technique de constitution du portefeuille

Selon le Professeur Jacques CHARBONNIER (1), la part minimale de marché d'une Société d'assurances opérant dans un des pays de la CICA se situe autour de 700 Millions CFA d'encaissements annuels.

En deça de cette limite, c'est la zone des turbulences à moins que la Société ait des capacités d'adaptation rapide à des situations évolutives.

Au-dessus, la Société dispose des moyens financiers nécessaires pour recruter, étoffer ses réseaux, améliorer son informatique...

Il reste cependant que l'objectif d'accroissement du chiffre d'affaires ne doit pas conduire à une politique de souscription sans discernement.

Il est au contraire nécessaire d'avoir une approche sélective du marché afin de réaliser une bonne compensation des risques.

a) Approche du risque

Contrairement à une idée répandue auprès du public profane, tous les risques ne sont pas assurables ; en ce sens, la notion d'assurance "tous risques" est un abus de langage car le contrat prévoit toujours des exclusions de garanties.

Pour être assurable, un risque doit satisfaire à des conditions d'ordre technique et légal.

Sur le plan technique, un risque assurable présente le profil suivant :

- la réalisation du risque est un évènement aléatoire lié au hasard ;
- la probabilité de survenance d'un sinistre est mesurable ; elle n'est ni ni forte, ni trop faible ;
- le risque est évaluable en argent ;
- si la cause du sinistre est subjective c'est-à-dire liée à la volonté de l'assuré, il faut qu'il y ait disproportion entre l'acte et le dommage, l'intention et l'effet.

Sur le plan légal, un risque est inassurable lorsque sa souscription est interdite par le législateur (Cf loi du 13 Juillet 1930).

On peut citer à titre d'exemple le dol, la faute inexcusable de l'employeur en cas d'accident du travail, la responsabilité pénale, la perte de marchandises passées en contrebande.

Il est également intéressant de noter que pour éviter l'escroquerie à l'assurance, le législateur interdit de contracter plusieurs assurances pour une même chose quand la somme de ces assurances dépasse la valeur de la chose.

Une fois réglée la question du profil du risque assurable, il restera à mutualiser les risques du portefeuille afin de réaliser une bonne compensation.

(1) étude parue dans "l'Assureur Africain" n°1 Octobre 1983 P.39 et suivantes.

b) la compensation des risques

L'assurance repose essentiellement sur la mutualité : elle implique le groupement de personnes qui, mettant en commun les risques susceptibles de les atteindre, décident de contribuer toutes au règlement des sinistres, ce règlement étant opéré à l'aide des cotisations versées par elles toutes. C'est cette mutualité qui permet d'éliminer le hasard et de créer la sécurité.

Les règles de bonne gestion technique recommandent cependant que cette mutualité de risques satisfasse à certaines conditions : les risques doivent être nombreux, dispersés, homogènes et fréquents.

En effet plus grande est la mutualité, plus les risques sont dilués ; les conséquences du hasard sont ainsi mises en commun et fractionnées au point que la charge est pratiquement insignifiante pour chacun en comparaison de l'importance du risque.

Il est d'ailleurs prouvé que la loi des grands nombres n'est opérante que si elle s'applique à un portefeuille important de risques. Quant à la condition de dispersion, elle s'explique par le fait que si les risques ne sont pas suffisamment disséminés dans l'espace c'est-à-dire s'ils sont susceptibles d'atteindre la totalité ou même simplement la majorité des intéressés dans des conditions identiques, il serait impossible à l'entreprise de les compenser.

Cette condition de dispersion de risques a pour conséquence de rendre techniquement inassurables certains risques trop nettement localisés : des polices Incendie qui ne seraient souscrites que par les habitants de la Cité Verte ; l'assurance "Individuelle Accidents" pour tout le staff d'une entreprise voyageant à bord d'un même avion...

Une autre condition de bonne gestion consiste à ce que les risques pris en charge soient homogènes.

L'homogénéité du portefeuille d'une compagnie permet d'éviter de gérer des risques de valeurs trop différentes.

En effet, si la compagnie n'avait souscrit jusque-là que des risques de simple habitation et qu'un jour, elle en vienne à assurer une raffinerie de pétrole, un sinistre important frappant ce dernier risque pourrait ne pas être compensé par le reste du portefeuille et l'équilibre de l'entreprise pourrait être sérieusement compromis.

Enfin, pour pouvoir être évalués techniquement, les risques doivent avoir une certaine fréquence c'est-à-dire être susceptibles de se réaliser assez souvent pour que des observations assez nombreuses permettent de dégager une loi de probabilité.

Mais fréquence ne veut pas dire périodicité régulière et mathématique : il faut et il suffit que les risques se réalisent suffisamment dans le temps et dans l'espace pour que l'assurance soit techniquement possible.

Il en résulte que les risques qui se réalisent rarement sont inassurables car il est impossible de dresser une statistique. En revanche, s'ils se réalisent fréquemment, l'évaluation en est certes possible mais l'assurance est alors coûteuse, spécialement du point de vue économique car le prix en serait trop lourd pour l'assuré.

Il apparaît donc, en définitive, que l'assurance ne peut véritablement exister qu'au sein d'une entreprise scientifiquement organisée, que la technique d'assurance elle-même est essentiellement basée sur les lois de la statistique et qu'à partir des observations du passé, l'assureur doit constituer sa communauté de risques de telle sorte que les primes perçues suffisent à régler les sinistres survenus et à dégager éventuellement un excédent.

II/- GESTION COURANTE

Les statistiques de sinistres ont permis à l'assureur de fixer son tarif et d'entamer la souscription des risques.

Il doit cependant veiller à ce que les risques garantis soient identiques à ceux qui ont présidé à l'élaboration des statistiques.

En clair, il faut reproduire dans les faits les conditions des tables et tarifs.

Par conséquent, l'assureur doit refuser les risques dangereux qui pourraient rompre l'équilibre entre ses recettes et ses dépenses sinon exiger une surprime.

Il lui faut en somme veiller constamment sur sa tarification et sur l'évolution de son portefeuille.

a) Tarification

Le tarif peut être défini comme un tableau de primes établi d'après certains critères qui, selon les résultats statistiques, paraissent définir la nature et l'importance du risque.

La prime que l'on appelle aussi cotisation dans les sociétés d'assurances mutuelles constitue le prix de l'assurance ; c'est la rémunération que l'assuré doit à l'assureur en contrepartie du risque pris en charge. Comment la prime est-elle fixée et quels sont les éléments qui entrent en ligne de compte pour son établissement ?

La réponse à cette question nous amène à distinguer trois niveaux de primes :

a.1 La prime pure ou prime de risque.

Elle correspond au coût du risque.

Sa détermination varie cependant en fonction des catégories d'assurances. En assurance RC, la prime pure (P) est égale au produit de la fréquence (f) et du coût moyen des sinistres (C) dans une branche donnée.

$$P = F \times C$$

$$F = \frac{\text{Nombre de sinistres}}{\text{Nombre de risques}}$$

$$C = \frac{\text{Charge totale des sinistres}}{\text{Nombre de sinistres}}$$

En assurance de choses, la formule fondamentale ($P = F \times c$) subit quelques modifications.

En effet, la base essentielle de tarification de ce type d'assurance est la valeur de la chose estimée au moment de la souscription du contrat.

La prime est donc proportionnelle à cette valeur que l'assureur aura à payer entièrement ou partiellement selon le sinistre.

Dans les statistiques destinées à l'élaboration du tarif d'une assurance de choses, il faut par conséquent substituer à la notion de coût moyen des sinistres celle du taux moyen.

Le taux de prime pure (T) sera donc obtenu en faisant le rapport entre le coût total des sinistres dans une branche donnée (S) et la valeur totale des capitaux garantis dans la même branche (A).

$$T = \frac{S}{A}$$

Toutefois, d'après le "théorème de la ruine du joueur", si l'Assureur se contentait d'encaisser uniquement la prime de risque, il aurait la quasi-certitude de se ruiner.

C'est la raison pour laquelle il devra incorporer divers types de chargement.

En dehors de la rémunération légitime du capital dans les Sociétés par actions, celle-ci représentant en moyenne moins de 2 % des primes, le chargement comprend les frais d'acquisition, de gestion des contrats et d'encaissement des primes.

a.2 : La prime d'inventaire

C'est la prime pure majorée des chargements de gestion.

Exemple : Si la prime pure (P) est de 100 F, le taux de chargement de gestion (g) de 8 %, quelle serait la prime d'inventaire (P) ?

$$\begin{aligned} P' &= P + gP \\ &= P(1 + g) \\ &= 100 (1 + 0,08) \\ P' &= 108 \end{aligned}$$

a.3 : La prime commerciale

Elle est égale à la prime d'inventaire augmentée des chargements d'encaissement des primes et des chargements d'acquisition.

Exemple : Si P'' est la prime commerciale

t : pourcentage de la prime commerciale correspondant aux chargements d'encaissement et d'acquisition : 20 %

$$P'' = P + gP + tP''$$

$$P'' - tP'' = P + gP$$

$$P''(1-t) = (1+g)P$$

$$P'' = \frac{1+g}{1-t} P$$

$$P'' = \frac{1,08}{0,8} 100$$
$$= 135$$

L'on aura noté que les chargements d'encaissement et d'acquisition s'appliquent non pas sur la prime d'inventaire mais sur la prime commerciale : ce qui a pour effet d'augmenter la prime payée par l'assuré.

La réalité démontre cependant que ce schéma théorique de décomposition de la prime est assez méconnu dans nos marchés d'assurance.

En effet, la difficulté principale pour les assureurs de pays de la CICA est le manque d'informations statistiques fiables permettant d'asseoir une tarification adéquate.

Nos compagnies en sont donc réduites soit à adopter les tarifs conçus en France et qui sont souvent inadaptés à nos marchés soit à apprécier les risques et déterminer le montant des primes au "pifomètre."

Dans les deux cas, les résultats obtenus ne sont guère satisfaisants car, il y a presque toujours un net décalage entre la prime et le coût réel du risque.

Dans un tel contexte, la parade pour les assureurs serait de limiter leur couverture aux seules garanties de base et de n'accorder des extensions qu'avec beaucoup de circonspection.

Un autre palliatif consisterait à généraliser le système des franchises mettant ainsi à la charge des assurés une part du coût des sinistres ; ce qui justifierait une réduction corrélative de leurs primes.

Mais la solution définitive de l'épineux problème de la tarification ne viendra que d'une action concertée des assureurs en vue d'établir des statistiques propres à nos marchés.

Il faut cependant souligner que même si des statistiques sont établies elles n'ont pas une valeur absolue pour l'avenir. Il faut donc constamment les mettre à jour et les réajuster.

b) la surveillance du portefeuille

Une fois les objectifs de souscription définis, il revient à l'encadrement technique le soin d'en suivre l'exécution, de relever les tendances générales qui affectent l'évolution du portefeuille et d'y apporter, le cas échéant, les correctifs qui s'imposent.

Pour ce faire, il aura recours à diverses sources d'information :

- le fichier clients pour apprécier si les prévisions en matière d'accroissement et de diversification de la clientèle sont en voie d'être atteintes.

- Le registre de polices et quittances pour évaluer le niveau des encaissements et la nature des garanties souscrites par rapport aux objectifs fixés.

- Le fichier sinistres pour analyser la courbe de sinistralité dans les différentes branches et décider éventuellement de durcir la sélection des risques.

Dans l'accomplissement de ces tâches, le responsable de la fonction technique pourra se doter de certains instruments que l'on considère aujourd'hui, non sans raison, comme la "tarte à la crème" du contrôle de gestion : les tableaux de bord. (Voir Annexe).

3/- TRAVAUX DE FIN D'EXERCICE

A la clôture de chaque exercice, il est fait obligation à l'assureur de constituer des provisions de primes encore appelées provisions pour risques en cours (PREC).

Par ailleurs, mais sans que cela ne soit obligatoire, l'assureur établit ses ratios de production qui sont le fidèle reflet de la situation de l'entreprise par rapport à son environnement.

a) Evaluation de la provision de prime

La provision pour risques en cours (PREC) est justifiée par le fait que, le plus souvent la période de garantie des contrats d'assurance ne coïncide pas avec l'année comptable (le Janvier au 31 Décembre).

Cette provision est donc destinée à faire face, pour les contrats à primes payables d'avance, aux risques et aux frais généraux afférents, pendant la période comprise entre la date d'inventaire et la prochaine de prime ou à défaut le terme fixé par le contrat. Il existe plusieurs méthodes de calcul de la PREC.

a.1. Méthodes des 36 %

La PREC calculée selon cette méthode doit être égale au minimum à 36 % des primes dont l'échéance dépasse le 31 Décembre soit :

- toutes les primes annuelles
- les primes semestrielles du 2e semestre
- les primes trimestrielles du 4e trimestre
- les primes mensuelles du mois de décembre.

Pourquoi 36 % ?

L'on a estimé que pour 100 F de prime émise, 20 F servent à faire face aux frais d'acquisition, 8 F aux frais d'établissement du contrat.

Il reste donc 72 F correspondant au coût du risque (S/P) et aux frais de gestion étalés.

Si les souscriptions ont été régulières tout au long de l'assuré, on peut admettre que tous les contrats ont été souscrits le 1/07 et arriveront à échéance le 30/06 de l'exercice suivant.

Il est donc possible de considérer que les 50 % de 72 F soit 36 F seront consommés du 1/07 au 31/12 et les 50 % restants pour la période comprise entre le 1/01/ et le 30/06 de l'exercice suivant.

a.2. Méthode des 24 èmes

Elle est basée sur une hypothèse mensuelle des émissions.

Les primes sont réputées avoir été émises le 15 de chaque mois.

- Détermination des primes à reporter

. Primes annuelles

- 1/24 des primes émises en Janvier
- 3/24 - " - Février
- 5/24 - " - Mars
- : :
- : :
- : :
- 23/24 - " - Décembre

. Primes semestrielles

- 1/12 de primes émises en Juillet
- 3/12 - " - Août
- 5/12 - " - Septembre
- : - " - :
- : - " - :
- : - " - :
- 11/12 - " - Décembre

. Primes trimestrielles.

- 1/6 des primes émises en octobre
- 3/6 - " - Novembre
- 5/6 - " - Décembre

. Primes mensuelles

- 1/2 des primes émises en décembre.

- Détermination de la PREC

PREC = Primes à reporter x (S/P + frais de gestion étalés)

Il est à noter que la variable (S/P + Frais de gestion) ne peut être inférieure à 72 %.

Entre les deux méthodes que nous venons d'énoncer laquelle choisir ?

La règle en la matière est la suivante :

Si la méthode des 24 èmes donne un résultat supérieur à celui obtenu par la méthode des 36 %, on retient la méthode des 24 e.

Si par contre la méthode des 24èmes donne un résultat inférieur, il ya 2 possibilités :

. On opte pour la méthode des 36 % car le taux de 36 % est un minimum fixé par la loi ;

. Sur justification des calculs auprès du Ministère de tutelle, on peut retenir la méthode des 24èmes car elle est très proche de la réalité.

Il existe une troisième méthode qui est surtout utilisée par les Sociétés disposant de l'outil informatique.

a.3. La méthode prorata-temporis

C'est la méthode contrat par contrat.

La prime à reporter se calcule au prorata du nombre de jours qui restent à courir au-delà du 31 Décembre.

Exemple : Soit un contrat à effet du 01/04/88 et à échéance du 31/03/89
prime totale : 100.000 F ; Prime à reporter : 72.000 F ; PREC : $\frac{72.000 \times 3}{12} = 18.000$

b) Appréciation des résultats

Il s'agit pour la fonction technique en relation avec les services commerciaux d'établir des ratios de production qui constituent autant d'instruments de diagnostic et de prévision pour l'entreprise.

- . Taux de croissance du chiffre d'affaires

$$\frac{\text{Encaissements (t)} - \text{Encaissements (t-1)}}{\text{Encaissements (t-1)}} \times 100$$

- . Part de marché de l'entreprise

$$\frac{\text{Encaissements de l'entreprise}}{\text{Encaissements du marché}} \times 100$$

- . Taux de commissionnement de l'entreprise

$$\frac{\text{Commissions versées}}{\text{Encaissements}} \times 100$$

Ce résultat est à rapporter au taux de commissionnement moyen sur le marché.

- . Prime moyenne par assuré

$$\frac{\text{Encaissements}}{\text{Nombre de clients assurés}}$$

Le résultat obtenu peut servir de critère à la constitution d'une catégorie "d'assurés privilégiés" : ceux dont le volume de primes est supérieur à la moyenne du portefeuille.

- . Importance des risques en cours

$$\frac{\text{Risques en cours}}{\text{Encaissements}} \times 100$$

Le contrat d'assurance étant synallagmatique le paiement de la prime par l'assuré ne se justifie que par l'engagement que prend l'assureur de régler les sinistres affectant les risques garantis.

Par conséquent, la fonction technique doit se préoccuper d'établir une véritable passerelle entre la production et les sinistres. Elle doit faire en sorte que les informations contenues dans les polices soient prises en compte au moment du règlement des sinistres et que le feed-back soit assuré pour éclairer la décision des producteurs au moment du renouvellement des contrats.

Cette osmose pourrait être réalisée à travers une "fiche production-sinistres" (modèle en annexe) qui serait établie pour chaque police sinistrée.

II/ - GESTION DU PORTEFEUILLE - SINISTRES

Le sinistre c'est la réalisation de l'évènement dommageable prévu au contrat. Il entraîne pour l'assureur, des décaissements de sommes d'argent qui peuvent être plus ou moins importantes selon la valeur des objets assurés, la fréquence ou l'intensité des sinistres.

Au demeurant, l'analyse des comptes des sociétés d'assurances révèle que ces prestations pécuniaires représentent l'essentiel de leurs charges d'exploitation.

Il est donc nécessaire pour l'assureur d'avoir une politique appropriée afin de concilier ces deux impératifs contradictoires : assurer un bon service après-vente et contenir la charge des sinistres dans des limites raisonnables.

1 - Définition d'une politique en matière de sinistres

On entend par politique "un ensemble intégré et hiérarchisé de principes directeurs écrits et communiqués à tous les cadres intéressés en vue d'orienter leur action" (1).

Les politiques d'entreprise apparaissent donc comme des choix préalables et réfléchis dans les différents domaines de la gestion : Technique, financier... Elles permettent de tracer des lignes de conduite, des buts à atteindre, des orientations à respecter.

En matière de sinistres, la politique à définir devra s'insérer harmonieusement dans la politique d'ensemble de l'entreprise et concourir à la réalisation de ses objectifs de rentabilité.

Elle devra donc viser à réduire les sinistres aussi bien en nombre qu'en coût.

Pour ce faire, la politique de sinistres devra prendre en compte ces trois dimensions essentielles : la prévention, l'instruction des sinistres, la procédure de règlement.

a) Prévention

"Mieux vaut prévenir que guérir" dit le langage populaire. Transposée à l'assurance, cette formule peut devenir : "Mieux vaut éviter les sinistres que d'avoir à les régler".

Le problème de la prévention est certes un problème général qui déborde le domaine de l'assurance, car, même s'il n'y a pas assurance, il est de l'intérêt de la société tout entière que les risques ne se réalisent pas, que des dommages soient évités, que les vies humaines soient préservées.

(1) Cours de Mr. Charbonnier I.I.A Mai 1988.

Il n'en est pas moins vrai que les entreprises d'assurances sont directement intéressées à ce problème : en améliorant les risques, on rend plus favorables les résultats d'exploitation et ce, au bénéfice de l'entreprise elle-même et de l'ensemble des assurés.

L'action de l'assureur dans ce domaine prendra des formes diverses selon les branches d'assurance et les segments de clientèle considérés.

Pour l'assurance des entreprises, des visites régulières permettent de localiser aussi exactement que possible les centres de risques et de proposer des mesures de prévention pour éviter les sinistres ou limiter leur ampleur : balayage quotidien des déchets, installation de sprinklers...

L'adoption par l'assuré des mesures préconisées aura pour conséquence de réduire la gravité du risque et justifiera corrélativement une réduction proportionnelle de la prime.

En matière d'accidents de la circulation, les sociétés d'assurance de la plupart des pays de la CICA et notamment au Sénégal, financent dans une grande mesure, la "Prévention routière" dont l'oeuvre est unanimement appréciée.

En France, les assureurs ont créé en 1946 un service d'assistance routière qui est chargé, non seulement de secourir les automobilistes mais encore de prévenir les accidents de circulation en surveillant les passages les plus dangereux.

Comme on le voit donc, la prévention est une technique d'assurance largement utilisée à travers le monde.

Son but, cela va de soi, n'est pas de supprimer les sinistres mais d'en réduire le nombre et la portée.

Par conséquent, pour les sinistres qui se produisent malgré toutes les précautions prises, il faudra définir des règles précises en matière d'instruction et de traitement des dossiers.

b)- L'instruction des sinistres

Instruire un sinistre c'est vérifier s'il remplit les conditions de forme et de fond requises pour sa prise en charge par l'Assureur.

Du point de vue de la forme, il s'agit de vérifier si la procédure de déclaration du sinistre a été respectée : délais, production du Procès-verbal de Gendarmerie en cas d'accident de la circulation, du récépissé de dépôt de plainte en cas de vol...

Il s'agit aussi de vérifier l'exactitude de la relation des circonstances et conséquences du sinistre.

Le manquement aux obligations édictées en matière de déclaration de sinistre entraîne comme sanction la déchéance c'est-à-dire la perte du droit à garantie.

Mais la déchéance qui n'est motivée que par des faits postérieurs au sinistre n'est pas, pour cette raison, opposable aux victimes ni à leurs ayants-droit.

Quant au fond, il s'agit de vérifier :

- si l'élément générateur du sinistre ne tombe pas sous le coup d'une exclusion légale ou conventionnelle ;
- si compte-tenu des circonstances du sinistre, il ne devrait y avoir partage de responsabilité entre l'assuré et la victime ;
- s'il n'y a pas eu fausse déclaration du risque ou des aggravations survenues en cours de contrat ; auquel cas il faudrait appliquer la réduction proportionnelle de l'indemnité ou prononcer la nullité du contrat.

Notre avis est qu'au niveau de l'instruction, l'attitude de l'assureur doit se caractériser par la rigueur qui seule peut permettre de maîtriser l'évolution de la charge des sinistres.

Cela n'exclut cependant pas une certaine souplesse à l'égard de certains assurés dont l'importance du volume de primes justifie un traitement spécial.

Il s'agit donc de trouver un équilibre dynamique entre la technique et le commercial et mettre un accent particulier sur la célérité et la diligence dans l'instruction des sinistres.

c)- Le règlement de sinistres

La procédure de règlement comprend deux phases :

l'évaluation du dommage et le paiement de l'indemnité.

S'agissant de l'évaluation, elle peut être faite soit par l'assureur soit par un expert.

La pratique, à cet égard, est que les petits sinistres matériels sont évalués directement par la compagnie tandis que ceux qui dépassent un certain montant nécessitent l'intervention d'un expert.

Il appartiendra, bien entendu, à chaque compagnie de fixer cette "franchise d'expertise" en fonction de la sinistralité de son portefeuille.

L'expertise, elle-même, peut-être amiable ou judiciaire.

Elle est dite amiable quand le choix de l'expert est à l'initiative de l'assureur.

C'est par exemple le cas lorsqu'à la suite d'un accident corporel, la compagnie fait examiner la victime par son Médecin-conseil. L'expertise est, par contre, dite judiciaire quand la nomination de l'expert émane du Tribunal.

L'assureur se doit bien sûr de privilégier les expertises amiables qui lui sont plus favorables non seulement du point de vue du coût des honoraires de l'expert mais aussi en ce qui concerne les taux d'invalidité et autres chefs de préjudices à indemniser.

Quant au paiement proprement dit, il faut à ce niveau définir une cadence de règlement qui soit en harmonie avec les politiques financière et commerciale de l'entreprise.

En effet, si une faible cadence de règlement permet de préserver la trésorerie et d'améliorer la rentabilité des placements, elle a, en revanche, des effets désastreux sur l'image de marque de la Société et l'efficacité de son action commerciale.

Il s'agit donc, ici comme ailleurs, de trouver un moyen terme qui garantisse à la compagnie un optimum de produits financiers sans compromettre sa part de marché.

2- SUIVI DE L'EXECUTION

Il peut s'effectuer à travers deux techniques : le contrôle "sur pièces" et la mise en place d'une structure de coordination.

a)- Méthodologie du contrôle

Il est souvent utile pour le responsable de la fonction technique de contrôler périodiquement les actions menées et d'apprécier la tendance suivie par rapport aux objectifs impartis.

A cet égard, la consultation mensuelle du registre des sinistres et le sondage des dossiers réglés permettent de se faire une idée exacte de l'évolution de la courbe de sinistralité, de la cadence moyenne des règlements et de la qualité de l'instruction des dossiers.

b)- Structure de coordination

La fonction technique s'exerce grâce à une unité que l'on appelle le service.

Le découpage des différents services sinistres se fera généralement selon les branches d'assurances, par exemple : Sinistres auto, Incendie, Maritime...

Ces services n'ayant pas tous les mêmes missions, ni les mêmes intérêts immédiats, il sera nécessaire d'en assurer la coordination pour surmonter les éventuelles contradictions et faciliter l'atteinte des objectifs.

Un auteur français du début du siècle, Henri FAYOL (1) nous vante ici les mérites d'une bonne coordination :

"Si la coordination est bien assurée, chaque service marche d'accord avec les autres ; dans chaque service, les divisions sont exactement renseignées"

(1) : H. FAYOL : Administration industrielle et générale, Réédition DUNOD 1970.

sur la part à prendre à l'oeuvre commune. Le programme de marche des services est tenu en harmonie avec les circonstances.

Il existe une Direction intelligente, cohérente et active.

A l'inverse, une entreprise mal coordonnée se reconnaîtra aux traits suivants :

"- Chaque service ignore et veut ignorer les autres ;
- il existe une cloison étanche entre les divisions d'un même service ;
- on n'observe pas de correction dans le fonctionnement du service alors que les circonstances l'exigent ;

- Personne ne songe à l'intérêt général. L'initiative et le dévouement sont absents. C'est le règne des fiefs, des féodalités, des chapelles." L'auteur poursuit en nous suggérant un outil qui permet d'améliorer la coordination dans l'entreprise : la conférence hebdomadaire des chefs de service.

Cette conférence a trois buts :

- renseigner le responsable sur la marche de l'entité qu'il dirige ;
- permettre à chaque service de faire le point sur son activité et de préciser les concours qu'il peut fournir aux autres ou dont il a besoin ;
- profiter de la présence de tous les chefs de service pour exposer des problèmes d'intérêt commun sous l'arbitrage de la Direction.

3- TRAVAUX DE FIN D'EXERCICE

Au 31 Décembre de chaque exercice, l'entreprise d'assurance doit constituer des provisions pour les sinistres restant à payer.

C'est aussi la période où la Société évalue les résultats techniques de sa gestion par la méthode des ratios.

a)- Evaluation des provisions de sinistres

La provision pour sinistres à payer (PSAP) comprend :

- l'estimation des sinistres survenus mais non encore déclarés (sinistres IBNR) ;
- Montant des sinistres réglés mais restant effectivement à payer au 31 Décembre ;
- Montant estimatif des sinistres connus dans leur montant et non encore dans leur coût.

La méthode de base pour l'évaluation de ces sinistres en suspens est la méthode dossier par dossier.

C'est la seule obligatoire pour toutes les branches d'assurance. La particularité de la branche automobile réside dans le fait que la PSAP va être calculée selon trois méthodes et on retiendra par sous-catégorie (R.C.Dommage aux véhicules, vol, Incendie...) et par exercice de survenance la méthode qui aboutit au résultat le plus élevé.

Les méthodes en question sont celles de la cadence de règlement des exercices écoulés, du coût moyen des sinistres antérieurs et la méthode dossier par dossier.

Cependant, pour obtenir la PSAP devant figurer aubilan, la loi oblige l'assureur à majorer l'évaluation brute d'un chargement forfaitaire de 5 %.

b)- Appréciation des résultats

Il s'agit d'établir les ratios de sinistralité suivants :

- . Rapport sinistres à primes

$$\frac{\text{Règlements + PSAP}}{\text{Primes Acquisées}}$$

- . Fréquence de survenance des sinistres

$$\frac{\text{Nombre de sinistres survenus}}{\text{Nombre de contrats en portefeuille}}$$

- . Coût moyen d'un sinistre réglé

$$\frac{\text{Règlements}}{\text{Nbre de sinistre réglé}}$$

- . Cadence de règlement des sinistres

$$\frac{\text{Sinistres}}{\text{Sinistres + PSAP}}$$

T I T R E II : DIVISION DES RISQUES ET ORGANISATION DU PARTENARIAT

L'assurance, avons-nous dit, repose sur la compensation des risques.

L'assureur en possession des statistiques dressées d'après un grand nombre de faits homogènes, doit s'efforcer de réunir : une mutualité d'assurés suffisamment importante et bien composée pour qu'il puisse lui appliquer les lois déduites de l'observation.

Mais les statistiques ne donnent qu'une probabilité théorique de survenance des sinistres : la réalité ne correspond qu'approximativement à cette probabilité. Entre les deux, il y a des écarts.

Ces écarts sont surtout influencés par la valeur des risques souscrits.

En effet, si l'assureur prend en charge des risques d'importance différente, les sinistres qui atteignent les gros risques peuvent devenir dangereux pour l'équilibre de l'entreprise. C'est pourquoi les assureurs utilisent les techniques de la co-assurance et de la réassurance pour écrêter les gros risques, préservant ainsi l'homogénéité de leurs portefeuilles.

I/ LA CO-ASSURANCE

La co-assurance intervient toujours avant la réassurance. C'est une opération par laquelle plusieurs assureurs s'engagent à prendre en commun et sans solidarité entre eux, un risque déterminé.

La co-assurance peut être facultative ou obligatoire. Elle est dite facultative lorsque l'assureur est libre de céder ou d'accepter des risques en co-assurance.

Elle est, en revanche, obligatoire lorsque, du fait de son appartenance à un pool, l'assureur doit participer à toutes les affaires souscrites par ledit pool et en contrepartie lui céder une portion de tous ses risques dans une branche déterminée (Pool Transport à Abidjan-Pool O.M.V.S (1)).

Mais, qu'elle soit facultative ou obligatoire, la co-assurance comporte toujours deux aspects : l'apérition des risques et les acceptations.

1) - L'apérition des risques

Apériter un risque c'est prendre l'initiative de le gérer en co-assurance avec d'autres partenaires.

L'assureur apériteur doit, à cet égard, définir des critères précis de sélection des risques à céder et des partenaires qui participent à l'opération de co-assurance.

De plus, le rôle de gestionnaire du risque implique des charges particulières que la société apéritrice se doit d'assumer.

(1) O.M.V.S. : Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal.

a) Sélection des risques à céder

Elle doit s'appuyer sur un certain nombre de critères : la qualité du risque, la capacité de rétention de l'apériteur et ses possibilités de réassurance.

La qualité du risque s'apprécie en fonction de la probabilité de survenance d'un sinistre, de son intensité et de sa tarification.

Dans les assurances de choses, la qualité d'un risque évolue en fonction inverse du taux de prime qui lui est appliqué.

En conséquence, l'assureur doit déterminer un taux de prime maxima au-delà duquel, il devra, en principe, céder le risque en co-assurance. Cette dernière nuance s'impose car la tarification n'est pas le seul élément à prendre en considération.

Un autre critère non moins important est le volume des capitaux assurés.

En effet, si la valeur du risque est telle qu'elle ne peut être absorbée complètement par l'apériteur et ses réassureurs, le recours à la co-assurance s'impose.

b) Choix des co-assureurs

La rigueur qui doit présider au choix des co-assureurs est d'autant plus importante qu'il n'existe pas de solidarité entre les différentes parties prenantes à l'opération de co-assurance. Chaque co-assureur est seul responsable vis à vis de l'assuré de sa quote-part dans l'indemnité de sinistre.

Les critères essentiels qui nous semblent devoir être retenus sont les suivants :

- La solvabilité

Bien que l'absence de solidarité entre co-assureurs soit une règle admise de tous, l'apériteur ne peut rester indifférent à la défaillance d'un de ses partenaires.

Pour des raisons commerciales, il est le plus souvent obligé de suppléer à un co-assureur qui se trouverait dans l'impossibilité d'honorer ses engagements.

Il existe donc une solidarité de fait et l'apériteur doit en tenir le plus grand compte pour ne pas se trouver engagé au-delà de ses capacités propres.

- La diligence dans le règlement des sinistres

L'assuré doit recevoir une indemnité conforme aux conditions de la police et correspondant dans le meilleur des cas au montant de son préjudice réel.

La loi du 13 Juillet 1930 ajoute que "l'Assureur paie l'indemnité dans les trente jours soit de l'accord amiable ou de la décision judiciaire" faute de quoi l'assuré est fondé à réclamer des intérêts de retard.

Cette sévérité du législateur oblige l'apériteur prudent et diligent à se renseigner sur les délais habituels de règlement de sinistres de ses partenaires avant de les intéresser à la couverture d'un risque.

) - La réciprocité des cessions -

C'est un critère plutôt subjectif et dont les motivations sont plus commerciales que techniques.

Il permet à l'Apériteur de manifester sa sollicitude, de "renvoyer l'assureur" à une compagnie d'assurance qui lui fait régulièrement participer à la couverture de ses bons risques.

Par le biais de la réciprocité des cessions, s'établit donc une dynamique de coopération qui peut être mutuellement bénéfique pour les parties en présence tant du point de vue de l'aliment de primes que de la diversification de leurs souscriptions.

c) Gestion de la police co-assurée

La Société apéritrice est généralement chargée de la tarification et de la gestion du risque : dispatches, versement des quote-parts de primes et réclamation des quote-parts de sinistres. Elle est rémunérée à la commission.

Par ailleurs, l'Apériteur est souvent désigné par clause spéciale insérée dans le contrat pour prendre la direction du règlement.

Mais dans le cas de sinistres très importants dépassant un certain montant (par exemple 70 Millions CFA au Sénégal), il est créé une Commission de règlement dont les statuts et le règlement intérieur sont définis par le marché.

2)- Les acceptations

Accepter de participer à la co-assurance d'un risque c'est s'engager à régler éventuellement sa quote-part de l'indemnité de sinistre en contrepartie de la perception d'une quote-part de prime.

Cela suppose donc une bonne analyse du risque proposé. Cette analyse doit notamment porter sur :

- la rétention de l'apériteur
- le taux de prime appliqué
- les garanties accordées
- le niveau de la franchise.

Après avoir pris connaissance de toutes ces données, le co-assureur peut subordonner son acceptation à l'adoption d'un certain nombre de mesures ayant trait soit à une majoration tarifaire, soit à une réduction de l'étendue des garanties ou encore à un relèvement du niveau de la franchise.

Il doit également veiller à ce que la Société apéritrice prenne une part suffisante du risque de façon à ce qu'elle se comporte en assureur responsable.

Au total, la co-assurance est une technique efficace qui permet de répartir entre plusieurs assureurs des risques qui dépassent la capacité de rétention de l'apériteur soit en raison de leur gravité ou de l'importance des sommes assurées.

Mais son inconvénient majeur est qu'elle requiert le consentement de l'assuré qui peut préférer ne traiter qu'avec un seul assureur.

En outre, elle ne permet pas de supprimer totalement les écarts et son administration est coûteuse.

Si elle est souvent utilisée pour les gros risques (Incendie, Aviation, Corps Maritimes...), elle ne peut être appliquée, par contre, dans la souscription de milliers de risques moyens et petits.

Une seconde technique de gestion s'offre à l'assureur, laquelle lui permet de compenser ses risques dans le temps et dans l'espace et de réaliser l'homogénéité de son portefeuille : c'est la Réassurance.

A ce titre, elle fait partie intégrante de la technique de l'assurance.

II/ - LA REASSURANCE

Plusieurs causes peuvent justifier le recours à la réassurance ; nous en retiendrons quelques-unes :

- Possibilité de divergences entre les hypothèses de départ (encaissements dépenses, recettes) et la réalité qu'il faut enregistrer dans les comptes ;
- Possibilité d'erreurs dans les tarifs établis ;
- Possibilité d'enregistrer, au cours d'un exercice donné, un nombre de sinistres supérieur à la moyenne à partir de laquelle les tarifs ont été établis ;
- Possibilité d'une erreur dans l'évaluation du sinistre Maximum Possible (S.M.P.) sur un risque auquel la Société participe.

La Réassurance a fait l'objet de plusieurs définitions : tantôt, elle a été qualifiée d'assurance de l'Assureur, à l'image de la Banque Centrale qui est la Banque des Banques, tantôt << d'épine dorsale de l'Assurance >>.

On peut retenir la définition de Picard et Besson qui voient au Traité de Réassurance <<un contrat par lequel un réassureur (dit cessionnaire) vis à vis d'un assureur professionnel (dit cédant) qui répond seul et intégralement vis à vis des assurés, prend en charge moyennant rémunération, tout ou partie de ces risques, s'engageant à lui rembourser dans des conditions déterminées, tout ou partie des sommes dues ou versées aux assurés à titre de sinistre.>>

On distingue trois catégories de réassurance : la réassurance facultative, la réassurance obligatoire et la réassurance facultative-obligatoire.

Dans la réassurance facultative, il n'y a aucune obligation de cession ou d'acceptation de la part de la cédante ou du réassureur.

Cette forme de réassurance est généralement utilisée pour des catégories de risques peu fréquents, non encore bien cernés par la profession ou dont les engagements sont si importants que le rapport $\frac{\text{Primes}}{\text{Engagement}}$ présente par essence un déséquilibre.

Ce sera souvent le cas pour les branches suivantes :

- raffinage
- exploitation ou et off-shore
- risques atomiques et nucléaires
- risques d'exploitation spatiale
- grandes centrales électriques et autres complexes chimiques
- R.C Produits

Quant à la réassurance obligatoire, elle postule l'existence d'un traité liant la cédante au réassureur.

Les traités peuvent être proportionnels ou non-proportionnels. Ils sont dits proportionnels <<lorsque la part que le réassureur supporte dans la charge d'un sinistre frappant un risque qui lui est cédé est systématiquement égale à la part qu'il a reçue de la prime originale que l'assuré a demandée à l'assuré.>>(1)

La réassurance proportionnelle prend essentiellement deux formes : les traités en participation et les traités en excédent de plein.

Le traité en participation ou en quote-part définit son champ d'application et le pourcentage de cession. Dès lors, le réassureur sera intéressé pour ce pourcentage dans toutes les affaires réalisées par la cédante et relevant du champ d'application du traité.

Cette forme de réassurance réalise une association étroite entre cédante et réassureur mais il a l'inconvénient d'obliger l'assureur à céder tous les risques souscrits dans la branche couverte par le traité même les plus petits qu'il aurait pu conserver pour propre compte.

Face à cette hémorragie de primes, la cédante va chercher à moduler ses cessions en fonction de la nature des risques souscrits, évitant ainsi de céder un pourcentage identique sur tous les risques qui vont entrer dans son portefeuille.

Elle aura recours alors à la seconde forme de réassurance proportionnelle : la réassurance en excédent de plein ou surplus.

Ce type de traité permet à la cédante de garder sur chaque risque souscrit une part nominale et de céder au réassureur le dépassement de cette part à concurrence d'un certain nombre d'unités convenu d'avance.

La part conservée par la cédante s'appelle le PLEIN ; la COUVERTURE servant à désigner la part du Réassureur.

Le plein de rétention et la couverture sont ensuite exprimés en pourcentage des capitaux assurés. Les taux ainsi obtenus permettront de distribuer les primes et de répartir les règlements de sinistres.

Du fait que les garanties accordées y sont chiffrées, les assurances de choses (Incendie, Maritime, Aviation...) constitueront le domaine de prédilection du traité en excédent de plein.

(1) : Cf "Dix leçons sur la Réassurance" de Mikaël Hagopian P.49.

Parallèlement à la réassurance proportionnelle, il existe d'autres formes de traités dits non proportionnels.

Il s'agit de l'excédent de sinistre ou XL et du traité en excédent de perte ou STOP-LOSS.

Dans le traité XL, on prévoit que le réassureur prendra en charge la portion de chaque sinistre dépassant un montant prédéterminé qu'on appelle franchise ou priorité ; celle-ci restant à la charge de la cédante.

Par contre, dans le traité Stop-Loss, la franchise qui reste à la charge de la cédante n'est pas fixée sinistre par sinistre mais se réfère au rapport sinistres à primes de l'exercice.

En conséquence, le réassureur n'intervient que lorsque le taux de sinistralité dépasse le pourcentage fixé au départ.

Les deux formes de traités proportionnels que nous venons d'évoquer trouvent généralement leur application dans des branches où il n'est pas possible pour l'assureur de connaître par avance le montant de son engagement à l'occasion d'un sinistre.

Exemples: Branche Auto, RC Générale, RC Produits, Accidents du travail...

Il existe enfin, une formule intermédiaire entre la réassurance facultative et la réassurance obligatoire : c'est la réassurance facultative-obligatoire (FACOB) ou OPEN-COVER en anglais.

Son emploi est facultatif pour la cédante qui peut fort bien souscrire un risque pour un montant supérieur à son plein de conservation et ne pas céder l'excédent à son réassureur.

Mais il est obligatoire pour le réassureur qui est engagé sur tout risque que la cédante décide d'appliquer au traité et qui rentre dans la définition qui y est donnée.

Le traité FACOB est d'usage assez fréquent dans les branches Vie, Transports, Incendie, Vol.

Face à cette diversité des formes et des applications possibles de la Réassurance, quelle politique de cession l'assureur devra-t-il mener ?

1) Elaboration du plan de Réassurance

Une Compagnie d'assurance qui veut éviter le danger d'une perte importante de ses fonds propres se doit de déterminer la somme maximale qu'elle peut payer au titre d'un sinistre atteignant un risque. Autrement dit, elle doit définir son plein de conservation.

a) - Définition des pleins

L'assureur établit pour chacune des grandes catégories d'assurance qu'il exploite une liste que l'on appelle le tableau de pleins. Comment ces pleins sont-ils fixés ?

De façon générale et quelle que soit la branche considérée, on peut dire que le plein évolue en fonction inverse de la gravité du risque.

En d'autres termes, le plein sera d'autant plus faible que la probabilité de survenance d'un sinistre et son intensité seront plus grandes.

Un autre facteur, lié au temps, peut également influencer sur le niveau du plein. Les tableaux de pleins font en effet l'objet de révisions périodiques à intervalles plus ou moins rapprochés.

L'accroissement de l'encaissement ou l'augmentation des ressources propres, par exemple, peuvent justifier une majoration des pleins.

Inversement, une dégradation tendancielle des résultats d'une catégorie d'affaires peut amener les sociétés à réduire leurs pleins sur cette catégorie.

Il paraît donc hasardeux de vouloir avancer une formule empirique ou mathématique permettant de calculer de façon tout à fait adéquate les pleins d'une compagnie ou de procéder à leur mise à jour en temps opportun.

Des spécialistes estiment néanmoins que le plein d'une Société d'assurance doit se situer entre 2 % et 5 % de ses fonds propres.

En tout état de cause, la détermination des pleins est un acte de direction, une décision prise au plus haut niveau de responsabilité de la Société.

Elle dépendra donc du tempérament plus ou moins optimiste ou pessimiste, du degré plus ou moins élevé de prudence ou de hardiesse des dirigeants.

Connaissant son plein de rétention, la cédante devra ensuite choisir ses partenaires et déterminer son plein de souscription en fonction des possibilités de couverture qui lui sont offertes.

b) - Choix des réassureurs et négociation des traités

L'assureur étant seul tenu des engagements qu'il a pris vis à vis de son assuré, a donc intérêt à traiter avec des réassureurs sérieux et solvables.

Leur réputation, leur surface financière, leurs méthodes et moyens de règlement de sinistres, la compétence et la moralité des dirigeants sont autant de renseignements fort utiles qui pourront éclairer le choix de la cédante.

Dans cette quête de renseignements, une cédante qui débute ses opérations a intérêt à se faire assister par un courtier de réassurance.

En effet, celui-ci du fait de son expérience est à même de donner d'utiles conseils à une cédante, soit qu'il s'agisse de l'établissement d'un programme de réassurance soit que le programme existant présente des lacunes ou soit susceptible d'améliorations.

Du fait de ses voyages, de ses contrats avec tous les marchés de réassurance, le courtier de réassurance est très souvent mieux placé que la cédante pour savoir où il convient de s'adresser pour placer tel traité aux conditions les plus favorables pour la cédante. Et du fait des relations qu'il a déjà avec des réassureurs, il peut disposer d'une force de marchandage parfois supérieure à celle de la cédante.

De plus, bien que le courtier soit le mandataire de la cédante, c'est le réassureur qui lui verse sa commission, calculée en pourcentage des primes cédées.

Il convient cependant de noter que pour les traités non-proportionnels, la prime de réassurance payée par la cédante est majorée automatiquement du taux de courtage.

Dans le cadre de tels traités, il est donc financièrement plus avantageux pour une cédante d'entretenir des relations directes avec ses réassureurs.

C'est d'ailleurs cette tendance qu'on observe aujourd'hui chez les Sociétés d'assurance qui sont dotées d'un service de réassurance ou qui s'estiment capables de négocier et de placer elles-mêmes leur réassurance.

Quelle que soit l'option faite, il s'agira soit de conclure séparément des traités proportionnels ou non-proportionnels pour chaque catégorie d'assurance soit de les combiner au sein d'une même branche.

Ainsi, dans la branche R.C. Automobile où les garanties accordées sont généralement illimitées, l'assureur pourra contracter plusieurs traités non proportionnels qui se superposeront les uns les autres.

Il fixera par exemple sa rétention à 5.000.000 CFA et souscrira un traité XL d'une portée de 25.000.000 CFA. Mais comme la possibilité d'un sinistre supérieur à 30.000.000 CFA n'est pas à écarter, l'assureur cherchera des garanties supplémentaires.

Un deuxième groupe de réassureurs lui accordera, par exemple, une garantie de 40.000.000; laquelle jouera après épuisement de la première.

Enfin, un troisième groupe de réassureurs accordera une garantie illimitée après épuisement des deux premières tranches.

Il est possible également de superposer les traités en réassurance proportionnelle.

Une cédante peut disposer par exemple d'un traité d'excédent de 15 pleins pour la branche Incendie ; ses opérations se développant, elle peut ressentir le besoin d'avoir une capacité de souscription accrue.

Plutôt que de modifier l'économie du traité dont elle dispose, elle pourra mettre sur pied un deuxième traité d'une capacité par exemple de dix pleins.

Un tel traité s'appelle traité de deuxième excédent de dix pleins. De la même façon, on peut concevoir un traité de troisième excédent de plein, de quatrième excédent de plein, etc...

Parfois, le programme de réassurance comportera plusieurs traités de nature différente.

C'est ainsi que l'on peut imaginer une Société d'assurance souscrivant un traité FACOB pour couvrir le surplus de capitaux dépassant les garanties de ses traités excédent de plein.

Mais, étant donné que dans les traités proportionnels, la cession est faite risque par risque et qu'un même évènement peut frapper plusieurs risques, la cédante peut estimer prudent de conclure un traité XL pour protéger sa conservation.

Enfin, si la Société veut également se prémunir contre une fréquence de sinistres anormalement élevée, elle pourra souscrire un traité STOP-LOSS protégeant l'ensemble des primes conservées pour propre compte.

Le traité de réassurance, comme tout contrat, comporte des droits et des obligations pour les parties.

Le principe de bonne foi qui est à la base des rapports entre cédante et réassureur exige donc que chacune des parties exécute correctement ses obligations contractuelles.

2/ SUIVI DE LA GESTION DES TRAITES

Notre propos n'est pas ici d'entrer dans le détail du fonctionnement des traités ou de leur technique de gestion.

Il s'agit, plus modestement, d'en souligner quelques aspects essentiels qui devraient solliciter particulièrement l'attention de l'encadrement technique.

a) - Périodicité des cessions

Dans les traités proportionnels, il est souvent fait obligation à la cédante d'établir périodiquement des bordereaux de cession indiquant les caractéristiques des risques versés au traité :

- la somme assurée
- le taux de prime
- le S.M.P.
- le plein de rétention
- la part des réassureurs

En outre, la Cédante doit faire parvenir au réassureur les comptes techniques qui comportent les postes suivants :

- primes (correspondant à l'encaissement relatif aux risques cédés)
- commissions de réassurance
- sinistres payés (ayant frappé les risques cédés)
- l'entrée et la sortie de portefeuille-primes

- l'entrée et la sortie de portefeuille-sinistres
- le solde technique

La périodicité des comptes est variable. Elle peut être trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Un contrôle strict est donc, à ce niveau, nécessaire pour que les comptes soient envoyés au réassureur dans les délais requis.

Il est également indispensable que le réassureur (ou la cédante) reçoive les soldes dûs sans entrave d'aucune sorte (contrôle trop rigoureux des changes, rétention de primes...)

b) - Les avis de sinistre

Dans les traités obligatoires, il est souvent stipulé que <<la Cédante paiera les sinistres et informera le Réassureur tenu de rembourser sa quote-part sans discussion.>>

La Cédante est donc seule juge de l'opportunité de régler les sinistres à l'amiable ou de recourir aux tribunaux.

Toutefois, le Réassureur doit être informé de tout règlement à titre commercial effectué par la cédante et de manière générale de tout sinistre important.

A cet égard, les traités de réassurance prévoient généralement qu'en cas de sinistre dépassant un certain chiffre, la Cédante peut demander au réassureur une remise immédiate correspondant à sa part dans le sinistre. C'est la clause dite de sinistres au comptant.

c) - Les dépôts de garantie

En France et dans les pays de la CICA, les Sociétés d'assurance sont tenues de représenter leurs engagements sans tenir compte de la réassurance, autrement dit au brut de réassurance.

Elles sont amenées en contrepartie à exiger de leurs réassureurs des dépôts correspondant aux provisions techniques qui sont à leur charge (dépôts-primés correspondant aux PREC et dépôts-sinistres correspondant aux PSAP).

Les dépôts peuvent être en titres ou en espèces mais les cédantes préfèrent le plus souvent qu'ils soient en espèces car la rémunération qu'elles garantissent alors aux réassureurs est généralement inférieure au taux d'intérêt du marché financier.

d) - L'entrée et la sortie de portefeuille

Le traité de réassurance est généralement souscrit pour une période d'un an renouvelable tacitement.

Il peut s'appliquer à tous les sinistres survenus au cours de l'exercice de réassurance (réassurance par exercice de survenance des sinistres) ou à tous les risques couverts par les primes échues pendant l'exercice de réassurance (réassurance par exercice de souscription).

d.1. Primes

Dans la réassurance par exercice de survenance, la cédante doit verser au réassureur, au début de la période de couverture, les portions de primes (nettes de commissions de réassurance) émises au cours de l'exercice antérieur et acquises à l'exercice en cours.

Le montant de ce versement qu'on appelle "entrée de portefeuille-primes" est en général, déterminé forfaitairement dans des conditions fixées par le traité (méthode prorata-temporis, méthode des 36 % ou des 24ème...)

Cette entrée de portefeuille doit normalement correspondre à la provision pour risques en cours au début de la période de couverture pour les affaires cédées au réassureur.

Au moment de la résiliation du traité, le réassureur sortant doit rembourser à la cédante les primes ou portions de primes qui lui ont été cédées et qui sont destinées à couvrir des risques après la date de résiliation du traité.

Les traités prévoient que cette "sortie de portefeuille-primes" est calculée dans les mêmes conditions que l'entrée.

Bien entendu, "la sortie de portefeuille-primes" ne dégage pas le réassureur du règlement des sinistres survenus pendant la période de réassurance mais non encore réglés à la date de résiliation du traité.

d.2. Sinistres

Pour arrêter ses comptes de l'exercice N-1, la cédante a dû évaluer le total des sommes qu'elle aura à déboursier au titre des sinistres non encore payés au 31 Décembre N-1 et inscrire au passif de son bilan un montant égal à ce total.

Elle peut alors proposer aux réassureurs de les créditer dès le 1er Janvier N de la part, dans ce total, correspondant à la réassurance, les réassureurs s'engageant en contrepartie à supporter leur part dans les sommes que la Cédante déboursiera au fur et à mesure des paiements qu'elle aura à effectuer.

Si les évaluations faites par la cédante ont été correctes, les réassureurs ne font que rembourser avec un certain échelonnement dans le temps les sommes qu'ils ont reçues au titre de l'entrée de portefeuille-sinistres.

Si, au contraire, les paiements effectifs se révèlent différents des évaluations auxquelles la cédante a procédé, les réassureurs réaliseront un bénéfice si les évaluations étaient plus que suffisantes et au contraire une perte si elles étaient insuffisantes.

Qu'en est-il alors de la sortie de portefeuille-sinistres ?

Au 31 Décembre N, date d'effet de la résiliation signifiée par le réassureur, tous les sinistres survenus en N et intéressant ce réassureur ne sont naturellement pas payés.

La cédante a constitué dans ses livres une provision pour ces sinistres en suspens.

Normalement, le réassureur ne sera totalement dégagé de ses obligations que lorsqu'il aura versé à la cédante sa part dans le paiement fait par celle-ci pour liquider le dernier sinistre qui restait encore en suspens.

La cédante connaît naturellement la quote-part de cette provision qui incombe au réassureur.

Elle peut alors le dégager des paiements qui interviendront sur ces sinistres, à charge pour le réassureur de lui verser une somme égale à sa quote-part dans la provision.

La cédante débitera le réassureur de cette quote-part : on dit qu'elle procède à une sortie de portefeuille -sinistres.

Nous retrouvons ici la contrepartie de l'entrée de portefeuille-sinistres. Habituellement, le traité réserve à la cédante la faculté d'opérer ces retraits, sa décision s'imposant au réassureur.

Toutefois, les parties peuvent décider d'un commun accord, que la sortie de portefeuille-sinistres ne sera effectuée qu'au bout d'un certain nombre d'exercices.

3/ EVALUATION DES RESULTATS

L'efficacité d'une politique ne peut s'apprécier que par rapport aux résultats que son application a permis d'atteindre.

Un système d'évaluation est donc nécessaire pour déterminer les écarts éventuels entre les objectifs fixés et les réalisations effectives et opérer, le cas échéant, les réajustements qui s'imposent.

Dans le cadre de la réassurance, divers critères peuvent être utilisés pour mesurer la pertinence des options de la Société en matière de cession et la qualité des traités qu'elle a mis en place.

a) - L'équilibre du traité

C'est une notion importante qui se réfère au rapport existant entre l'engagement maximal du traité et le volume des primes cédées au réassureur.

Supposons un traité en excédent de vingt pleins de 1,5 million CFA : cela signifie que l'ensemble des réassureurs participant au traité pourraient avoir à supporter un sinistre de 30 millions si un risque sur lequel la cédante a souscrit 31,5 millions est entièrement détruit. En effet, ayant à sa disposition un traité de 20 pleins et disposant en outre de sa conservation de 1,5 million CFA, la Cédante peut souscrire sur le meilleur risque 21 fois 1,5 million soit 31,5 millions.

Supposons que le volume de primes produit par ce traité s'élève à 25 millions CFA.

On voit que dans cette hypothèse un seul sinistre peut absorber la totalité du volume de prime du traité. On dit alors que le traité est fortement déséquilibré.

La notion d'équilibre dépend de la nature des risques cédés.

Par exemple, dans la branche Incendie, on dit généralement qu'un traité est bien équilibré si le volume total des primes permet d'absorber une dizaine de sinistres totaux.

Si ce volume ne correspond qu'à trois ou quatre sinistres totaux, on dira que le traité est moyennement équilibré ; en deça, c'est-à-dire si le volume ne permet pas d'absorber trois ou quatre sinistres, on dira que le traité est déséquilibré.

Comme on le voit donc, un traité est d'autant plus déséquilibré que le nombre de sinistres totaux susceptibles d'absorber le total des primes cédées est plus faible.

b) - Les soldes de réassurance

L'opération de réassurance, on a parfois tendance à l'oublier, ne s'analyse pas simplement en une cession de primes.

En contrepartie de cette cession, la cédante reçoit des commissions et/ou une participation bénéficiaire, du moins lorsqu'il s'agit de réassurance proportionnelle.

En tout état de cause, elle obtient le remboursement partiel des sinistres qu'elle doit supporter de telle sorte qu'il n'y a exportation de capitaux que si le volume de primes cédées est supérieur aux récupérations obtenues. Ce qu'il faut donc prendre en considération, c'est le solde net de l'opération.

Si, pour plusieurs exercices, les comptes de réassurance font apparaître un solde en faveur du réassureur, la cédante doit envisager une révision des dispositions du traité.

Celle-ci peut consister en réassurance proportionnelle soit à réduire le taux de cession soit à négocier un relèvement du niveau de la participation bénéficiaire ou des commissions de réassurance.

Dans les traités non-proportionnels, il pourra s'agir de la réduction du taux de prime applicable à l'encaissement de la cédante.

c) - Les ratios

Un certain nombre de ratios peuvent permettre de mieux cerner la place de la fonction Réassurance dans la stratégie globale de l'entreprise :

* Taux de cession global

$$\frac{\text{Montant des cessions}}{\text{Emissions de primes}} \times 100$$

* Intensité de réassurance

$$\frac{\text{Montant des cessions en quote-part}}{\text{Emissions de primes}}$$

* Part des réassureurs dans les prestations

$$\frac{\text{Prestations des réassureurs}}{\text{Total des prestations}}$$

* Rémunération du réseau commercial

Commissions de réassurance reçues
Primes cédées

à comparer avec :

Commissions versées + Frais généraux
Primes émises

CONCLUSION GENERALE

La crise économique qui frappe l'ensemble des pays africains n'a pas épargné le secteur des assurances.

La 12e Assemblée Générale de la FANAF tenue à LOME en Février 1988 en a fait le constat.

La résolution qui a été adoptée à l'issue de ces importantes assises fait une large place aux facteurs conjoncturels qui expliquent le marasme actuel de l'industrie africaine des assurances :

- Baisse vertigineuse des encaissements ;
- Ponction des ressources financières des compagnies d'assurance par l'Etat ;
- Multiplication de la fraude en cas de sinistre...

A ces éléments de conjoncture, s'ajoutent d'autres facteurs structurels liés pour l'essentiel à la faiblesse de la gestion technique dans les marchés de la CICA.

Il apparaît en effet que pour bon nombre de nos compagnies, gérer la Production se résume tout simplement à ce que les Anglais appellent le "cash-flow underwriting" (faire de la prime).

Dès lors, on ne soucie plus d'orthodoxie en matière de constitution du portefeuille ; l'anti-sélection et la sous-tarifcation s'érigent en politique commerciale.

L'accroissement du chiffre d'affaires devient le cheval de bataille des dirigeants même si, bien souvent, le montant des émissions figurant au bilan ne reflète pas la réalité de l'encaissement.

Les arriérés de primes s'accumulent alors atteignant dans certains marchés 40 à 50 % du chiffre d'affaires.

Il en résulte une situation de trésorerie très délicate pour la plupart de nos compagnies.

Qui plus est, les Provisions Techniques qui représentent les créances des assurés, sont généralement sous-évaluées dans le but de faire apparaître des bénéfiques, en réalité, fictifs.

Il s'y ajoute une mauvaise politique de placement des Provisions.

Celles-ci sont en effet principalement investies dans la construction ou l'acquisition d'immeubles destinés le plus souvent à abriter le Siège Social de la Compagnie.

Or, la réalisation de ces actifs immobiliers est malaisée du fait du manque de liquidités dans l'économie et des risques importants de moins-values.

On relève enfin qu'au niveau de la division des risques, la co-assurance est très peu pratiquée sous prétexte qu'elle met l'assuré en rapport avec les concurrents.

Cette situation de fait conjuguée à la faiblesse relative des fonds propres des compagnies expliquent que celles-ci s'orientent massivement vers la réassurance et dans des proportions qui avoisinent parfois les 100 %. Or, il est bien connu que la vocation du réassureur n'est pas de se substituer à l'assureur dans ses rapports avec l'assuré mais d'équilibrer ses résultats techniques et d'accroître ses capacités de souscription.

Au terme du tableau peu reluisant que nous venons de brosser, une question vient naturellement à l'esprit : Quel avenir pour l'industrie africaine des assurances ?

A notre humble avis, et pour en tenir au strict point de vue technique, la solution au malaise que connaît le marché africain des assurances devrait être recherchée dans trois directions.

Au niveau des Sociétés, il nous paraît indispensable de revenir à plus d'orthodoxie dans la gestion technique.

Il s'agira notamment de promouvoir une politique de souscription basée sur la sélection et la mutualisation des risques, de définir des objectifs précis en matière de gestion des sinistres et d'introduire systématiquement le contrôle de gestion dans toutes nos compagnies.

Au plan du marché, il faudrait mettre un terme à la prolifération des micro-organismes d'assurance et favoriser la constitution d'entités financièrement solides par le biais de regroupements et de fusions.

Il s'agit aussi de redynamiser les comités nationaux d'assureurs en les dotant de commissions techniques spécialisées dans les principales branches avec pour mission d'élaborer les statistiques du marché, de proposer des tarifs pour les risques non-encore cernés par la profession, de tenir des fichiers pour les risques aggravés etc...

Enfin, pour se poser en interlocuteur sérieux du marché international, il convient que les assureurs africains fassent preuve de professionnalisme dans l'approche des problèmes techniques et qu'ils s'efforcent de mieux planifier leurs systèmes de réassurance.

Au total, dans une Afrique confrontée à une crise économique aiguë, une industrie des assurances mieux gérée peut contribuer puissamment au décollage économique que nous appelons de tous nos vœux./-

A N N E X E S

+++++

Annexe n°1

Tableau de bord du Directeur Technique

LES PRIMES ACQUISES

	:	Prévu	:	réalisé	:	écarts
Primes acquises	:	110	:	90	:	- 20
Solde provisions (ouverture/clôture)	:	+5	:	-	:	- 5
Primes acquises définitivement	:	115	:	90	:	- 25

ANNEXE 2

RECOUVREMENT DES QUITTANCES

TYPE D'ENCAISSEMENT	DELAI MOYEN	NE PAS EXCÉDER
DIRECT	4 à 20 jours	15 jours
AGENTS	45 à 90 jours	60 jours
COURTIERS	< 90 jours	90 jours

ANNEXE 3

CADENCES DE REGLEMENT
(AUTO)

PÉRIODES	RÉSULTATS %		
	BON	MOYEN	MAUVAIS
Fin 1ère Année	> 25	25 à 18	< 18
Fin 2 ^{ème} Année	> 50	50 à 45	< 45
Fin 3 ^{ème} Année	> 65	65 à 60	< 60
Fin 4 ^{ème} Année	> 75	75 à 70	< 70

FICHE PRODUCTION SINISTRE

SOCIETAIRE:

- Adresse :
- Nombre de Polices du Sociétaire : Dossier N°
- Est-il en règle ? : OUI — NON Montant arriérés :

VISA PRODUCTION :

- N° de la Police sinistrée N° Véhicule
- Echéance : Echéance : Catégorie :
- Consommation : Soldée le : Non soldée
- 1^{er} terme de F. C.F.A. :
- 2^e terme de F. C.F.A. :
- 3^e terme de F. C.F.A. :
- 4^e terme de F. C.F.A. :

RISQUES :

- R. C. :
- I. N. C. :
- Vol :
- D. R. :
- Dommage :
- Eris et glaces :
- P. T. :
- Nombre d'accidents enregistrés sur la Police sinistrée :

- | | | |
|----------------|--------|--------------|
| • Accident 1 : | Date : | Evaluation : |
| • Accident 2 : | Date : | Evaluation : |
| • Accident 3 : | Date : | Evaluation : |
| • Accident 4 : | Date : | Evaluation : |
| • Accident 5 : | Date : | Evaluation : |

VISA SINISTRE :

- Sinistre N° : Date survenance :
- Emission originale :
- Répartition des parts :

VISA : D. T.

SORT DU DOSSIER

- Mise :
- Clés :

Signature :

B I B L I O G R A P H I E

OUVRAGES GENERAUX

- Les assurances terrestres T.1 L.G.D.J. 1982
de Picard et Besson
- Dix Leçons sur la Réassurance
par Mikaël Hagopian
Edition L'ARGUS

JOURNAUX ET PERIODIQUES

- L'ARGUS International
- L'ASSUREUR AFRICAIN
- ASSUR - INFO