RAPPORT DE STAGE

ORGANISATION en vue d'une bonne gestion

par M. ALAKA Charles
Chef de Service des Sinistres
Mutuelle Agricole du Cameroun

(été 1977)

Que tous les chefs des Départements Accidents, Incendie, Automobile et Réassurance de la Royale Belge trouvent ici l'expression de toute ma gratitude pour le meilleur encadrement et les nombreux égards qu'ils m'ont témoignés durant tout mon séjour en Belgique.

Mes remerciements s'adressent aussi au Dr Spaeth et à tous ceux de la Münchener Rück qui ont oeuvré pour le bon déroulement de mon stage en Allemagne.

Qu'enfin M. le Directeur Général de la Mutuelle Agricole qui a assuré avec efficacité la préparation et l'aboutissement de cette formation en soit remercié./-

-o- P L A N -o-

INTRODUCTION

1ère PARTIE

ORGANISATION ET MOYENS EN VUE D'UNE BONNE GESTION.

Page

I - La Déclaration..... 1

II - Le Classement..... 3

III - Les Fichiers..... 4

IV - La Suppression des tâches irritantes..... 6

2ème PARTIE

L'EMISSION-GESTION

I - La Tarification..... 8

II - La Perte ou le Bénéfice technique..... 9

III - Le Contrôle des Producteurs..... 10

IV - La Surveillance du Risque Automobile et les Mesures d'Assainissement..... 10

V - Le Malus et le Bonus..... 12

VI - Le Précontentieux..... 13

3ème PARTIE

LA GESTION DES SINISTRES

I - La Convention R.D.R..... 17

II - L'Expertise..... 19

III - Le Contrôle des Experts..... 20

IV - L'Evaluation du Dommage..... 21

1 - L'Evaluation Ex-Aequo et Bono
2 - La Confusion
3 - La Capitalisation.

V - L'Assureur R.C. et l'Assureur-Loi..... 25

VI - Les Réserves Techniques..... 27

VII- Les Relations avec les Réassureurs..... 30

Conclusion..... 36

-------oooOooo-------

INTRODUCTION

Dans son rapport annuel sur l'exercice 1976 à l'assemblé générale, le Directeur Général de la Mutuelle Agricole du Cameroun remarquait que l'ancienne Mutuelle Agricole a connu "une gestion financière désastreuse caractérisée par une sous-évaluation des provisions techniques, une absence de politique rationnelle".

Compte tenu de cet héritage, on peut se demander comment les nouveaux responsables de cette société dont la lourde mission est de relever le défi, peuvent rester inertes face aux exigences pressantes et toujours croissantes que requiert la gestion rationnelle d'une société d'Assurance.

Si en matière d'assurance les problèmes qui se posent sont complexes et sujets à de nombreux aléas, ceux-ci deviennent aggravés lorsqu'ils ont pour cadre la Mutuelle Agricole de par son passé.

Au rang des difficultés d'ordre technique posées par la gestion des branches, le risque Automobile occupe une place exceptionnelle :

Il représente 83 % du portefeuille ; un véritable fardeau.

Aussi, bien que notre stage ait porté sur les branches incendie accident et automobile, c'est à cette dernière que nous consacrons notre rapport auquel nous donnons l'aspect d'un mémoire. Nous le voulons comme modeste contribution à l'effort de redressement entrepris.

Dans un premier temps, nous parlerons des problèmes liés à l'organisation, la deuxième partie est consacrée à l'émission-gestion. Enfin, nous terminons par la gestion des sinistres.-

*

* *

1ère PARTIE

ORGANISATION ET MOYENS EN VUE D'UNE BONNE GESTION

Les sociétés d'assurances utilisent journellement beaucoup de papiers pour faire leur travail. Elles doivent avoir une organisation administrative telle qu'elles ne souffrent pas de certaines carences et soient à l'abri de nombreuses difficultés. Il est donc du plus grand intérêt de franchir cette étape pour aborder utilement les problèmes de fond qui en naissent et dont le traitement devient facilité. Au niveau des sinistres, la tâche naît à partir de la déclaration d'accident.

I.- LA DECLARATION

C'est un formulaire d'une grande importance dans la pratique. Bien conçu, il permet à l'assuré de consigner tous les éléments dont l'assureur a besoin. Il comprendra outre certains renseignements, des mentions sur la sinistralité passée de l'assuré (nombre des sinistres et éventuellement leur numéro) qui orientent judicieusement le traitement du dossier et permet de dire si c'est un bon ou un mauvais assuré.

Toute déclaration devrait comporter un encadrement particulier si l'accident a causé des dommages corporels. Des questions comme celles qui suivent y seront mentionnées en fonction des exclusions propres au Droit d'Assurance dans le pays. Bien conçu un imprimé permet de constituer une réserve :

- Le blessé est-il membre de votre famille ?
- Nature des blessures.....
- Hôpital où la victime est traitée ?
- Sa profession ?
- Age réel ou approximatif ?
- Son adresse
- etc....

Une meilleure adaptation de notre imprimé actuel s'impose.

Il est impératif que toutes les particularités du contrat soient portées sur l'imprimé de déclaration et sur la farde du dossier. Ces particularités se trouvent dans le dossier Emission qui, dans le cas de la Mutuelle sera consulté dans le service de Production. Ces particularités sont généralement des Clauses qui dérogent aux Conditions Générales Les Gestionnaires du service des Sinistres devraient être en mesure de les interpréter et de faire prendre des décisions.

L'étendue des garanties sera aussi complète que juste. La Royale Belge consulte ces éléments au moyen des écrans d'ordinateur, ce qui supprime tous les risques de fraude ou d'erreur. Faute d'ordinateur les Services des Sinistres de la Mutuelle pourront faire viser les garanties et l'étendue du contrat par les Services de Production afin de prévenir des oublis, des erreurs ou des légérités. Le Service de Production est plus qualifié pour ce genre de travail.

Ce rapprochement avec la police d'assurance oblige le Service de Production à avoir une organisation qui ne souffre d'aucune critique. Tout manquement de l'assuré à l'une de ses obligations doit immédiatement déclencher de la part de ce service l'accomplissement des mesures prescrites par les textes (ex. cas du non-paiement : respecter l'article 16 de la Loi du 13 Juillet 1930). L'envoi d'une lettre ou l'établissement d'un avenant doit être aussitôt mentionné dans le répertoire et classé dans le dossier de l'assuré. Faute d'un mémoire d'ordinateur qui consigne toutes les informations, nous suggérons urgemment la création au niveau du service de Production d'un Répertoire des Assurés : Sorte de fichier qui éviterait de recourir chaque fois au dossier et qui donnerait tous les jours la situation actuelle de l'assuré :

1er Affichage : La signalisation de l'assuré.

- Nom
- Adresse actuelle :
- Qualité
- .....

2ème Affichage : l'identification de chaque véhicule.

- Type de véhicule
- N° de châssis
- Valeur assurée
- Date de 1ère mise en circulation
- Immatriculation
- Usage
- .....

3ème Affichage : Caractéristiques du contrat.

- N° de police
- Effet du contrat
- Expiration
- Garanties
- Mode paiement_____Débiteur_____Créditeur
- Résilié - suspendre..... Motifs.....
- Envoi d'une mise en demeure.

4ème Affichage : Tous les sinistres ayant frappé la police.

- N° du sinistre
- Date de survenance
- Coût éventuel.

Tout dossier ouvert, traité ou en cours de traitement doit avoir un classement. Aujourd'hui, la Mutuelle éprouve des difficultés pour la recherche et le classement de ses dossiers. Tel dossier sinistre ouvert il y a quelques minutes est vainement cherché. Nos archives sont presque abandonnées. C'est le malheureux héritage de la gestion archaïque de la défunte Mutuelle. Leur restauration ne devrait plus tarder.

II.- LE CLASSEMENT

Toute société d'assurance doit avoir des services ou des sections classement qui sont rattachés aux services de Gestion. A côté, doivent fonctionner un service d'Archives. Car un dossier qu'on a cru terminé peut rebondir sur tel ou point. La nécessité par exemple de mener des études statistiques antérieures peut commander de recourir aux anciens dossiers pour appréhender le développement d'un point déterminé. Les services de classement doivent avoir leur cadre de travail éloigné du service de traitement. Le Service de classement doit être doté d'un calendrier de rappel et des dates de sortie des graves dossiers.

Les Gestionnaires des sinistres n'auraient devant eux qu'un bureau et quelques dossiers à traiter. Ce qui évite des encombrements qui rendent difficiles la recherche des dossiers. Dans le cas de la Mutuelle, le recrutement ou l'affectation d'un personnel au classement et aux archives nous semble prioritaire, l'aménagement d'un cadre de travail est à envisager. Davantage d'ailleurs que notre service devient parfois un marché où se "tamponnent" des agents à la recherche des dossiers, des assurés qui viennent à toute heure interrompre le travail normal, des réceptions privées et illimitées de la part des agents dont on ne peut plus rien attendre de l'efficacité, du rendement.

La Gestion moderne d'une compagnie d'assurance doit dépasser ces systèmes artisanaux où personne ne trouve plus son compte. Joint à tout cela, le bruit des machines vient transformer ce marché en une foire et l'énervement qui s'empare de tous n'est que la conséquence de cet environnement abrutissant. On peut, dans une certaine mesure, isoler le pool de dactylographie de la salle des rédacteurs, une philosophie de l'homme au travail et de l'humanisation du poste de travail devra figurer au rang des préoccupations de la Direction Administrative et Financière de notre société.

Parallèlement au classement, les services doivent disposer des échéanciers pour la relance des dossiers tant auprès des Avocats que des Assurés dont la prime vient à échéance. Dans le service des Sinistres, cet échéancier sera un Agenda de grand format pour chaque gestionnaire.

Au stade de l'ouverture, le service peut opter pour des fardes de couleur différente afin de visualiser la nature de chaque dossier.

Les dossiers terminés doivent être mis de côté au classement et attendre un certain nombre d'années correspondant à la prescription pour être archivés. Cette prescription dans le Droit qui nous régit est de 2 ans.

III- LES FICHIERS

Nous avons souligné au passage l'utilité des fichiers. Chaque sinistre survenu et déclaré fait l'objet d'une fiche établie à l'intention des services concernés dont notre service de statistiques qui ne devra plus à l'avenir rien négliger pour les raisons que nous verrons plus loin. Le Réassureur sera aussitôt avisé en fonction de l'importance des réserves.

Cette fiche comportera les renseignements suivants :

1°) - N° de police
- N° de sinistre
- L'Agence qui nous a déclaré l'accident
- Date d'accident
- Réserves de Sinistres.

2°) - Les indications sur la couverture du sinistre

3°) - Les victimes et la description sommaire des circonstances de l'accident
- % Responsabilité
- Possibilité d'un recours passif ou actif.

Si le sinistre frappe une police d'Agence, celle-ci doit être informée et disposer d'une petite organisation permettant de mieux percevoir son portefeuille. C'est un côté formel dont nous nous épargnons des développements théoriques dans la mesure où nous entreprendrons des déplacements auprès de toutes les Agences pour monter cette infrastruture jugée utile.

Afin d'éviter la dispersion des tâches et de canaliser l'information, la répartition du travail entre les Agents est nécessaire. Plusieurs méthodes existent. La répartition basée sur la compétence, sur les indices terminaux, sur le critère alphabétique.

- En ce qui concerne notre Service de Production, nous suggérons d'opter pour la combinaison du critère alphabétique et de compétence.

Ainsi, chaque Rédacteur s'occuperait exclusivement des sociétaires dont le nom commence par une certaine lettre d'alphabet ou quelques lettres (exemple : A, B.).

L'autre recevrait tous les sociétaires dont le nom commence par D.... ainsi de suite jusqu'à la couverture de toutes les lettres de l'alphabet. Ces lettres seraient suspendues devant chaque rédacteur pour orienter les sociétaires. Conséquence : le répertoire des assurés dont nous souhaitons l'institution sera rendu facile au niveau de la tenue et de l'exploitation. Chaque Agent aurait à ses côtés un fichier (répertoire) des assurés dont le nom commence par la lettre d'alphabet de sa charge. Ce répertoire serait consulté chaque fois qu'il est saisi d'un problème sur un assuré ou lorsqu'il faut renouveler un contrat. L'ensemble des fichiers formerait le répertoire général. Ce système a l'avantage de faciliter le contrôle du travail, de simplifier les mesures d'assainissement dont nous parlerons, d'alléger le travail par une répartition équitable et de rendre responsable chaque Agent dans la mesure où des erreurs répétées sur des polices intéressant des assurés d'une certaine lettre permettraient de mesurer l'efficacité de l'agent, provoqueraient sa formation ou son information sur tel ou tel sujet. Une seule exception : les polices flottes des entreprises ou de certains organismes seraient confiées à des Agents bien déterminés qui assureraient la tarification et le contrôle du portefeuille. L'exception intéresse aussi des polices avec certaines particularités ou qui sortent de l'ordinaire.

- Dans le service des Sinistres, l'on peut opter pour la répartition selon les indices terminaux des sinistres.

L'Agent X traiterait tous les dossiers terminant par 0.

D'où la répartition suivante :

0/ 1/ 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9.

EXCEPTION : Les dossiers contentieux seraient confiés à des Agents bien méritants.

Ce système, bien qu'intéressant suppose que tous les Agents soient en mesure d'aborder efficacement le traitement d'un dossier. Que ces agents soient suffisants quantitativement et qualitativement. Qu'ils fournissent des efforts et s'en réfèrent à leur Chef de Service pour des problèmes complexes et affichent la volonté manifeste de se parfaire et d'apprendre.

Une bonne gestion suppose que les Responsables soient libérés des tâches d'exécution, qu'ils aient le maximum de temps pour se consacrer aux travaux de supervision du service et de la Société afin qu'ils sensibilisent la Direction sur les cas graves ou répétés qui justifient que des correctifs soient pris, de prendre des décisions au niveau des Résiliations, du rendement des Avocats, des Experts, de dires statistiques à l'appui si la localisation des sinistres dans le ressort territorial d'une Agence donnée ou au niveau global ne justifie pas l'inclusion des certaines clauses, de certains procédés de contrôle... d'informer la Direction sur l'évolution sur l'évolution du portefeuille pour qu'elle décide....

Pour atteindre progressivement cet objectif, nous pensons qu'un renforcement quantitatif et qualitatif de notre /le service par/recrutement sur tests d'Agents s'avère nécessaire.

De même que M. NTSAMA devrait être utilisé à la gestion des dossiers et on le remplacerait par un secrétaire homme du niveau de C.A.P. ou du niveau de première. Ces nouveaux venus ainsi que les anciens seront formés par des exposés théoriques que nous ferions à leur intention tous les soirs sur les grandes lignes de la gestion des Sinistres.

Ils suivraient une formation pratique dans le tas durant 3 à 4 mois et à l'issue de tout cela, un serait affecté à l'Agence de Douala en renforcement d'effectifs.

IV.- LA SUPPRESSION DES TACHES IRRITANTES :

Pour rationnaliser le travail administratif, il importe d'observer ce qui a un caractère répétitif. La règle qui en résulte est que tout ce qui revient doit être un modèle.

Aussi, les services de la Mutuelle pourraient standardiser certaines lettres ou certaines formules pour alléger le travail.

Mais la standardisation doit être limitée aux rapports entre compagnies d'assurance et autres intermédiaires (Avocats....) quand il faut. Le sociétaire quant à lui est un homme qui attend beaucoup de chaleur de la lettre qu'on lui envoie, la communication doit être élégante, personnelle et appropriée.

Les formules stéréotypées intéressent des lettres-type dont il importe de discerner l'intérêt dans la gestion des sinistres.

Il est possible d'alléger le dossier par la suppres- /de sion ou la diminution/doubles sans grande importance, d'éviter la manipulation par l'emploi d'imprimé de synthèse placé tout au début des dossiers et qui sont un miroir complet du dossier généralement en matière corporelle.

C'est là une simplification qui a pour avantage de comprimer les frais généraux, c'est un moyen d'assurer une bonne gestion.

Parmi les tâches ayant aussi un caractère irritant et qui concourent à la diminution de la rentabilité et ne permettent pas de se livrer à des travaux de réflexion et de synthèse qui sont de nature à mieux percevoir l'évolution des sinistres, d'envisager des solutions à certains problèmes plus ou moins complexes, l'on trouve les réceptions à longueur de journée des assurés.

Pour pallier à ces inconvénients, l'expérience réussie ailleurs peut inspirer.

Si la taille de l'Entreprise est grande, créer un guichet de renseignements et une salle de réception où l'assuré est reçu par un gestionnaire qui lui communique très rapidement le renseignement voulu.

S'il s'agit de compagnie de taille moyenne comme la nôtre, l'on suggère l'institution d'horaires de réception des assurés. Ceci ne concerne pas les sinistrés qui viennent déclarer leur accident à tout moment.

Les responsables ont intérêt, pour leur prestige et le rayonnement de leur société, de se garder de recevoir tous les assurés pour des cas vulgaires. Il importe que l'assuré soit reçu à la base c'est-à-dire au niveau de l'Agent gestionnaire et ne recourt plus haut que pour des cas exceptionnels.

Les Agents gestionnaires doivent être en mesure de renseigner et de satisfaire l'assuré et éviter de saisir les responsables très souvent. Lesquels responsables doivent se référer à l'Agent qui connaît son dossier pour répondre éventuellement à l'assuré.

Les Responsables qui ne dépassent pas ce stade perdent de vue les grands problèmes qui déséquilibrent la société et s'attachent à des tâches marginales : Gérer c'est prévenir.

Lorsqu'à tous les niveaux, cette notion de responsabilité devient perceptible, on atteint cette nécessaire exigence qu'est l'unicité des décisions à prendre au détriment de la contradiction.

Lorsqu'on impose de la discipline au niveau par exemple de la réception, on donne du crédit à sa compagnie contrairement à ce qu'on pourrait penser.

Il est aussi nécessaire de tenir des réunions périodiques. Aussi bien au niveau des services, des Départements que de la Direction Générale pour se concerter sur certains points et certaines difficultés qu'on a pu observer afin de trouver une solution commune. Il est heureux de remarquer que M. le Directeur Général de la Mutuelle avait déjà inauguré cette initiative qui reste à s'étendre au niveau des Directions et des services.

Tout ce qui précède constitue un préalable administratif nécessaire, sans amélioration duquel, on ne peut mieux aborder les problèmes de fond dont ceux nombreux et complexes posés par les branches et singulièrement la branche Automobile, qui fera l'objet de la deuxième partie de notre rapport.

*

* *

(2ème PARTIE)

L'EMISSION - GESTION

Elle consiste en l'acceptation de nouvelles affaires et en la gestion du portefeuille qui existe.

/avoir Chacun doit /à coeur que la prime est la contrepartie du risque que l'assureur prend en charge au regard des résultats antérieurement obtenus. Aussi, convient-il d'éliminer toute erreur dans la gestion (sous-tarification, maintien de clauses dangereuses, résiliation ou suspension pour non paiement, encaissement de la prime et de toute la prime, abandon de réduction, application systématique du malus, recours au contentieux en cas de besoin...). Dix francs de perdu dans une prime engendrent un déséquilibre dont on ne saurait mesurer les conséquences.

En même temps que la compagnie émet et gère, elle doit tenir avec la plus grande rigueur toute la statistique de son portefeuille pour voir sa structure, son évolution, l'encaissement des primes, le nombre des polices par nature de véhicule, par usage, les résiliations et leurs causes, l'émission et l'encaissement y relatifs. La même statistique doit être tenue pour les sinistres dans le but de faire sortir à la fin de chaque période généralement le trimestre les résultats obtenus. Ces résultats sont seuls la preuve de la charge de l'assureur et seuls eux peuvent permettre par exemple de se montrer plus sélectifs dans telle ou telle catégorie de risque ou de sous-risque, de voir les causes qui sont à l'origine de la dégradation et de faire prendre par la Direction des mesures appropriées, de soutenir dans le cadre des réunions interprofessionnelles (A.S.A.C.) les mesures qui sont de nature à diminuer certains effets néfastes de la branche. Elles seules permettent d'obtenir une concession auprès du gouvernement. La statistique, c'est tout ce que nous faisons journellement, ce n'est pas un miracle qu'il faut aller chercher au ciel.

I.- LA TARIFICATION

Des statistiques minutieusement tenues permettent de dire que la prime ne correspond plus au risque car elle est fonction de la fréquence et du coût moyen.

Exemple : Va : Véhicules présentant certaines homogénéités.

$$\text{Fréquence (F)} = \frac{NS}{Va}$$

Calcul du coût moyen :

$$\bar{C} = \frac{C}{NS}$$

Et la prime pure s'obtient de la manière suivante :

$$\text{Prime} = F \times \bar{C}$$

Même s'il n'y a pas de liberté tarifaire en Automobile dans un pays comme le nôtre, on peut déjà estimer la perte susceptible d'être enregistrée si la gestion est bien faite et définir une politique de compensation.

II.- LA PERTE OU LE BENEFICE TECHNIQUE

Soit 100 % de prime :
15 % = commission
15 % = frais de gestion
70 % = prime de risque.

La perte ou le bénéfice technique s'obtient par comparation du solde (70 %) et du coût des sinistres. On peut ainsi rechercher la perte globale de la branche et la perte ou le bénéfice des sous-branches (Vol, Incendie, R.C., Dommages ...) pour orienter sa politique.

En Belgique comme au Cameroun, il n'y a pas de liberté tarifaire. Mais là-bas, des surprimes sont appliquées en cas de :

- Transport dangereux ;
- T.IR. : Transport International Routier ;
- Déficit : rendement déficitaire lié à la fréquence des sinistres, à l'ivresse ;
- Age du conducteur : les jeunes conducteurs paient plus cher la prime ;
- Divers cas spéciaux.

Il importe d'étudier l'augmentation de la fréquence des sinistres et de déterminer les paramètres qui interviennent afin de la réduire au minimum possible (prévention interne à la compagnie).

L'expérience a prouvé qu'en période de stabilité, il y a corrélation entre l'indice des salaires et l'indice des prix à la consommation. Mais en période inflationniste, cette corrélation n'est plus vraie. On recourt alors à l'indice des salaires qui marque mieux l'augmentation des prix qui grèvent la charge de l'assureur.

Ainsi, en Belgique, la prime d'assurance est indexée au fur et à mesure. C'est peut être une position que notre Direction Générale pourrait suggérer aux réunions de l'A.S.A.C. pour montrer à quel point la profession éprouve des difficultés pour équilibrer ses résultats. L'A.S.A.C. se chargerait de saisir l'autorité de contrôle même sans chance de succès, le problème aura été posé.

L'indexation intervient à chaque échéance annuelle et la prime se calcule de cette manière :

*

* *

Prime dûe = prime de police x $\frac{\text{Indice de l'échéance.}}{\text{Indice de souscription}}$

Pour la rapidité de la tarification, le rapport entre les 2 indices est remplacé par le coefficière obtenu.

III.- LE CONTROLE DES PRODUCTEURS

A la Mutuelle Agricole, le réseau de Production est constitué par les Agences.

Le contrôle de la Production peut se faire à partir du nombre d'affaires réalisées par branche et de leur cumul : (aspect quantitatif).

Le rendement d'une Agence peut être fait à partir des statistiques de production et des sinistres. Le résultat donne une idée de la spécificité des problèmes d'une Agence et déclenche une assistance et un suivi constant. Il s'agit de savoir si l'Agence apporte des bonnes ou des mauvaises affaires : bilan financier.

Les doubles de toutes les polices des Agences doivent être adressés au siège qui reprend la tarification police après police. L'Agence sera informée s'il y a des moins perçus ou des erreurs techniques : contrôle qualitatif.

La gestion au niveau de la Production signifie aussi:

- l'étude des affaires spéciales,
- la surveillance du paiement des primes,
- la révision et le remaniement du portefeuille.

IV.- LA SURVEILLANCE DU RISQUE AUTOMOBILE ET LES MESURES D'ASSAINISSEMENT

Une réalité : le risque automobile est très mauvais et peut conduire à la ruine. D'où l'intérêt d'avoir des services qui s'occupent des trois domaines d'activités précités dans le cadre de la production. La Production disposera de 2 sources :

- Le service des Sinistres qui l'avertit de tous les accidents survenus et de tous ceux qui surviennent dans des circonstances spéciales.

- En l'absence d'un ordinateur, le service Statistiques de la Mutuelle Agricole devrait sortir mensuellement des sortes de listing manuel (fréquence d'accident trop élevée, coût du sinistre trop élevé ou les deux). C'est une tâche simple qui relève de la volonté.

Pour certains cas graves, la Production mène une rapide étude et prend des mesures qui sont variantes, selon qu'il s'agit de fréquence élevée sur une police donnée, du coût ou de circonstances d'accidents.

La variante des mesures peut ainsi conduire à la prise de décisionsdans l'espace de quelque temps seulement.

LES DECISIONS

* Le reclassement (sinistres sans suite)
* La mise sous surveillance : le risque n'est pas encore mauvais mais il est à surveiller.
* L'avertissement : trop d'accidents en peu de temps. On écrit à l'assuré avec beaucoup d'élégance, d'habileté et de fermeté.

Exemple : Cas d'un assuré dont on avait séjà attiré l'attention sur ses très nombreux sinistres et qui vient encore aggraver son palmarès.

* L'introduction éventuelle d'une franchise qui peut varier de X à X d'après le jugement personnel. Nous sommes ici en franchise facultative que l'assureur peut négocier et imposer à l'assuré librement en vertu du contrat qui les lie sans préjudice aucun. Le refus de l'assuré pouvant entraîner la résiliation.

Le cumul des différentes pénalités est possible.

* l'augmentation de la prime.
* la suppression de toute latitude au niveau des paiements ou des réductions.
* le doublement de la franchise.

Il est à retenir que si la fréquence intéresse beaucoup plus les dégâts matériels, la suppression de cette garantie est à proposer suivie du remboursement du prorata de primes.

S'il s'agit du même conducteur, l'on peut proposer son exclusion au moyen d'une clause.

* La résiliation pure et simple du contrat.

Causes : Trop d'accidents, fautes graves, moralité douteuse.

La résiliation doit tenir compte des antécédents et peut être remplacée par l'introduction d'une franchise. Le problème se posant différemment selon qu'on se trouve en R.C. ou en dommages matériels.

Notre législation en matière d'assurance pose le problème de l'inopposabilité de certaines nullités et déchéances aux victimes d'accidents corporels.

L'introduction d'une franchise en R.C. serait en conséquence sans objet puisqu'elle supposerait l'exercice d'un recours auprès de l'assuré après règlement du dommage causé aux tiers. Or, l'aboutissement d'un tel recours peut se heurter à l'insolvabilité du débiteur.

Le Droit Belge a fortement développé de tels recours et lorsque le débiteur est insolvable, on l'oblige à souscrire une police d'assurance sur la vie. Le bénéficiaire prioritaire étant la compagnie d'assurance.

C'est peut être parce que le Droit Belge en matière d'assurance privilégie le règlement des victimes même lorsque l'assuré encourt certaines déchéances, lorsque l'auteur du dommage n'est pas titulaire d'un permis etc.... Le Fonds Commun de Garantie n'intervient que pour les accidents causés par un véhicule en fuite ou lorsque le contrat d'assurance est inexistant.

Le service de Production doit avoir un code dans le dossier pour dire qu'il est sous-surveillance. Cela évite qu'un assuré qui est reçu par un rédacteur non habituel y échappe. La réforme que nous avons suggerée à la Production pour la répartition du travail selon un critère définitif est déjà une réponse partielle à cette crainte.

V.- LE MALUS - BONUS

Le système Bonus-Malus a pour but de faire payer à l'assuré une surprime lorsqu'il a été auteur d'accident où sa R.C. (débition d'indemnité) est engagée totalement ou partiellement et inversement pour un assuré qui n'a pas eu de sinistre. L'application du Malus est automatique se cumule avec les autres pénalités précitées.

Le Bonus-Malus s'applique exclusivement à la prime de Responsabilité Civile.

LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME :

L'échelle Bonus-Malus est l'ensemble des degrés et des niveaux correspondants sur lesquels se déplace la prime de R.C.

	Degré	Niveau de prime correspondant
	18	200
Base	10	100
	1	60

Le déplacement de la prime à chaque échéance s'effectue en fonction du nombre des sinistres. Même en cas de changement de véhicule, l'assureur doit maintenir le Malus précédent et le reporter. Il faut personnifier le risque.

Si en théorie ce système peut paraître juste au niveau de l'égalité entre assurés car il doit contribuer à l'action de la sécurité routière, on doit être prudent, lorsque les résultats de la branche sont catastrophiques, de généraliser le Bonus qui risquerait d'être une sortie de fonds sans compensation possible par le Malus. Cela semble vrai pour la Mutuelle Agricole car si notre service statistiques pouvait nous communiquer les sorties pour Bonus de l'année 1976 et les encaissements au titre du Malus durant le même

exercice, nous constaterions certainement une perte. D'où nécessité de restreindre autant que faire se peut l'octroi du Bonus. Ce n'est pas une sanction pour les bons assurés mais un geste de solidarité qui peut concourir à l'amélioration des résultats dans l'intérêt de tout le monde.

POUR L'APPLICATION RIGOUREUSE DU MALUS A L'ECHELON NATIONAL

Face à la dégradation des résultats de la branche automobile, nous suggérons à M. le Directeur Général de la Mutuelle Agricole de faire accepter à l'A.S.A.C. que tout assuré puisse présenter à la compagnie où il désire s'assurer une attestation délivrée par son ancien assureur prouvant qu'il n'a pas eu de sinistres. Cela restreint les chances de partir d'une compagnie à une autre après avoir causé de nombreux sinistres ailleurs pour échapper au Malus.

Cela nous parait préférable au système actuel du fichier central dont on peut douter des effets produits compte tenu des difficultés d'ordre administratif dans son application au niveau des sièges et des agences.

Une Franchise non rachetable pour jeunes conducteurs âgés de moins de 23 ans existe.

VI.- LE PRECONTENTIEUX :

Il arrive que des primes émises demeurent impayées. C'est alors qu'on envisage des mesures de recouvrement à l'amiable qui donnent lieu au précontentieux.

La Comptabilité, de concert avec l'Emission, fait l'état des impayés. Le précontentieux se déclenche par l'envoi des lettres amiables lorsque le montant est faible ou lorsque la prime dûe est récente. La seconde lettre a le caractère d'une mise en demeure. Elle doit rappeler à l'assuré les sanctions qu'il encourt en cas d'inéxécution notamment la suspension de garantie.

La troisième lettre est une menace qui donne un dernier délai généralement très réduit.

Après épuisement de cette procédure, le contentieux s'ouvre.

CONDITIONS A RESPECTER :

- Ne pas exposer des frais en pure perte pour quelqu'un qui ne justifie pas d'une surface financière (problème de solvabilité, mener une enquête).

- Ne mettre en contentieux que les primes qui en valent la peine.

*

* *

VII.- L'ETENDUE ET LA LIMITE DE CERTAINES GARANTIES :

I - L'INDEMNISATION EN VALEUR AGREEE OU EN VALEUR REELLE

A la souscription du contrat, l'assuré opte pour l'une ou l'autre formule. Ce système s'applique en cas de perte totale ou de vol du véhicule.

L'assuré ne peut plus choisir la formule "Valeur agréée" si le véhicule a 3 ans d'âge. Cette durée doit être réduite dans des pays comme le nôtre où le mauvais état de route et tous les excès sont possibles.

a) LA VALEUR AGREEE :

C'est une amélioration du système d'indemnisation découlant de l'imagination et en faveur de l'assuré.

Dans le système Camerounais du chiffrage de la Valeur Vénale, c'est la notion du temps qui entre en ligne de compte seulement. Cet élément gravite autour de la Valeur Neuve du véhicule, encore que cette valeur est souvent faussée ou volontairement omise par nos experts. Ce qui se traduit parfois par des sorties importantes de sommes ou encore lèse (en des rares cas) des assurés qui n'ont fait qu'un usage très limité de leur véhicule.

La valeur agréée a donc pour but de réparer le dommage en fonction de l'âge du véhicule, du kilométrage parcouru et de sa valeur catalogue.

Soit un véhicule V

V = 1.000.000 F.

Age = 3 ans

Kms = 70.000

Taux d'amortissement

0,20 % par tranche de 1.000

0,80 % par mois à partir du 13ème mois.

1er amortissement (1) : 2 x 0,8 = 1,6 %

2ème amortissement (2) : $\frac{0{,}2\ \% \times 70.000}{1.000}$ = 14 %

Préjudice = [1.000.000 - ((1) + (2)] + frais

b) LA VALEUR REELLE :

C'est la valeur du véhicule au moment du sinistre après application du taux de vétusté du barême en vigueur. C'est le principe Camerounais.

*

* *

II.- LA GARANTIE "DOMMAGES MATERIELS"

L'assurance D.M. couvre le véhicule et les accessoires contre les dégâts causés par versement, chute, collision, heurt d'obstacle.

DOMMAGES EXCLUS : Les dégâts causés :

a) aux pneumatiques à moins qu'ils ne proviennent de versement, chute, collision ou heurt d'obstacle.

b) aux organes du véhicule par suite d'usure, vice de construction ou de matière ou par suite de mauvais entretien manifeste.

c) par le fait des choses transportées, de leur chargement ou de leur déchargement.

d) par le fait de la surcharge du véhicule.

Dans le souci d'épargner à l'assureur l'intervention dans des sinistres bénins qui risqueraient d'être grossis par le réparateur, afin de moraliser le risque aussi, la garantie "Dommages-Matériels" comporte sans distinction d'usage, une franchise obligatoire.

Des surprimes existent et se cumulent pour le transport dans les pays limitrophes et tous pays prévus aux conditions du contrat. Elles varient de 10 % à 20 %. Nous pourrions tripler la franchise des véhicules assurés par la Mutuelle et se déplaçant jusqu'au Gabon.

L'exposé de l'étendue et des limites de la Garantie D.M. montre son universalité si on se réfère aux Conditions Générales de certains confrères comme la SOCAR qui excluent expressement les dommages consécutifs à l'usure et au mauvais état de route. La refonte des Conditions Générales actuelles de la Mutuelle Agricole qui sont muettes sur ces points doit donc voir le jour sans autre forme de procès ou délai d'attente. Il ne s'agit nullement de déroger aux clauses d'ordre public pour lesquelles l'avis de l'Autorité de contrôle est nécessaire.

Si la Mutuelle disposait de statistiques sur les nombreux et discutables "Sinistres contre Inconnu" qui lui sont souvent déclarés, elle constaterait le pourcentage qu'ils représentent par rapport à la rubrique globale. Hormis quelques cas où les dommages sont souvent apparentes et qui justifient d'être pris en charge, nombreux sont ceux où les dégâts n'apparaissent pas et qui ne sont autre que la conséquence du mauvais état de route et de l'usure camouflée. L'Assureur ne saurait se substituer à l'Administration des routes ou au comportement de l'assuré pour être garant de tels dommages.

Notre service éprouve des difficultés et s'attire de sérieux ennuis pour parvenir à les écarter en l'absence d'une disposition écrite au contrat. Seule la notion "d'accident" telle que définie par l'Assureur aide, au prix de nombreux efforts, pour y arriver.

III.- L'INCENDIE ET LE VOL

Seules nous intéressent les exclusions :

En Incendie : Les dégâts causés par des matières ou objets inflammables transportés dans le véhicule.

En Vol : Les vols commis par les préposés de l'assuré, les membres de sa famille ou avec leur complicité.

En ce qui concerne les D.M., le Vol et l'Incendie, il n'est pas accepté de souscription pour les assurés âgés de plus de 65 ans et pour les véhicules d'un certain âge. Sur le point de l'âge, seules des statistiques peuvent, en fonction de l'âge, prouver le degré de sinistralité et sa limite à la Mutuelle Agricole.

D'autre, l'erreur souvent commise par les services de Tarification d'assurer en Vol et Incendie des valeurs dont ils estiment être celles des véhicules au jour de souscription est à bannir. Seule la valeur catalogue doit être retenue. Limiter la garantie à la valeur du véhicule vétusté déduite suppose que l'assureur n'intervient qu'en cas de perte totale et non partielle. Or, et c'est ce qui arrive souvent, les assurés déclarent, des Incendies ou des Vols de certaines parties seulement de leur véhicule. L'Assureur supporte seul et en totalité le prix des pièces neuves de rechange sans laisser un pourcentage quelconque à l'assuré par référence à la valeur qu'il a assurée. Ce qui entraînerait des calculs interminables. Une telle tarification déséquilibre l'engagement de l'assureur et le prix de la garantie.

*

* *

Une meilleure organisation des services de Production où les agents doivent être aussi des gestionnaires, en nombre suffisant, qualifiés et compétents, formés et informés par les responsables au fur et à mesure, une rigueur dans le calcul des primes, l'amélioration générale des tarifications, un effort accru de prévention interne et d'assainissement, une adaptation de certaines dispositions contractuelles, une information aussi complète que débordante au niveau de la statistique, tels sont, entre autres, les moyens pour faire de la Mutuelle Agricole une société à l'avant-garde des compagnies locales malgré le lourd fardeau qu'est l'automobile. Cela n'irait pas si du côté des sinistres l'on n'est pas animé des mêmes préoccupations, pénétré des méthodes rationnelles et objectives de gestion qui requièrent du tact, beaucoup de dynamisme et de compétence ainsi que nous allons le voir.-

*

* *

(3ème PARTIE)

LA GESTION DES SINISTRES

La gestion des Sinistres peut être rendue facile par une meilleure structure organisationnelle qui tient compte du volume de travail, de la complexité des tâches, de l'exigence des assurés et des réalités géo-sociales du pays. Elle peut partiellement être simplifiée par des accords entre compagnies dont notamment des conventions du type R.D.R. en Belgique ou I.D.A. en France qu'a précédé la convention sur les expertises. La gestion des sinistres suppose aussi le recours aux méthodes rigoureuses d'évaluation du dommage pour chiffrer objectivement l'indemnité à allouer, la réserve à constituer et sa modification éventuelle. Enfin, ceux dont la mission est d'aider l'assureur à payer le juste prix peuvent alourdir indûment ses charges, il s'agit des experts dont nous parlerons des techniques de contrôle.

I.- LA CONVENTION R.D.R.

Il est permis de penser que la vulgarisation du constat amiable au Cameroun se terminera un jour par la négociation entre assureurs d'une convention de règlement.

La Convention R.D.R. est en Belgique ce que l'I.D.A. est en France. A notre avis, le R.D.R. est plus perfectionné parce qu'il ne laisse aucune issue au surchiffrage.

Le principe est de régler très vite. Le coût d'un dossier sinistre est effrayant. Il s'agit de prouver que l'assurance a sa raison d'être en se fixant des objectifs :

- Réduire les frais généraux ;
- Réduire les frais de gestion ;
- Raccourcir les délais au maximum.

Le dossier idéal compte 3 éléments : une déclaration, un rapport d'expertise, l'envoi d'un chèque. Une compagnie qui, sans discriminer envoie tous les dossiers à l'Avocat est une mauvaise compagnie.

On apprécie le coût d'un dossier qui dure des années à partir du coefficient moyen de l'étalement des sinistres.

Prenons un dossier quelconque pour lequel on constitue une réserve et on observe son règlement après n années. On voit la charge qu'il représente dans le temps en tenant compte des règlements partiels au cours des années :

Exercice	1971 1° année	1972 2° année	1973 3° année	1974 4° année	Total
E1					
E2					
E3					
T	R1	R2	R3	R4	S

On établit tous les paiements d'une année ayant trait à un exercice de survenance.

Pour voir le coefficient d'étalement d'une année sur l'autre on pose $\frac{R}{S}$ = % de règlement.

Quelques cas pratiques permettent de conclure que plus on règle vite, plus le coefficient diminue.

PRINCIPE DE LA CONVENTION

Les Assureurs "Auto" adhérant à la Convention R.D.R. procèdent eux-mêmes à l'évaluation et au paiement des dégâts subis par leurs assurés lorsque l'adversaire est en tort.

Le système est d'application plus ou moins limité puisqu'il intéresse une série de cas à responsabilité totale et ceux à responsabilité partagée par moitié définis dans un "barème de Responsabilité" lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- l'assuré est garanti en R.C.
- l'adversaire est assuré auprès d'une compagnie adhérant à la Convention ;
- l'accident est survenu sur le territoire national entre véhicules automoteurs soumis à l'obligation d'assurance ;
- l'accident ne doit intéresser que deux véhicules ;
- Il doit avoir causé des dégâts matériels uniquement pour le non responsable ;
- Il a fait l'objet d'un constat (amiable) comportant des éléments concordants et incontestables.

L'assureur règle son préjudice et se retourne contre l'assureur du tiers responsable. L'originalité du R.D.R. consiste en ce que le premier assureur se fait rembourser par le second sur la seule base du coût moyen et non par rapport à ses propres débours. Ceci pour prévenir les réclamations exagérées des Assureurs qui ne procèdent pas au contrôle des factures démesurement grossies et à la surveillance stricte du travail de leurs experts. La compensation est obtenue par la Loi des grands nombres.

Exemple :

COMPAGNIE A		COMPAGNIE B
Montant reglé		Montant reglé
10.000		20.000
6.000		30.000
5.000		4.000
15.000		100.000
36.000	= T =	154.000

Le remboursement se fera sur la base du coût moyen :

$$\frac{154.000 + 36.000}{8} = 23.777$$

La subordination au bon vouloir de l'assureur du responsable n'aurait pas été brisée si la Convention R.D.R. n'avait été précédée par la Convention d'Expertise. Les assureurs Belges s'étaient réunis pour dire qu'ils utilisent les mêmes experts, ils ont ainsi élaboré une Convention aux termes de laquelle ils mandatent à leurs frais les experts pour l'évaluation des dégâts subis par leurs assurés lorsqu'un tiers est responsable : C'est la Convention d'expertise.

II.- OBJET DE L'EXPERTISE

L'objet principal de l'expertise est de déterminer le coût de la réparation du véhicule et la durée de son immobilisation éventuelle, elle a lieu contradictoirement avec le réparateur et le propriétaire du véhicule ou avec le réparateur mandaté (Tacitement en général) par le propriétaire.

Si l'accord avec l'expert désigné par la partie adverse ne se réalise pas, l'assuré peut demander de charger un contre-expert pour la défense de ses intérêts. S'ils ne se mettent pas d'accord, ils font appel à un troisième expert pour se départager

LE PRINCIPE DE LA DOUBLE EVALUATION

Il arrive qu'un assuré fasse évaluer les dégâts subis par son véhicule chez un réparateur de grand renom ou ailleurs, puis fasse procéder aux réparations dans un autre garage à moindres frais ou s'abtienne même de faire réparer. Cette pratique lui permet de réaliser un bénéfice non justifié, incompatible avec le principe du dédommagement qui ne peut être pour la victime la source d'un profit.

La double évaluation évite cet inconvénient. L'Expert prévoit 2 montants dont le premier qui est plus élevé intéresse le garage où a lieu l'expertise et le second s'applique dans tous les autres cas qui n'excluent pas l'éventualité d'une deuxième expertise.

Les Assureurs s'étaient sérieusement inquiétés du travail peu orthodoxe de certains Experts qui leur font perdre de l'argent en surchiffrant leurs rapports de complicité avec les garages ou avec les assurés avides de gains trop faciles. Ils sont arrivés à un système de contrôle des Experts qui est digne d'éloges et moralise étonnament tous les Experts.

Les initiateurs de ce système méritent d'être salués pour leur contribution à l'assainissement des résultats de la branche Automobile.

III.- LE CONTROLE DES EXPERTS

Le contrôle des Experts est basé sur le coût moyen. Il est à l'abri de toute subjectivité.

L'observation peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Elle peut se faire à l'échelon national, provincial ou régional.

Il s'agit de comparer le coût moyen propre à chaque Expert au coût moyen de l'ensemble des Experts de la compagnie.

$$\text{Coût moyen de tous les experts} = \frac{\text{Montant des rapports}}{\text{Nombre d'expertises.}}$$

$$\text{Coût propre de l'expert} = \frac{\text{Montant rapport d'un Expert}}{\text{Nombre de ses expertises.}}$$

Les résultats obtenus en valeur absolue donnent une image incontestable de la qualité du travail fourni par chaque expert. Car la Loi des grands nombres jouant, il n'est pas admissible qu'un expert puisse se trouver ou cumuler dans le temps l'au-delà de la moyenne générale.

Les rapports qui suivent donnent une approche du coût en valeur relative :

1°/- Rapport en % : $\frac{\text{Coût moyen de l'expert dans la Cie}}{\text{Coût moyen de la compagnie.}}$

2°/- Rapport en % : $\frac{\text{Coût moyen de l'expert dans la Cie}}{\text{Coût moyen de l'expert pour toutes toutes les compagnies.}}$

3°/- Rapport en % : $\frac{\text{Coût moyen de l'exp. pour toutes les Cies}}{\text{Coût de tous les experts.}}$

4°/- Rapport en % : $\frac{\text{Coût moyen de l'expert dans la compagnie}}{\text{Coût moyen de tous les experts.}}$

Pour une interprétation correcte de ces statistiques, il importe de préciser qu'il s'agit de moyennes qui ne sont comparables entre elles que dans la mesure où elles sont issues d'ensembles de même nature. Celle-ci peut, (rarement d'ailleurs), être influencée par une distribution sélective des dossiers parmi les experts.

Tout expert qui se situe au-delà (+ 5 % de la moyenne) doit être convoqué. L'on attire son attention. La Royale Belge a ainsi radié des experts dont la moyenne était très élevée par rapport à l'ensemble.

L'expert de confiance de la compagnie sera celui dont le coût moyen est faible sans autre forme de considération.

Nous pourrions uniformiser les relevés d'honoraires de l'ensemble des experts de la Mutuelle de cette manière en vue de suivre leur coût moyen.

Expert
X

Relevé d'honoraires

DOUALA - YAOUNDE - BAFOUSSAM

N° d'ordre	N° du rapport	Nom de l'assuré	Lieu d'expertise	Montant du préjudice (hors taxes)	Montant des honoraires réclamées
1 2 3 4 5 6 ' ' ' '					

IV.- L'EVALUATION DU DOMMAGE

Il s'agit ici de règler ce qui est dû. Dans la gestion des sinistres, l'on recommande des qualités de psychologue. 3/4 des réclamations des assurés sont grossies puisque le débiteur est une compagnie d'assurance qui emmagasine des sommes, n'a jamais fait et ne fera jamais de pertes. Tel est le jugement commun. L'assureur c'est l'Etat, c'est le fisc qu'il faut toujours tromper !

Il importe donc de faire un sérieux inventaire du dommage et d'éviter de se faire prendre. Qu'on imagine la masse de dossiers réglés annuellement par un Assureur et qu'on se représente le cumul des pertes susceptibles d'être enregistrées ne fût-ce que pour un grossissement minime de 2.500 francs CFA pour chaque.

Des victimes d'accidents se vantent d'avoir trompé la vigilance d'un Assureur. Ils font ainsi une propagande à rebours pour la compagnie concernée. La règle est donc qu'on

peut donner satisfaction aux tiers lesés sans leur donner nécessairement ce qu'ils demandent. Les services de Sinistres doivent être avertis et maîtres de leur décision que de nombreuses qualités, l'expérience et les éléments divers ont dictée. Certains dossiers sinistres exigent des qualités exceptionnelles, une vigilance éprouvée, une énergie peu commune.

C'est dans le règlement des dossiers sinistres qu'il faut prévenir les hémorragies d'indemnités.

Nous examinerons sans trop de détails les procédés d'évaluation du dommage en matériels et en corporels.

a) DOMMAGES MATERIELS :

On tient compte des critères qui interviennent dans la fixation de l'indemnité : âge, entretien et état de conservation, valeur du catalogue..... L'expérience doit également permettre de dire de combien les devis sont fréquemment réduits par les bons experts :

(1/3, 1/2, 1/4.....).

b) L'EVALUATION DES DOMMAGES CORPORELS :

Il existe des procédés qui conduisent à l'estimation du dommage. Les mécanismes des uns sont compliqués pour prétendre les décrire dans le cadre d'un rapport que nous voulons synthétique. Une bonne évaluation permet non seulement de constituer de bonnes réserves mais de règler au mieux les sinistres à l'amiable. Le comment et le pourquoi d'une bonne évaluation est susceptible d'être soutenue devant le tribunal.

Pour connaître les sommes à allouer, il convient de suivre la jurisprudence qui varie d'une région à une autre. Il reste cependant évident que seule l'importance du préjudice détermine le procédé d'évaluation. En théorie il existe :

I.- L'EVALUATION EX-AEQUO ET BONO

Elle consiste en l'allocation d'une somme forfaitaire pour chaque chef de préjudice. Elle est de règle lorsqu'il faut réparer le préjudice moral.

L'évaluation ex-aequo et bono est critiquable puisqu'elle peut entraîner de nombreux abus de la part de celui qui tranche.

Elle est admise lorsque la victime est un enfant gravement affecté qui n'a pas encore d'orientation professionnelle.

On y recourt aussi lorsque les revenus de la victime sont aléatoires (artistes) variables (professions libérales) ou non chiffrables.

II.- LA CONFUSION :

C'est un procédé complémentaire au précédent qui se retrouve dans les cas d'incapacités sans incidence économique.

- L'incapacité temporaire correspond à la durée provisoire d'inactivité jusqu'à sa disparition complète ou pour faire place à une invalidité permanente.

La durée de l'incapacité et son intensité sont déterminées par le Médecin et la victime est indemnisée de cette perte. Si la victime est prise en charge par l'assureur-Loi ou par l'Employeur, le remboursement des frais exposés doit être envisagé.

- L'invalidité permanente partielle est une diminution physique. Soit qu'à l'invalidité permanente correspond une perte de Revenus et on recourt à la capitalisation, soit qu'il n'y a pas perte de Revenus et on procède par les méthodes énumérées plus haut.

III.- LA CAPITALISATION :

La capitalisation du dommage patrimonial résultant de l'invalidité permanente ou du décès pallie à la perte de revenus à venir de la victime. Les éléments de la capitalisation sont :

- Le chiffre de la rente à servir qui s'obtient sur la base des revenus de la victime, de sa situation sociale (marié avec ou sans enfants, célibataire etc...).

- La durée du préjudice qui s'analyse selon des critères propres à chaque victime (âge de retraite, survie physiologique, situation particulière des ayants-droit....). Dans ce cadre on consultera toujours la Table de Moralité qui est le fruit d'un calcul statistique relevant sur 1.000 personnes âgées aujourd'hui de 1 an, combien survivront après 1, 5, 6, 7..... 50, 100 ans.

- Le taux de placement du capital à constituer. C'est le taux d'intérêts accordé par les Banques (se référer aux tables de coefficients d'annuités).

En principe, on pourrait imaginer de payer au bénéficiaire une rente correspondant au taux d'invalidité ou en cas de décès, à la perte réelle subie par les ayants-droit. Cette solution serait lourde de conséquence pour l'assureur au niveau de la gestion du dossier sinistre qui resterait n années relatives à la survie lucrative. Pour la victime, cette solution serait aussi fâcheuse car sans indexation, la rente perdrait progressivement de sa valeur au fur et à mesure de l'érosion monétaire.

Par facilité, on pourrait aussi dire qu'une victime gagnait R revenus par an et qu'il lui restait Z années à vivre

et on s'amuserait à obtenir l'indemnité correspondante. Cette démarche est inadmissible et injustifiable. Elle perd de vue la part de revenus qui revient à l'entretien personnel de la victime, elle ferme les yeux devant les charges sociales (impôts, assurances sociales) qui viennent en déduction du revenu brut, elle ne tient pas compte de ce que le bénéficiaire est appelé à faire fructifier dans le temps la somme qu'on lui alloue. Enfin, elle ne distingue pas les durées (vie probable ou durée lucrative) à prendre en considération dans le règlement. Cette manière de procèder serait trop facile pour être juste. Disons qu'elle enrichirait indûment ou appauvrirait injustement selon les circonstances.

D'où la capitalisation qui consiste à prendre un coefficient dans la table de capitalisation (la plus avantageuse pour l'assureur s'il s'agit d'un règlement à l'amiable, la plus profitable à la victime s'il s'agit d'une réserve) qu'on multiplie par la rente annuelle auparavant obtenue par le revenu (net ou brut selon le cas) et le degré d'invalidité permanente. S'il s'agit d'un décès, on déduit du revenu un abattement qui correspond à l'entretien personnel du De cujus. Si la victime a laissé des enfants, les annuités à prendre en compte ne doivent pas aller au-delà de leur majorité sauf dans l'hypothèse de la poursuite des études.

Dans le cas du décès d'un des époux, l'on se réfère nécessairement à la table de mortalité pour s'assurer que la survie lucrative qui soustend l'indemnisation n'est pas en contradiction avec la survie physiologique.

C'est le cas par exemple d'une victime décédée à 57 ans. L'âge de sa retraite étant fixé à 65 ans. L'époux survivant est âgé de 40 ans.

En consultant la Table de Mortalité du pays ou une table de référence, on rélève que la survie d'une femme de 40 ans est d'environ 34 ans.

Le calcul de l'indemnité se fera donc sur la base de l'espérance de vie lucrative de la victime qui est de 8 ans (65 - 57) et non sur la vie probable du survivant qui est de 34 ans.

S'il s'agit d'un indépendant, c'est la table de mortalité qui doit servir comme base du calcul.

- S'il s'agit d'une invalidité permanente partielle, l'on travaille sur la base des revenus bruts. En cas de décès, prendre les revenus nets.

Le taux d'invalidité de la victime peut être surchiffré par le Médecin traitant pour les besoins de la cause. L'assureur a donc intérêt à exiger une expertise. Il existe 2 sortes :

I.- L'EXPERTISE MEDICALE AMIABLE :

Le Médecin traitant et le Médecin-Conseil de l'Assureur signent un compromis contradictoirement. Lequel est irrévocable. Il est possible que les 2 médecins ne se mettent pas d'accord et confient l'affaire à un autre médecin dont l'avis emporte sur les 2 précédents.

II.- L'EXPERTISE MEDICALE JUDICIAIRE :

Elle est ordonnée par une juridiction et confiée à un médecin qui doit prêter serment. Ses conclusions sont inattaquables.

LE ROLE DU MEDECIN-CONEIL DE L'ASSUREUR :

Le Médecin-Conseil de l'Assureur doit jouer un rôle très important lorsque la victime d'un accident avec qui on envisage une transaction est gravement ou moyennement touchée. Le Médecin, sur la demande de l'assureur, reçoit la victime et l'examine par périodes successives parallèlement au traitement que prodigue le Médecin traitant. Il donne son avis et oriente, lorsque cela est possible, les soins de la victime dans le sens de la guérison. Il en résulte dans le temps une diminution du taux d'invalidité et une baisse des charges au niveau des dommages-intérêts.

FAUT-IL CAPITALISER OU ALLOUER UN FORFAIT ?

Il serait vain de prétendre répondre en quelques lignes à cette question. Pour l'essentiel, nous dirons que : les faibles incapacités sans préjudice matériel doivent donner lieu à l'allocation des forfaits et de recourir si besoin est à la jurisprudence.

La capitalisation interviendra en cas de décès ou d'invalidité grave sur justification des revenus et production de toutes les pièces jugées utiles.

IV.- L'ASSUREUR R.C. ET L'ASSUREUR-LOI :

Des discussions sont susceptibles de naître entre Assureur-Loi et Assureur de Responsabilité Civile lorsque le premier a exposé des frais dont il demande le remboursement ou alors réclame les arrérages et le capital constitutif des rentes à échoir.

Cet aspect du problème nous occupe ici lorsqu'on sait qu'avant notre départ en stage le principe de confier la gestion des Accidents du Travail à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale était acquis et la date d'entrée en vigueur était fixée au 1er Juillet.

Rappelons, pour la bonne compréhension, ce qui est ordinairement connu. L'Assureur qui a payé l'indemnité est

subrogé dans les droits et actions de l'assuré (victime) contre le tiers responsable à concurrence de ce qu'il a déboursé.

Dans les assurances de personnes, il est notable de remarquer que la subrogation n'éteint pas pour la victime le droit de recours contre le tiers responsable ou son assureur en vertu de l'action directe pour la partie du dommage qui n'a pas été réparée. Il n'est pas aussi surperflu de rappeler les traits caractérisques des assurances de personnes: absence du caractère indemnitaire qui existe dans les assurances de choses, cumul des indemnités que la victime peut toucher auprès des divers responsables, pas de règle proportionnelle.

Situons-nous dans l'hypothèse d'un accident survenu sur le chemin du travail ou à l'occasion du travail à un salarié et causé par un automobiliste garanti en responsabilité civile conformément à la Loi Camerounaise de 1965 sur l'Assurance Automobile obligatoire.

La victime se tire avec une I.P.P. de 10 % et l'Assureur-Loi, dans le cadre de l'ordonnance camerounaise 59/100 de Décembre 1959, constitue une rente viagère et en réclame le remboursement à l'Assureur de Responsabilité Civile.

PROBLEMES SOULEVES :

1/- Le taux d'invalidité de la victime est déterminé par un Médecin suivant un barème d'invalidité préfixé. Si l'Assureur-Loi n'a pas veillé à la rigueur avec laquelle le Médecin doit faire preuve quant à la détermination de cette invalidité, celle-ci peut-être grossie et influer sur les sommes à allouer.

Des contestations peuvent naître.

2/- Le barême régissant les accidents du travail est règlementairement admis dans ce seul domaine et peut être désapprouvé par le Droit Commun.

3/- Alors que le barême dont s'agit est fonction de la diminution physiologique, l'Assureur R.C. recherche le rapport entre le préjudice et son implication économique : source éventuelle de malentendu au niveau de la réparation.

4/- Quel que soit le degré d'invalidité, l'Assureur-Loi alloue une rente ; cette manière de procéder n'est pas la règle dans l'indemnisation en Droit Commun où on recourt à l'ex-aequo et bono pour liquider des cas bénins : une différence de méthode d'évaluation comme autre source de discussions.

5/- L'Assureur R.C. peut estimer à bon droit que la victime a été totalement indemnisée par l'Assureur A.T. tant sur le plan moral que matériel et s'opposer à quelque autre réparation complémentaire qu'introduirait la victime : source de litige.

6/- En Droit Commun, il s'agit de remettre la victime à l'état où elle se trouvait ou se trouverait si l'accident n'avait pas eu lieu. Alors que l'Assureur-Loi fait appel à l'espérance de vie (table de mortalité) l'Assureur R.C. cherche la survie pécuniaire : âge de retraite.

Voilà entre autres, des problèmes qui existent et qui sont susceptibles de naître. Il importe de défendre le côté qui est favorable à l'Assureur R.C. et qui ne l'écarte pas de son système de réparation tant que celui-ci, à tort ou à raison, reste fondé sur le Droit Commun.

Quelque part, nous avons parlé de l'évaluation fondée sur la jurisprudence propre à chaque région et des critères qui la guident. Il nous paraît donc urgent de créer dans les différents centres de règlement des Sinistres de la Mutuelle des chronos où seront récapitulés et classés d'après certains critères (sexe, profession, âge...) les fiches synthétiques des décisions et arrêts rendus par les Tribunaux sur l'allocation des dommages-intérêts. Cette conception nous paraît de nature à mieux suivre l'évolution des dommages et à inspirer la constitution des réserves et les règlements à l'amiable.

Dans le même esprit, il semble souhaitable de souscrire à l'intention de notre service un abonnement à la revue nationale où sont publiées les décisions des Tribunaux surtout en matière d'accidents de circulation : c'est le problème documentaire.

*

* *

V.- LES RESERVES TECHNIQUES :

Nous avons vu tour à tour, les deux opérations fondamentales qui constituent la raison d'être d'une société d'Assurance : l'encaissement des primes et le règlement des sinistres. Mais lorsqu'en fin d'année, une société procède à ses comptes, elle s'aperçoit qu'au titre des primes antérieurement encaissées, certains contrats continuent à produire leurs effets sur l'exercice suivant, elle doit donc mettre de côté une portion des primes susceptible de faire face aux évènements frappant cette catégorie de contrats : c'est la Réserve pour risques en cours. Toujours en fin d'exercice, de nombreux sinistres survenus ne sont pas réglés, d'autres se sont réalisés mais ne sont pas encore portés à la connaissance de l'assureur : il faut alors constituer une réserve pour sinistres à règler : comment y procèder ?

Si les réserves pour sinistres à règler sont sous-évaluées, le Bilan de la compagnie se trouve faussé, la juste tarification des primes dans le contexte de la prévision est faussée. Le Réassureur est mal avisé. L'opinion publique est trompée car les bénéfices qui ressortent sont fictifs. S'il y a sur-évaluation, on affiche une perte fictive. Cette dernière hypothèse est à la limite acceptable sans exagération. Le mieux, c'est que les réserves soient bien faites.

Il existe des procédés classiques d'évaluation des dossiers sinistres. Nous ne parlerons que de la Méthode qui nous paraît plus indiquée pour la Mutuelle Agricole. C'est l'évaluation dossier par dossier.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES :

Il faut éviter le grand optimisme des rédacteurs en ce qui concerne l'évaluation des dossiers qui doivent rendre compte des difficultés.

Pour l'estimation de certains dossiers, on doit observer les données suivantes :

- Ne pas confondre les petits sinistres pour lesquels on peut donner en fin d'année des sommes forfaitaires.

A la Royale Belge, la rétrospective des règlements antérieurs a démontré que pour tous les petits dossiers inférieurs à un certain montant, on peut prendre une réserve moyenne sans beaucoup la modifier dans l'exercice et on arrive à une réserve unique. La compensation s'obtient dans le cas par la Loi des grands nombres. L'évolution des réserves et des paiements est suivie grâce à des listings, ce qui permet d'avoir une situation à jour.

Mais le coût moyen des dossiers terminés n'est valable que pour l'exercice concerné. Il y a des dossiers sans suite qui influencent. La réserve recherchée intéressant l'exercice à venir, la charge sera nécessairement plus lourde. Il importe donc de tenir compte d'un coefficient correspondant aux dossiers sans suite. D'où la formule suivante pour le calcul de la réserve moyenne.

$$\overline{R} = \frac{\overline{C} \times N\alpha - P}{Nv}$$

P = Sinistres payés
Nv = Nombre sinistres en vigueur pour la tranche concernée (exemple : tranche de 300.000 F.CFA)

α = Coefficient à déterminer et correspondant aux dossiers sans suite (exemple 5 %, 7 %....).

Afin de mieux situer la tranche des dossiers la plus coûteuse, il est recommandé d'avoir des tableaux des coûts moyens des sinistres par tranche.

Exemple :

Tranche de 100.000	Nbre des dossiers terminés	Nbre des dossiers en vigueur	Nombre total	Moyen coût terminé	Ecart type terminé

Moyenne des dossiers en cours de paiement	Moyenne des réserves en cours	Coût dossiers ouverts	Ecart (ouvert)	Coût total	Ecart total

- faire la distinction entre les sinistres corporels et matériels.

Il importe d'établir à l'issue des évaluations un supplément pour le renchérissement éventuel.

LE PROBLEME DES DECLARATIONS TARDIVES :

Certaines déclarations interviennent généralement après la date de clôture de l'exercice. On établit pour eux une réserve supplémentaire. L'estimation peut être faite à l'Anglaise (expérience) ou par la méthode précise qui consiste à récapituler les situations des exercices antérieures.

(Ex. 75 - Ex. 76 (Nombre et montant) on arrive à un %).

Dans le cas de la Mutuelle Agricole, le recours aux exercices d'avant la mise en place de la nouvelle équipe dirigeante fausserait l'approche. Il n'y a donc derrière nous qu'une seule année (1976) qui pourrait servir de référence. Mais la récapitulation nécessitant l'observation sur plusieurs exercices fiables, l'on ne peut recourir qu'à l'estimation à l'Anglaise en reportant à plus tard et dans l'hypothèse des efforts soutenus et de la constance dans les règlements, la méthode précise.

LE CONTROLE DES RESERVES ET L'EVOLUTION DE LA CHARGE DES SINISTRES

Il s'agit simplement d'une démarche qui permet d'aboutir à des résultats techniques qui sont différents des résultats comptables qui, eux sont globaux.

L'on recherche le coût des sinistres par exercice de survenance avec leur réserve. On établit les différents rapports durant les exercices d'observation :

$$\frac{C1}{\text{prime acquise}} \qquad \frac{C}{\text{prime acquise}}$$

L'équilibre technique s'obtient par le rapprochement du coût des sinistres à la prime commerciale moins les commissions et les frais généraux plus les intérêts représentés par le coefficient d'étalement exposé plus haut.

*

* *

VII- LES RELATIONS AVEC LES REASSUREURS :

Notre rapport serait incomplet si nous n'abordions les problèmes qui intéressent la Cédante et son Réassureur dans le cadre des différents traités qui les lient et dont la finalité est la couverture de lourdes charges de sinistres.

Le Service des Sinistres a intérêt à se mettre au courant de la Réassurance pour une bonne maîtrise de sa gestion. Notre intention ici n'est pas de faire des développements sans limite sur la Réassurance qui n'est pour nous qu'un outil, entre autres, de notre travail. Aussi et pour la bonne compréhension nous exposerons très succintement la notion de Réassurance et les différentes manières de se réassurer qui existent. Nous nous attarderons sur la forme et le contenu du traité qui lie actuellement la Mutuelle Agricole et son Réassureur en Automobile et autres risques. Enfin nous dégagerons à chaque fois les souhaits et recommandations émises par la MUNCHENER sur la manière dont le service des Sinistres de la Mutuelle Agricole doit coordonner le traitement des sinistres et l'ensemble de la société et de la tenir continuellement informée du développement et du suivi des grands sinistres.

I.- LA NOTION DE REASSURANCE :

Certains sinistres peuvent prendre des dimensions énormes et dépasser la capacité des Assureurs directs même dans le cadre de la Coassurance. Cette crainte est à l'origine de la Réassurance qui a pour but de repartir le poids d'un risque entre plusieurs garants. C'est une assurance au second degré. Juridiquement, la Réassurance se définit comme :

> " Une opération d'assurance greffée sur le contrat d'assurance primitif et étrangère à l'assuré par laquelle l'assureur atténue dans la mesure nécessaire les inconvénients résultant des écarts statistiques."
>
> (PICARD)

II.- LES FORMES DE REASSURANCE :

Il y a deux grandes manières de se couvrir aux Réassurances :

- La Réassurance proportionnelle,
- La Réassurance non proportionnelle.

La Réassurance proportionnelle se subdivise en 2 catégories :

La cession en quote-part qui consiste à céder au Réassureur un pourcentage quelconque du risque et en cas de sinistre celui-ci intervient dans la même proportion ;

La cession en exédent de risque ou excédent de pleins qui repose sur le principe que la cédante se fixe un plein sur un risque donné en fonction de sa capacité financière, des caractéristiques du risque.

Elle cède au Réassureur autant de pleins que la qualité du risque et sa nature lui permettent d'accepter. On parle alors d'exédent.

(Exemple : 1er excédent : 4 pleins, 2ème excédent : 3 pleins).

Le Réassureur intervient toujours dans chaque sinistre pour la part proportionnelle à sa charge. Cette part s'apprécie en pourcentage ou en rapport par référence au risque total.

Cette forme de réassurance intéresse ordinairement le risque incendie.

La Réassurance non proportionnelle comprend :

- L'excédent de sinistre ou excess Loss : le réassureur s'engage à prendre en charge un sinistre excédant une franchise que la cédante estime encore supporter.

La Mutuelle Agricole se réassure pour compter du 1er Janvier 1977 en excess-loss avec une priorité de10.000.000 francs CFA pour le risque automobile qui constitue une de nos préoccupations majeures.

- Le stop loss qui, comme son nom l'indique met fin aux pertes, du moins en théorie. Le réassureur intervient lorsque l'ensemble des sinistres de la cédante qui sont une accumulation des petits et moyens sinistres dépassent un certain pourcentage de ses émissions (Exemple : 30 % xs 70 % des primes).

En marge de ces grandes classifications des formes de réassurance, on parle aussi de cession facultative par opposition à la cession par traité. L'assureur cède une affaire isolement lorsqu'elle ne peut pas rentrer dans un traité qui intéresse tout le portefeuille dans l'hypothèse d'une homogénéité.

Ces différentes formes de Réassurance comportent des avantages et des limites que nous taisons pour des besoins de concision. Disons que le service des Sinistres doit être en mesure d'émettre des avis après un certain nombre d'années d'observation sur la rentabilité d'un traité, sur les difficultés éventuelles afin de gérer dans l'intérêt de la Cédante et du Réassureur.

*

* *

III.- TRAITS FONDAMENTAUX DU TRAITE EN EXCEDENT DE SINISTRE ET APPLICATION DANS LE CAS DE LA MUTUELLE AGRICOLE

LA DECLARATION

La cédante doit déclarer dès qu'elle a connaissance tout sinistre de nature à engager le réassureur. Cette déclaration doit s'accompagner d'un exposé succinct des circonstances du sinistre.

De même que la cédante doit renseigner le réassureur aussitôt qu'elle a connaissance, de tout élément susceptible de modifier la réserve aussi bien dans le sens de l'aggravation que de la diminution.

La notion du sinistre en réassurance est largement entendue et sans considération de son étendue, le sinistre se définit par la cause génératrice c'est-à-dire par événement dommageable.

Conformément à l'Article 8 de son traité, la Mutuelle Agricole est tenue de signaler tout sinistre pouvant atteindre ou dépasser 5.000.000 et informer le réassureur de son développement.

C'est dire qu'au jour le jour cette disposition doit être respectée. Jusqu'alors, des problèmes d'organisation et d'insuffisance en personnel ont rendu difficile cette tâche. La seule liste ayant été communiquée au Réassureur remonte à la fin de l'année 1976. Les développements de chacun des sinistres déclarés n'ont pas été portés à leur connaissance ainsi que les nouveaux sinistres survenus en 1977 qu'on proposait seulement déclarer en fin d'année lors des évaluations.

Il apparaît donc indiqué de mettre sur pied un système tel que tous les graves sinistres survenus aux différents centres de règlement (Douala-Victoria-Bamenda-Bafoussam) soient au fur et à mesure portés à la connaissance du service de Sinistres du siège qui en garderait les doubles en vue de relancer les centres sur leur développement. Le service des Sinistres se chargerait à son tour d'informer à chaque fois le réassureur.

Le Réassureur souhaite également des déplacements périodiques du Chef de Service pour veiller au bon suivi des dossiers dans les Agences.

L'on ne soulignera jamais assez la nécessité de vite régler les sinistres eu égard aux influences économiques de toutes sortes qui peuvent alourdir les dommages-intérêts surtout en matière de dommages corporels.

Mais, dans un pays comme le nôtre, la volonté unilatérale du bon assureur de vite régler peut se heurter à des obstacles de toutes sortes dont notamment :

- le manque de préparation des mentalités pour les transactions à l'amiable ;

- les lenteurs de la machine judiciaire qui font que les procès durent de nombreuses années ;

- l'importance et la nature des blessures qui nécessitent du temps pour leur consolidation ;

- la méfiance et les susceptibilités de part et d'autre qui peuvent être un frein aux transactions.

Le traité en excédent de sinistre comporte donc une clause dite de stabilité qui partage entre la cédante et le réassureur les conséquences d'un alourdissement des sinistres dûes à l'augmentation du coût de la vie.

Cette clause apparaît à priori comme incitatrice des règlements rapides.

Elle fait l'objet de l'Article 17 du traité XL de la Mutuelle Agricole.

LA CLAUSE DE STABILITE :

Si la priorité ne change pas, les sinistres peuvent doubler ou tripler du fait de l'inflation. Ce qui suppose que le réassureur va intervenir au-delà et le taux qu'il a fixé ne peut plus couvrir la charge. D'où recherche d'un système de répartition équitable.

Un exemple chiffré et simple paraît plus convaincant:

Soit un traité couvrant l'excédent de sinistre de francs 1.000.000 jusqu'à 45.000.000 au taux de 4 % sur un encaissement de francs 10.000.000. Considérons trois sinistres et leur répartition entre Cédante et Réassureur.

Exercice E : Indice 100.

	Sinistres	Cédante	Réassureur
Sinistre A.	500.000	500.000	-
Sinistre B.	1.000.000	1.000.000	-
Sinistre C.	1.500.000	1.000.000	500.000
Total :	3.000.000	2.500.000	500.000
		Prime	400.000
		Résultat	- 100.000
Nombre de sinistres	3	3	1

Compte tenu des frais généraux, le Réassureur fera une perte de francs 100.000 (taux de sinistres 125 %) tandis que la Cédante supportera les trois sinistres à concurrence de francs 2.500.000 pour un montant de primes de francs 9.600.000 (taux de sinistres : 26,04 %). Réassureur et Cédante supportent respectivement 1 et 3 sinistres.

Supposons qu'entre les exercices E et E + X, l'indice ait doublé ; les primes auront en principe suivi le mouvement et représenteront francs 20.000.000 dont 800.000 seront affectés à l'excédent de sinistres.

Voyons l'évolution de la répartition des sinistres :

1./- Sans Clause de stabilité :

Exercice (E + X) : Indice 200.

	Sinistres	Cédante	Réassureur
A.	1.000.000	1.000.000	-
B.	2.000.000	1.000.000	1.000.000
C.	3.000.000	1.000.000	2.000.000
Totaux :	6.000.000	3.000.000	3.000.000
		Prime	800.000
		Résultat	- 2.200.000
Nombre de sinistres	3	3	2

Le Réassureur fera une perte de francs 2.200.000 (taux de sinistres 375 %) tandis que la Cédante supportera les 3 sinistres à concurrence de francs 3.000.000 (au lieu de 2.500.000). Le montant des pertes du Réassureur augmente.

Le montant des sinistres supportés par la Cédante augmente de 20 %, mais son taux de sinistres diminue de 26,04 à 15,62 % puisque les primes ont doublé.

Réassureur et Cédante supportent respectivement 2 et 3 sinistres.

2./- Avec Clause de stabilité :

Exercice (E + X) : Indice 200.

	Sinistres	Cédante	Réassureur
A.	1.000.000	1.000.000	-
B.	2.000.000	2.000.000	-
C.	3.000.000	2.000.000	1.000.000
Total	6.000.000	5.000.000	1.000.000
		Prime	800.000
		Résultat	- 200.000
Nombre de sinistres	3	3	1

Le Réassureur fera une perte de francs 200.000 tandis que la Cédante supportera les 3 sinistres à concurrence de francs 5.000.000 (au lieu de 2.500.000).

Le montant des pertes du Réassureur augment de 100 %.

Le montant des sinistres supportés par la Cédante augmente de 100 % et son taux de sinistres reste constant : 26,04 % puisque les primes ont doublé.

Réassureur et Cédante supportent respectivement 1 et 3 sinistres. Les proportions sont donc les mêmes que celles de l'exercice E : le Réassureur suit le sort de la Cédante : le traité lui laisse le même pourcentage de perte ou de bénéfice.

LE CALCUL DE L'INDEXATION :

Le calcul de l'indexation est rendu facile grâce à l'imprimé (Annexe 1) préparé par le Réassureur qui indique en bas de page la démarche à suivre de la première à la deuxième colonne. L'essentiel étant d'être au courant de l'indice à prendre en compte.

LA REPARTITION DES SINISTRES :

Pour déterminer le montant de chaque sinistre et en opérer la répartition entre le premier risque et le second, on dresse le compte de toutes les dépenses nécessitées par le règlement du sinistre, en principal et en accessoires. Le compte comporte tous les frais de règlement : frais d'enquête, d'expertise et de procès à l'exclusion des salaires et autres frais courants de la Cédante.

Du total de toutes les dépenses, on soustrait le produit des recours et les remboursements, sauvetages ou restitution de toutes sortes.

Les intérêts en retard judiciaires ou autres font l'objet d'un compte séparé. Ils sont partagés entre la Cédante et le Réassureur au marc le franc des portions d'indemnités qui leur incombent./-

*

* *