



Centre Africain d'études Supérieures en Gestion

**CESAG BF – CCA
BANQUE, FINANCE, COMPTABILITE,
CONTROLE & AUDIT**

**Master Professionnel en
Comptabilité et Gestion Financière
(MPCGF)**

**Promotion 6
(2011-2013)**

Mémoire de fin d'études

THEME

**METHODOLOGIE D'EVALUATION DES PROVISIONS
TECHNIQUES D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DE
PERSONNES : CAS DE AMSA ASSURANCES VIE SENEGAL**

Présenté par :

M. GUEI YOAN ANGE-G.

Dirigé par :

M. NDOYE MALICK

Secrétaire général IIA Sénégal

Avril 2014

Dédicace

Je dédie ce mémoire :

- ✓ à ma mère,
- ✓ aux familles GUEI, TOURE TIA et aux familles alliées,
- ✓ à la famille MPCGF

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

- ✓ A M. Malick NDOYE pour son encadrement au cours de la rédaction de ce mémoire
- ✓ au Personnel de AMSA Assurances Vie pour sa participation et ses conseils
- ✓ Au corps professoral et au personnel administratif du CESAG pour la qualité de ses enseignements et sa disponibilité
- ✓ A M. Moussa YAZI pour ses conseils et la rigueur dont il a fait preuve dans le cadre de l'encadrement de ce mémoire
- ✓ A M. Mamadou SENGHOR pour ses efforts en vue de l'insertion professionnelle des étudiants du CESAG

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des sigles et abréviations

ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BRVM :	Bourse régionale des Valeurs mobilières
CICA-RE :	Conférence internationale des Contrôles d'Assurances – Réassurances
CIMA :	Conférence interafricaine des Marchés d'assurance
CRCA :	Commission régionale de Contrôle des Assurances
DA :	Direction des assurances
DAT :	Dépôts à terme
FANAF :	Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines
IIA:	Institute of Internal Auditors
IMF:	International Monetary Fund
ISACA:	Information System Audit and Control Association
MAIF :	Mutuelle d'Assurance des Instituteurs de France
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OHADA :	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
PIB :	Produit Intérieur Brut
VAP :	Valeur actuelle probable

Liste des tableaux et figures

FIGURES

Figure 1 : Méthodologie de l'étude.....	38
Figure 2 : Méthodologie actuelle d'évaluation des provisions techniques	49
Figure 3 : Cartographie des risques	61
Figure 4 : Proposition de méthodologie d'évaluation de provisions techniques	65

TABLEAUX

Tableau 1 : Extrait de CIMA H.....	14
Tableau 2 : Extrait de CIMA F	14
Tableau 3 : caractéristiques des contrats d'assurance.....	17
Tableau 4 : cas pratique	29
Tableau 5 : Etat du provisionnement	32
Tableau 6 : Tableau des forces et faiblesses apparentes	54
Tableau 7 : Evaluation de la probabilité de survenance des risques.....	58
Tableau 8 : Echelle d'appréciation du dispositif de contrôle interne.....	58
Tableau 9 : Echelle d'appréciation de survenance du risque.....	59
Tableau 10 : Evaluation de l'impact des risques	59
Tableau 11 : Echelle d'appréciation de l'impact des risques.....	60
Tableau 12 : Plan d'actions.....	63
Tableau 13 : Synthèse de la méthodologie	70
Tableau 14 : Comparaison entre la méthodologie en vigueur et la méthodologie proposée ...	72

Liste des annexes

Annexe 1 : Insurance and pensions : key tables from OECD.....	78
Annexe 2 : Primes brutes 2012	80
Annexe 3 : Répartition du chiffre d'affaires des compagnies d'assurance en 2011	81
Annexe 4 : Répartition du chiffre d'affaires des assurances vie par catégorie 2009.....	82
Annexe 5 : Evolution du nombre des sociétés d'assurance	83
Annexe 6 : Règlement CIMA	84
Annexe 7 : Etat C25 - Participation des assurés ou des porteurs de contrats d'assurance vie et de capitalisation aux résultats techniques et financiers.....	91
Annexe 8 : Interface accueil logiciel ORASS.....	92
Annexe 9 : Primes émises par les compagnies d'assurance – branche vie (FANAF 2013)	93
Annexe 10 : Analyse des marchés de la FANAF – (FANAF 2013).....	94

Table des matières

Dédicace.....	i
Remerciements.....	ii
Liste des sigles et abréviations.....	iii
Liste des tableaux et figures.....	iv
Liste des annexes	v
Table des matières.....	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	7
Chapitre 1 : NOTIONS D'ASSURANCE DE PERSONNES.....	9
1.1. Définitions de l'assurance	9
1.2. Règlementation de l'assurance.....	9
1.3. Les contrats d'assurance vie.....	11
1.3.1. Les contrats d'assurance vie	12
1.3.2. Les contrats de capitalisation.....	18
1.4. Autres contrats d'assurance de personnes.....	20
1.4.1. Couverture médicale	20
1.4.2. L'assurance invalidité permanente	21
1.5. Opérations courantes sur contrats d'assurance de personnes.....	22
1.5.1. La transformation.....	22
1.5.2. La réduction	22
1.5.3. Le rachat.....	23
1.5.4. L'avance.....	23
1.5.5. La cession et la mise en gage.....	23
Chapitre 2 : LES PROVISIONS TECHNIQUES EN ASSURANCE DE PERSONNES	25
2.1. Les différentes catégories de provisions techniques	25
2.1.1. Présentation.....	25
2.1.2. La provision mathématique.....	26
2.1.3. La provision pour participation aux excédents	27
2.1.4. La provision de gestion.....	28
2.1.5. Autres provisions techniques	28
2.1.6. Application : cas de capitalisation	29

2.2. Réglementation des provisions techniques	31
2.2.1. Impact des nouvelles tables de mortalité	31
2.2.2. Le rôle de la Direction des Assurances.....	33
2.2.3. Cadre comptable	33
Chapitre 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	36
3.1. Modèle d'analyse	36
3.1.1. Prise de connaissance.....	36
3.1.2. Description de la méthodologie actuelle.....	36
3.1.3. Analyse de la méthodologie actuelle	37
3.1.4. Proposition d'une méthodologie	37
3.1.5. Schématisation	37
3.2. Méthode de collecte des données	39
3.2.1. Analyse documentaire.....	39
3.2.2. Le questionnaire.....	39
3.2.3. L'entretien.....	39
3.2.4. La narration.....	40
3.3. Méthodes d'analyse des données	40
3.3.1. Tableau des forces et faiblesses apparentes	40
3.3.2. Matrice SWOT.....	40
3.3.3. La cartographie des risques.....	40
CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE	43
Chapitre 4 : PRESENTATION DE AMSA ASSURANCES VIE SENEGAL.....	45
4.1. Historique.....	45
4.2. Produits.....	45
4.3. Organisation	46
4.4. Répartition du capital	47
4.5. Système d'information	47
Chapitre 5 : DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE D'EVALUATION DES PROVISIONS TECHNIQUES	48
5.1. La méthodologie actuelle d'évaluation des provisions techniques	48
5.1.1. Choix de la méthode de calcul	50
5.1.2. Cohérence entre la méthode de calcul et la politique de rentabilité	50
5.1.3. Validation de la méthode de calcul par la Direction des assurances	51
5.1.4. Implémentation du système intégré de gestion.....	51

5.1.5. Tests avant intégration définitive.....	51
5.1.6. Vérification des encaissements et des validations de primes.....	52
5.1.7. Vérification du montant des provisions techniques.....	52
5.1.8. Validation des écritures comptables	52
Chapitre 6 : EVALUATION DE L'EXISTANT ET PROPOSITION DE MOYENS D'AMELIORATION DE LA METHODOLOGIE D'EVALUATION DES PROVISIONS TECHNIQUES	53
6.1. Analyse des forces et faiblesses de l'existant.....	53
6.1.1. Le tableau des forces et faiblesses apparentes	53
6.1.2. La cartographie des risques.....	56
6.2. Interprétation des résultats des outils d'analyse.....	62
6.2.1. Le tableau des forces et faiblesses apparentes	62
6.2.2. La cartographie des risques.....	62
6.2.3. Les entretiens	62
6.3. Plan d'action.....	63
6.4. Objectifs de la méthodologie.....	64
6.5. Présentation de la méthodologie	64
6.5.1. La phase initiale	66
6.5.2. La phase d'exploitation.....	66
6.6. Synthèse	70
6.7. Contrôle interne.....	72
CONCLUSION GENERALE.....	75
ANNEXES	77
BIBLIOGRAPHIE.....	95

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

L'environnement économique et social dans lequel évolue l'être humain a, de tout temps, été caractérisé par une forte incertitude quant à la pérennité de ses actifs et quant à sa propre survie. Cet état des choses crée un besoin de sécurité tant sur le plan personnel que pour sa famille et pour ses affaires. En réponse à ce besoin, l'histoire a vu émerger depuis l'antiquité des sociétés dotées d'un rôle économique et social majeur : celui d'apporter un soutien financier et/ou matériel en cas de réalisation d'un événement prédéterminé. Ce sont les sociétés d'assurances. Les premières formes d'assurance moderne sont apparues au moyen âge parallèlement au développement du commerce maritime. Les commerçants se protégeaient ainsi contre les pirates et les naufrages. Dans ce contexte, le premier contrat d'assurance maritime fut signé vers 1370 à Gênes en Italie. Des siècles plus tard, le grand incendie de la ville de Londres en 1666, qui détruisit plus de 13 000 bâtiments, marqua un tournant dans la mentalité d'un plus grand public. Dans les années qui s'en suivirent l'on assista à la création de sociétés d'assurances incendie marquant ainsi le début de l'ère des assurances de dommages. Suivant l'amélioration des conditions de vie de la population, les assurances de personnes quant à elles se sont développées de la solidarité locale à l'assurance mutuelle pour finalement aboutir aux sociétés de capitaux.

De nos jours, les compagnies d'assurance, jouent deux fonctions économiques majeures : celles d'investisseur institutionnel et d'intermédiation financière (BIALES : 1999, 2). En effet, par la nature de leur activité caractérisée par l'inversion du cycle économique, les compagnies d'assurance constituent des matelas de liquidités considérables qu'elles investissent dans l'économie réelle, en général dans des opérations immobilières, ou dans la souscription d'emprunts obligataires. A ce titre, Eric Berthou, Directeur délégué administratif et financier de la MAIF déclarait : « la gestion obligataire est le sujet primordial. Il faut désormais une gestion plus tactique sans s'exposer à des risques de portage significatifs. ». (Tribune de l'assurance : 2013, 34). La fonction d'intermédiation financière, quant à elle, est beaucoup plus perceptible pour les compagnies d'assurance vie dans la mesure où les opérations de cette branche induisent des placements de longue durée. En effet, « Outre la fourniture d'une assurance, le secteur opère en tant qu'intermédiaire financier dans la mesure où il perçoit des primes de la part des porteurs de polices et où il place l'excédent de ces primes par rapport aux créances, contribuant ainsi aux avantages d'ordre plus général découlant de l'intermédiation financière » (OCDE : 2001, 11). Ces fonctions financières reconnues au secteur de l'assurance ne se déroulent toujours pas sans entraves. Parmi elles, figure l'aléa moral. L'aléa moral est une notion qui a été évoquée dès le XVIIIe siècle par

Adam Smith. Elle découle de l'asymétrie d'information entre l'assureur et le souscripteur de contrat. L'assureur est, en effet, incapable de déterminer comment réagira l'assuré face au risque une fois qu'il est couvert par un contrat d'assurance. « Moral hazard is a term often used when analysing the effects of insurance. It refers to the idea that the very provision of insurance raises the likelihood of the event being insured against taking place. This is because insurance reduces the incentives for the insured party to take preventive actions. Some simple examples would be: A motor vehicle owner driving more recklessly because his vehicle is insured...¹ » (Lane& al.: 2002, 1).

Il va sans dire que les compagnies d'assurance jouent un rôle majeur dans l'économie mondiale. Selon l'OCDE, les montants des primes d'assurance brutes directes en 2010 représentaient en moyenne 8,2 % du PIB de ses pays membres (OCDE : 2012) (Annexe 1, 1). Ces primes d'assurance collectées se répartissent en deux grandes catégories selon leurs natures. Ainsi, distingue-t-on les primes d'assurance vie et les primes d'assurance non vie. Les primes d'assurance vie en constituent la plus grosse part. En moyenne, les dépenses annuelles en assurance d'un européen se chiffraient à 1860 € en 2013 (un peu moins de 1 220 000 F CFA, ndlr) selon The Insurance Europe Board. De manière globale, les primes d'assurance vie représentent 59 % du total des primes collectées alors que les primes d'assurances non vie (Property&Casualty and accident, health) valent 41% du total (Annexe 2, 1).

En Afrique subsaharienne également l'on a assisté depuis les années 1950 à l'implantation de nombreuses sociétés d'assurances. D'une manière générale, elles connaissent une croissance stable et sont composées de filiales groupes financiers et de compagnies d'assurance occidentales d'une part et de groupes panafricains d'assurance d'autre part. En 2010, la FANAF regroupait 164 sociétés d'assurance installées dans 26 pays à travers l'Afrique dont 106 sociétés d'assurance non vie et 43 sociétés d'assurance vie. En Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire et le Cameroun avec respectivement 31 et 29 sociétés d'assurance étaient les

¹ L'aléa moral est un terme utilisé dans l'analyse des effets de l'assurance. Il fait allusion au fait que la garantie de l'assurance accroît la probabilité que l'évènement couvert ait lieu. Cela est dû au fait que la partie prenante assurée est moins motivée à prendre des mesures préventives à cause de l'assurance. En voici de simples exemples : le propriétaire de véhicule conduisant imprudemment parce que son véhicule est assuré (Traduction par nous-mêmes)

pays les plus représentés. En plus de ces compagnies d'assurance, l'environnement économique africain compte des réassureurs dont Africa-Ré et la CICA-Ré. Les flux générés par l'assurance sont également profitables aux courtiers qui assurent la vulgarisation des produits d'assurance auprès des populations qui n'ont pas toujours la culture de l'assurance. En effet, s'il est vrai que la situation économique de notre espace sous régional en voie de développement a des répercussions sur les populations qui se retrouvent, de ce fait, en situation de précarité, celles-ci ne ressentent pas toujours le besoin de souscrire une police d'assurance. Sur une population estimée en 2013 à 13 567 338 habitants au Sénégal, seulement 1% a souscrit à une police d'assurance vie. Les couches moyennes et supérieures de la population préférant recourir aux produits bancaires classiques d'épargne bancaire et les faibles couches n'ayant même pas accès à ces services. Toutefois, le chiffre d'affaires global des compagnies d'assurances a progressé de 8,9% de 2010 à 2011. (ANSD : 2013,257).

Dans ce même rapport, l'ANSD fait état du fait que sur un total de vingt-six compagnies d'assurances installées sur le territoire sénégalais en 2011, seulement six pratiquaient des opérations d'assurance vie (Annexe 5, 1). En conséquence, la répartition du chiffre d'affaires des compagnies d'assurance bascule nettement en faveur de la branche assurance non vie pour un total de 71,8 milliards de CFA soit un pourcentage de 76 par rapport au chiffre d'affaires global (Annexe 3, 1). La branche vie, pour sa part, totalise un chiffre d'affaires de 22,7 milliards de CFA répartis comme suit : 66% pour le sous-secteur des assurances collectives ; 33% pour le sous-secteur des assurances individuelles et 1% pour le sous-secteur des acceptations vie. Cette répartition du produit des compagnies d'assurance au Sénégal est une tendance observée dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne qui contraste avec la répartition du produit des compagnies d'assurance à l'échelle mondiale où la part de l'assurance vie dans le chiffre d'affaires est plus importante. Ces chiffres soulignent une fois de plus la faible culture de l'assurance de la population sénégalaise; les assurances collectives étant à l'initiative des employeurs ou des ordres professionnels. Ce sont en général des opérations de long terme dont les assureurs doivent tenir compte dans leurs états financiers en traduisant les éventuels flux de décaissements futurs dans un langage comptable par la constitution des provisions.

En marge des réformes intervenues dans le système bancaire suite aux accords de Bâle II, le secteur des assurances est lui aussi sur le point de connaître de profondes réformes avec l'application à venir du référentiel Solvency II. Cette directive prévoit notamment que les

assureurs devront disposer d'un montant de provisions techniques leur permettant de payer les prestations avec une probabilité de 75% (Thérond& al : 2012, 3). Elle est en cours d'exécution en Europe et sera, nous l'espérons, intégrée dans ses grandes lignes par la CIMA. Cette attention portée aux provisions techniques souligne leur importance capitale non seulement dans l'équilibre financier des assureurs mais plus généralement dans la prise en compte de la réalité économique. L'assurance est caractérisée par l'aléa et par une inversion du cycle économique. Concrètement, cela signifie que l'assureur encaisse ses produits (les primes émises) avant de supporter éventuellement des charges (prestations pour sinistres). La réalisation de ces sinistres étant aléatoire, l'assureur est a priori dans l'incapacité de déterminer le montant des charges qu'il devra supporter. En fin d'exercice, il serait donc déraisonnable pour l'assureur de considérer pour profit tout le montant du produit des primes collectées. D'où l'importance de constituer des provisions techniques.

Outre la constitution de provisions techniques, le cycle d'exploitation des entreprises d'assurances, génère des opérations particulières telles que la réassurance, le rachat ou la réduction de contrats. Dans le but de prendre en compte toutes ces spécificités dans les états financiers afin de refléter l'image fidèle de l'entreprise, il a été créé un cadre comptable spécialement dédié aux assurances. C'est une comptabilité qui se base sur un plan comptable particulier et sur des principes similaires à ceux de la comptabilité générale des entreprises à l'exception de quelques principes qui lui sont propres. C'est l'exemple du principe de congruence entre les actifs et les passifs qui se traduit par le fait que les passifs en devise de la compagnie d'assurance doivent avoir leur équivalent dans cette même devise à l'actif du bilan afin d'éviter de s'exposer à un risque de change. La comptabilité des assurances réserve également un traitement particulier aux intermédiaires d'assurance notamment les courtiers, agents généraux et autres mandataires concernant notamment le mode d'amortissement des commissions qui leur sont versées selon qu'elles soient escomptées ou pas. Cependant, la principale particularité de la comptabilité des assurances demeure la constitution de provisions techniques. La classe 3 du plan comptable particulier à l'assurance et à la capitalisation telle que prévue par le traité CIMA leur est même exclusivement réservée.

La constitution de ces provisions est encadrée par la loi. A cet effet, le Code général des impôts du Sénégal du 31 décembre 2012 prévoit leur déduction dans la détermination du résultat fiscal. Mais cette déduction est assortie d'une taxe en cas d'excédents sur le montant de ces provisions techniques dans les conditions prévues par les articles 42 et suivants dudit

Code des impôts. En outre, contrairement à la directive Solvency II, le code CIMA prévoit que les compagnies d'assurance constituent des provisions techniques qui leur permettent à tout moment de couvrir l'intégralité de leurs prestations vis-à-vis des assurés mais aussi des tiers bénéficiaires de contrats (CIMA : 2007, art 334). Cette précaution à 100% de la CIMA en comparaison au taux de 75% recommandé par la directive Solvency II expliquerait en partie l'état de surliquidité dans lequel se retrouvent certaines compagnies d'assurances et paradoxalement la réduction de leur marge de manœuvre dans les investissements. Ces provisions techniques sont le résultat de calculs très élaborés reposant sur des tables statistiques et des méthodes quantitatives précises. L'importance des montants en jeu, leur impact sur l'équilibre financier et même sur le résultat fiscal oblige des organismes nationaux tels que la Direction des Assurances à se pencher régulièrement sur les méthodes qui servent au calcul de ces provisions. Dans l'assurance vie, les provisions techniques sont assimilables aux provisions mathématiques auxquelles viennent s'ajouter dans une moindre mesure les provisions pour participation aux bénéfices et les autres provisions techniques. Selon le modèle général de fonctionnement des entreprises d'assurance, la détermination du montant des provisions techniques ainsi que sa révision est faite par le service d'actuariat.

Dès lors, notre préoccupation majeure est la suivante : comment améliorer la méthodologie d'évaluation et de révision des provisions techniques d'une compagnie d'assurances de personnes ?

Pour parvenir à y répondre, nous répondrons préalablement aux questions suivantes :

- quelle est la réglementation en vigueur en matière de détermination et de révision des provisions techniques ?
- quelles sont les étapes de l'évaluation et de la constitution provisions techniques ?
- quelles en sont les forces et les faiblesses ?
- quels sont les moyens de l'améliorer ?

Ainsi, nous proposons le thème suivant : « Méthodologie d'évaluation et de révision des provisions techniques d'une compagnie d'assurances de personnes : Cas de AMSA ASSURANCES VIE SENEGAL ».

L'objectif global de cette étude est de proposer des voies d'optimisation des processus d'évaluation des provisions techniques. L'atteinte de cet objectif passera par les objectifs spécifiques ci-dessous :

- cerner les notions d'assurance et de provisions techniques ;
- schématiser et analyser l'existant ;
- proposer des moyens d'amélioration de la méthodologie d'élaboration des provisions techniques.

Notre analyse comprendra deux grandes parties. La première partie, le cadre théorique, permettra la maîtrise et la familiarisation avec certains concepts théoriques essentiels. Elle se fera à la lumière de publications faites aussi bien par des théoriciens que par des professionnels du secteur de l'assurance. Le dernier chapitre de cette partie sera consacré à détailler la méthodologie avec laquelle nous comptons atteindre les objectifs fixés. La seconde partie de notre analyse nous donnera l'occasion de confronter les théories et les normes suggérées lors de la première partie aux réalités de AMSA ASSURANCES VIE. Au terme de cette partie, nous ferons des recommandations susceptibles d'améliorer les processus de déterminations et de révision des provisions techniques de AMSA ASSURANCES VIE.

CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Les biens matériels, biens économiques ont une valeur vénale considérable. Ils participent à l'activité d'exploitation des entreprises et constituent une part importante de leurs patrimoines ainsi que des patrimoines individuels des personnes physiques. Le besoin de les protéger en souscrivant une police d'assurance est alors évident. Mais, l'on appréhende rarement le rôle central de l'être humain dans le système de production. L'être humain en tant que facteur de production a une valeur encore plus élevée que celle des biens matériels. C'est pourquoi la législation du travail notamment engage les employeurs à mettre en œuvre toutes les diligences nécessaires à la protection des travailleurs. Aussi, l'on ne saurait ignorer la place de l'être humain au cœur la cellule familiale ; celle de l'adulte comme source de revenus et celle de l'enfant comme bénéficiaire actuel des revenus de la cellule familiale et comme source potentielle de revenus futurs. Pour toutes ces raisons, il semble nécessaire de protéger l'être humain également.

C'est dans ce cadre qu'intervient l'assurance de personnes. Il s'agit d'une branche de l'assurance qui est en charge de couvrir les personnes physiques. Elle les couvre notamment en cas de décès, d'invalidité, de maladie et d'accidents corporels. Elle peut être à l'initiative de l'employeur ou d'un groupement professionnel ou à l'initiative d'une personne physique. Les contrats d'assurance vie reposent donc sur un événement susceptible d'affecter l'intégrité de l'être humain. Ces événements, par nature, sont difficilement prévisibles. En conséquence, ces contrats sont caractérisés par une forte incertitude autour de la réalisation du sinistre déterminé. La prise en compte de cette incertitude dans les comptes de la compagnie d'assurance est matérialisée sur le plan comptable par des provisions techniques.

Dans cette première partie de notre analyse, nous reviendrons dans un premier temps sur les notions d'assurance de personnes. Par la suite, nous aborderons en détail la notion de provisions techniques avant d'énoncer notre méthodologie d'analyse.

Chapitre 1 : NOTIONS D'ASSURANCE DE PERSONNES

Le Dr Dang-Vu définit les assurances de personnes comme les assurances couvrant les risques susceptibles d'affecter la personne humaine de l'assuré, soit dans son existence (assurance sur la vie), soit dans son intégrité physique ou physiologique (assurance dommage corporel : accidents et maladies.) (Dang-Vu : 2010, 11). Il en ressort que le concept d'assurance de personnes recouvre donc la branche vie mais aussi la couverture médicale. Nous y reviendrons en détail après avoir abordé la réglementation et d'autres définitions du concept.

1.1. Définitions de l'assurance

L'assurance en général est définie par le Professeur Joseph Hemard comme « une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération, la prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie, l'assureur, qui prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique » (J. Hemard : 1924).

En outre, on entend par assurances de personnes toute forme d'assurance dont les prestations dépendent de l'état de santé de l'assuré. Cette désignation regroupe donc les formes d'assurance dont le paiement dépend de la vie (ou la mort) de l'assuré, l'assurance vie, mais aussi les assurances maladie et invalidité en général (OCDE : 2000).

1.2. Règlementation de l'assurance

Le secteur de l'assurance est régi au Sénégal par le Code CIMA. Le traité instituant la CIMA fut signé le 10 juillet 1992 au Cameroun par treize Etats-Parties (quatorze Etats-Parties depuis l'adhésion de la Guinée Bissau en 2002). En vertu de ce traité, la CIMA détient le pouvoir de supervision d'assurance, le pouvoir d'agrément et de retrait d'agrément, le pouvoir de contrôle sur les opérations de liquidation, le pouvoir de contrôle permanent de solvabilité et toute autre prérogative selon ses attributions. Cependant, les pouvoirs de contrôle des intermédiaires d'assurance et des experts techniques demeurent dans les compétences des Etats-Parties.

L'organe national en charge des assurances est la Direction des Assurances. Elle est rattachée au Ministère de l'Economie et des Finances et poursuit un objectif d'intérêt public, celui de

veiller au respect des intérêts des assurés et autres bénéficiaires des contrats d'assurance. En plus, elle participe à la mise en place d'une politique nationale d'assurances. A ce titre, elle a pour mission entre autres :

- de veiller au respect de la réglementation ;
- d'examiner tous les documents communiqués par les sociétés et les intermédiaires ;
- de procéder à toutes études juridiques, techniques ou autres concernant l'assurance (Direction des Assurances du Sénégal, 2013).

A ce jour, la CIMA poursuit les objectifs suivants :

- prendre toutes mesures nécessaires pour le renforcement et la consolidation d'une coopération étroite dans le domaine de l'assurance, afin que leurs marchés soient à même de couvrir par des garanties mieux adaptées aux réalités africaines et tenant compte de leurs possibilités contributives ;
- encourager, en vue d'accroître la rétention aux plans national et régional, la mise en place de facilités permettant aux organismes d'assurances et/ou de réassurance opérant dans leur pays, d'effectuer des échanges d'affaires par des techniques adéquates ;
- prendre des dispositions appropriées en vue de permettre l'investissement local, dans les conditions les meilleures au profit de l'économie de leur pays ou de la région, des provisions techniques et mathématiques générées par les opérations d'assurance et de réassurance, sous réserve des impératifs techniques relatifs aux risques assurés et au mode de couverture en réassurance fournie ainsi que des critères de sécurité, de liquidité, de rentabilité et de diversité ;
- poursuivre la politique de formation des cadres et techniciens en assurance pour les besoins des entreprises et des administrations dans les Etats membres ;
- rationaliser la gestion des ressources humaines de ces entreprises et administrations par la mise en œuvre de la spécialisation et de la formation permanente ;
- créer des structures communes, chargées de l'étude, de la définition de la mise en œuvre des orientations politiques et des décisions dans les domaines précités ;
- poursuivre la politique d'harmonisation et d'unification des dispositions législatives et réglementaires relatives aux opérations techniques d'assurance et de réassurance, au contrôle applicable aux organismes d'assurances et de réassurance exerçant sur leur territoire, ainsi qu'à tous autres objectifs de nature à contribuer au plein essor de

l'industrie des assurances, au développement des instruments de gestion et des moyens de prévention des risques dans les Etats membres ;

- pourvoir en ressources financières, matérielles et humaines les institutions communes qu'elles sont appelées à créer pour promouvoir la coopération ainsi définie en matière d'assurance et de réassurance (CIMA : 2007, art1).

Le code CIMA établit qu'une compagnie d'assurance ne peut cumuler les activités de vie et capitalisation d'une part et des activités de couverture de risques divers d'autre part. Selon l'article 300 dudit code, les entreprises d'assurance vie et capitalisation sont désignées en ces termes : « entreprises qui contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ou qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation et contractent, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés» (CIMA : 2007, art300). Ces compagnies sont donc les seules habilitées à proposer au grand public des contrats d'assurance ayant la spécificité d'être liés à la vie humaine. Le prochain paragraphe sera consacré à l'analyse de ces contrats.

1.3. Les contrats d'assurance vie

L'assurance vie est un scénario aléatoire de flux financiers où :

- une partie s'engage à verser à l'autre des sommes prédéfinies selon un échéancier bien connu à l'avance ;
- l'autre partie fait fructifier les sommes versées par la première et s'engage à lui verser des capitaux de montants prédéfinis selon qu'une personne désignée soit en vie ou décédée à une date déterminée d'avance (BAKAYOKO : 2007, 5).

Ainsi, les contrats d'assurance vie comprennent des contrats adossés à la vie de l'assuré d'une part et d'autre part ceux adossés au décès de celui-ci. À ces contrats peuvent être associés des contrats de garanties complémentaires. La pratique nous donne également de constater des contrats mixtes qui associent les deux formes de contrats cités précédemment. Outre ces contrats, les compagnies d'assurance vie proposent des contrats de capitalisation et garantissent également les assurés lors de la souscription d'emprunts bancaires grâce au produit crédit emprunteur.

1.3.1. Les contrats d'assurance vie

On entend par contrat d'assurance vie, les contrats que sont autorisés à pratiquer les compagnies ayant reçu l'agrément de la CIMA. Ce sont d'une part des contrats d'assurance sur la vie et d'autre part des contrats de capitalisation. Nous nous proposons d'en étudier les caractéristiques.

1.3.1.1. Caractéristiques du contrat d'assurance sur la vie

Par sa nature, le contrat d'assurance vie présente des spécificités parmi lesquelles nous pouvons citer :

1.3.1.1.1. Le cumul d'assurances

« Il y a assurances cumulatives lorsqu'un même objet est garanti simultanément par deux ou plusieurs assureurs contre le même risque et pour le même intérêt » (CHARRE-SERVEAU, LANDEL : 1999). Ce concept originellement réservé au domaine des assurances dommages trouve parfois des applications en assurances de personnes. Dans la pratique, cela revient à dire qu'un assureur ne pourrait invoquer le fait que l'assuré ou le bénéficiaire peut être indemnisé par un autre assureur pour se soustraire de ses obligations.

Exemple : A a souscrit un contrat temporaire décès auprès de l'assureur X.

A décède par suite d'un accident de la circulation provoqué par l'automobiliste B

Conséquences :

Les bénéficiaires du contrat de A ont le droit de réclamer indemnisation auprès de l'assureur de l'automobiliste B.

L'assureur X doit respecter ses engagements initiaux sans tenir compte du fait que les bénéficiaires pourraient ainsi être doublement compensés.

Il n'est accordé aucun recours à l'assureur X contre l'assureur de l'automobiliste B.

Toutefois l'alinéa 2 de l'article 33 du code CIMA prévoit des sanctions lorsque plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive (CIMA, 2007).

1.3.1.1.2. La révocation du bénéficiaire

Le bénéficiaire est la personne à qui seront versées les prestations prévues au contrat en cas de survie ou de décès de l'assuré. L'assuré peut être à la fois bénéficiaire de son contrat dans certains cas. Lorsque le bénéficiaire est une personne autre que l'assuré, le contrat n'a plus d'effet lorsque le bénéficiaire désigné est condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré dans le but de toucher le produit des prestations prévues au contrat (CIMA : 2007, art78). En situation normale, tant que l'acceptation n'a pas été faite par le bénéficiaire, il est laissé au souscripteur seul le droit de désigner le bénéficiaire à ses contrats. De son vivant, ce droit est inattaquable ; ni même par ses créanciers ou ses représentants légaux. (CIMA : 2007, art69).

1.3.1.1.3. Absence de la notion d'arriéré

Les primes pures sont des versements effectués par les souscripteurs de contrats tels que leur valeur actuelle probable soit égale à la valeur actuelle probable des engagements de l'assureur. En assurance vie pure, un contrat ne permet pas l'existence d'arriérés. Ce caractère obligatoire du versement de la prime en assurance vie est confirmé par le Code CIMA en son article 13. Le souscripteur a l'obligation de payer sa prime dans les dix jours après sa date d'échéance faute de quoi il pourrait se voir adresser une mise en demeure de la part de son assureur. Les effets du contrat peuvent prendre fin trente jours après la mise en demeure de l'assuré débiteur. Face à cette rigueur de l'assurance vie, la seule option offerte à l'assuré dans l'incapacité d'honorer ses obligations est la suspension du contrat (CIMA : 2007, art73).

1.3.1.1.4. Utilisation de tables de mortalité

L'aléa est l'une des caractéristiques essentielles du contrat d'assurance. L'aléa en assurance vie est celui qui entoure la personne assurée et non ses biens. Pour une population donnée cet aléa est estimé par les tables de mortalité qui sont des outils démographiques qui renseignent sur l'espérance de vie par âge et par sexe. Depuis le 01 novembre 2012, les tables de mortalités en vigueur dans les Etats-Parties de la zone CIMA sont CIMA H pour les assurances en cas de décès et CIMA F pour les assurances en cas de vie. Les femmes ayant une espérance de vie supérieure à celle des hommes, les tables de mortalité de la population féminine sont utilisées pour les assurances en cas de vie. Car l'assureur se place toujours dans

le cas de figure où il aura à supporter les engagements les plus lourds. Jusqu'à un passé très récent, les tables de mortalité utilisées étaient les tables de mortalité de la population française année 1964 ; respectivement PF64 et PM64 pour les populations féminine et masculine. Ci-dessous un extrait des tables CIMA H et CIMA F.

Tableau 1 : Extrait de CIMA H

Table de mortalité CIMA H		
Age	Lx	Dx
40	942 539	3 296
41	939 234	3 584
42	935 659	3 877
43	931 782	4 194
44	927 588	4 524
45	923 065	4 866
46	918 199	5 199
47	912 999	5 515
48	907 484	5 815
49	901 669	6 108

Source : (CIMA : 2012, 2)

Tableau 2 : Extrait de CIMA F

Table de mortalité CIMA F		
Age	Lx	Dx
40	968 796	1 831
41	966 965	1 995
42	964 970	2 162
43	962 808	2 344
44	960 464	2 534
45	957 930	2 733
46	955 197	2 928
47	952 268	3 115
48	949 153	3 294
49	945 859	3 471

Source : (CIMA : 2012, 3)

Les données de ce tableau sont des éléments clé des calculs de probabilité en assurance vie qu'il s'agisse de contrats individuels ou de contrats sur plusieurs têtes.

Après cet aperçu des caractéristiques des contrats d'assurance vie, nous allons en étudier quelques-uns classés par catégories.

1.3.1.2. L'assurance en cas de vie

Dans cette catégorie, il est fait référence à des contrats en vertu desquels l'assureur, s'engage à verser à l'assuré un capital ou une rente en cas de sa survie à une époque déterminée. Dans la pratique, ces contrats sont formalisés dans les produits suivants :

1.3.1.2.1. Capital différé sans contre-assurance

C'est l'une des formes les plus basiques de contrat en assurance vie. Moyennant une prime, l'assureur s'engage à verser un capital à l'assuré à une date fixée, à condition que ce dernier soit encore vivant à cette date. Ce capital est versé en une seule fois. Si l'assuré décède avant la date fixée, les sommes perçues par l'assureur lui sont acquises.

1.3.1.2.2. Rente viagère sans contre-assurance

On en distingue deux types :

- la rente viagère différée. Elle a des similarités avec le contrat de capital différé. L'assureur et l'assuré ayant convenu d'une date donnée, à condition que l'assuré soit en vie à cette date et moyennant une prime, l'assureur s'engage à verser à l'assuré des sommes périodiques ou arrérages jusqu'au décès de celui-ci. Si l'assuré décède avant la date fixée les sommes perçues par l'assureur lui sont acquises ;
- la rente viagère immédiate. Elle a la particularité que le versement des arrérages commence à la signature du contrat. Dans ce cas de figure, l'assuré verse une prime unique, l'assureur s'engage pour sa part à lui verser des arrérages jusqu'à son décès.

Outre les rentes viagères, il existe aussi des rentes temporaires à la seule différence que les obligations de l'assureur se limitent à une période donnée contrairement aux rentes viagères qui couvrent l'assuré pour le restant de ses jours.

1.3.1.3. L'assurance en cas de décès

Pour cette catégorie de contrats, les prestations dues par l'assureur naissent au moment du décès de l'assuré.

1.3.1.3.1. Temporaire décès sans contre-assurance

On en distingue deux types :

- la temporaire décès à capital constant. Il s'agit d'un contrat par lequel l'assureur garantit le versement d'un capital à un bénéficiaire si le décès de ce dernier intervient avant une date déterminée ;
- la temporaire décès à capital décroissant. Ce type de contrat est privilégié par des débiteurs afin de s'assurer du règlement de leurs dus au moment de leurs décès. En effet, par son mécanisme, ce contrat est lié à une dette de telle sorte que l'assureur ne versera pas un capital connu d'avance mais plutôt le capital restant dû d'un emprunt auquel est associé le contrat.

1.3.1.3.2. Vie entière sans contre-assurance

On en distingue deux types :

- vie entière immédiate. Il s'agit d'un contrat en vertu duquel, moyennant le versement de primes, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire un capital déterminé, immédiatement après le décès de l'assuré et ce quelle que soit la période de son décès ;
- vie entière différée. Il diffère du contrat de vie entière immédiate en ce sens que les obligations de l'assureur débutent après un certain délai dit délai de différé.

Tableau 3 : caractéristiques des contrats d'assurance

	Contrats	Versement de la prime	Prestations de l'assureur	Prestations avant terme
Assurance en cas de vie	Capital différé	Prime unique ou primes périodiques	Versement unique du capital	Si décès, aucune prestation
	Rente viagère différée	Prime unique ou primes périodiques	Versements périodiques	Si décès, aucune prestation
	Rente viagère immédiate	Prime unique	Versements périodiques	Si décès, cessation des prestations
Assurance en cas de décès	Temporaire décès à capital fixe	Prime unique ou primes périodiques	Versement unique du capital	Si survie, aucune prestation
	Temporaire décès à capital décroissant	Prime unique ou primes périodiques	Versement unique du capital	Si survie, aucune prestation
	Vie entière immédiate	Prime unique ou primes périodiques	Versement unique du capital	Si survie, aucune prestation
	Vie entière différée	Prime unique ou primes périodiques	Versement unique du capital	Si survie, aucune prestation

Source : Nous-même

1.3.1.3.3. Le crédit emprunteur

Les fondements et mécanismes de ce contrat s'apparentent à un contrat de temporaire décès à capital décroissant. Il a pour vocation de pallier tout éventuel défaut de paiement de l'emprunteur. Depuis quelques décennies, ce type de contrat est aussi proposé par les banques comme produit complémentaire aux emprunts que souscrivent leurs clients. Il est légitime de penser que le crédit emprunteur a ouvert la voie de la bancassurance. Les banques, par la suite, ont développé des produits plus élaborés. « La bancassurance est à proprement parler l'activité d'assurance prestée par une compagnie d'assurances, filiale d'une banque, au profit d'assurés qui sont clients de la banque. Le modèle repose sur une intégration aussi parfaite que possible de la banque et de sa filiale ». (Gryse : 2005, 1).

Le crédit emprunteur est d'un intérêt économique majeur pour les banques d'autant plus qu'il est pris en compte dans la détermination du taux d'intérêt qu'elles appliquent à leurs clients. Cela donne lieu à des pratiques anticoncurrentielles de la part de certaines banques qui augmentent leur taux de manière subtile ou majorent les frais dans le but de dissuader les clients de choisir une autre assurance que celle proposée par la banque. Pour régler ce conflit entre assureurs et bancassureurs, certains pays comme la France ont légiféré en matière de

crédit emprunteur. Ainsi, la loi Lagarde votée en 2010 accorde à tout emprunteur la liberté de choisir son contrat d'assurance emprunteur. Cependant, force est de constater que trois ans après l'entrée en vigueur de cette loi les parts de marchés des assureurs sur ces contrats atteignent à peine les 15% (Tribune de l'assurance: 2014, 6).

1.3.1.4. Contrats d'assurance mixtes

Les deux premières catégories de contrats abordées plus haut peuvent sembler risquées aux yeux du consommateur dans la mesure où les primes versées sont acquises à l'assureur en cas de survenance d'un événement contraire. Ainsi, le bénéficiaire d'un contrat de temporaire décès ne percevrait rien si l'assuré survivait au-delà de la période de référence et le bénéficiaire d'un contrat de capital différé ne percevrait rien si l'assuré décédait pendant la période de référence. C'est pourquoi la majorité des consommateurs préfèrent souscrire à une contre assurance en plus de leur contrat initial. Ainsi, le bénéficiaire d'un contrat de capital différé pourra bénéficier d'une indemnisation même si l'assuré décède malheureusement pendant la période du contrat.

Aussi, le code CIMA prévoit – il la prise en charge de risques complémentaires. Ainsi, certaines compagnies d'assurance offrent des garanties complémentaires à titre d'assurance accessoire en plus de celles que nous avons abordées plus haut. Ces garanties pouvant faire l'objet de contrats à part entière ou étant simplement insérées au contrat dont le risque principal est couvert. Art 328-2 (Code CIMA, 2007).

1.3.2. Les contrats de capitalisation

Au fil du temps, la palette des produits de l'assureur vie s'est élargie. Ainsi, de nouveaux produits sont apparus. Contrairement aux produits classiques, ces produits sont généralement souscrits à titre collectif c'est-à-dire des contrats qui ont été souscrits par des personnes physiques ou morales au profit des membres d'un groupe donné (BAKAYOKO, 2007). Les contrats de capitalisation consacrent la nouvelle orientation de la branche assurance vie vers l'épargne. Si ces contrats engagent de longues périodes et sont également caractérisées par une inversion du cycle économique, ils ont certaines caractéristiques qui les rendent particuliers.

1.3.2.1. Les caractéristiques d'un contrat d'assurance vie

Un contrat d'assurance vie a des spécificités que nous détaillerons ci-dessous

1.3.2.1.1. Disparition de la notion d'assuré

En dehors de l'assureur qui collecte les fonds et les fait fructifier, le contrat de capitalisation fait intervenir deux principaux acteurs. Il s'agit du souscripteur qui est celui qui s'engage au versement d'une prime selon une périodicité donnée et du bénéficiaire qui est celui envers qui l'assureur effectuera les prestations prévues au terme du contrat. La vie du souscripteur n'étant pas liée au contrat, le décès de celui-ci n'entraîne pas dans tous les cas le dénouement du contrat. En effet, les bénéficiaires d'un contrat de capitalisation ont la possibilité de reprendre la créance du souscripteur sur son assureur au moment de son décès en devenant à leur tour souscripteurs de ce contrat. Ainsi, la continuité de ce contrat peut être assurée jusqu'à son terme bien des années après le décès du souscripteur.

1.3.2.1.2. Non utilisation de tables de mortalité

Ceci est la conséquence du fait que ces contrats ne reposent sur aucun aléa. En effet, les garanties dues par l'assureur se déclenchent indépendamment de la survie ou non d'un assuré à une date donnée.

1.3.2.1.3. Possibilité d'arriéré dans le versement de la prime

Dans un contrat de capitalisation, le versement de la prime n'est pas obligatoire. L'assureur n'adresse donc pas de mise en demeure au souscripteur, lorsque celui-ci est dans l'incapacité de régler sa prime. Le seul préjudice que ce dernier pourrait subir est une minoration des intérêts que doit générer son contrat.

Cependant, l'on ne saurait pour autant assimiler un contrat de capitalisation à une opération d'épargne bancaire classique. En effet, l'épargnant en banque reste propriétaire des fonds. Il n'en est pas de même en assurance en application du principe de fiducie. L'assureur demeure le propriétaire des primes collectées, le souscripteur n'étant que créancier des engagements de son assureur (Devoet : 2007). Une autre différence entre les contrats de capitalisation en assurance vie et l'épargne classique est le régime fiscal applicable. Les contrats de capitalisation ne comportent pas la couverture d'un risque lié à la vie humaine, il n'y a donc pas d'assuré. Mais, ce type de contrat comporte généralement une clause d'attribution

bénéficiaire en cas de décès du souscripteur. De ce fait, le contrat de capitalisation se rapproche davantage de l'assurance vie que de l'épargne et bénéficie d'un régime juridique similaire (Vilret-Huot : 2006).

Nous exposerons ci-dessous quelques contrats appartenant à cette catégorie.

1.3.2.2. La retraite complémentaire

Le souci de se maintenir un niveau de vie convenable au moment de départ à la retraite est l'idéologie sur laquelle se fonde ce contrat. La retraite complémentaire intervient en accompagnement des cotisations légales dues par l'employeur. C'est un contrat par lequel l'assureur s'engage à verser aux employés assurés un capital ou des rentes s'ils sont en vie à l'âge prévu de départ à la retraite. Cependant, les bénéficiaires désignés du contrat pourront toucher le capital constitué à la date du décès lorsqu'il intervient avant l'âge prévu de son départ à la retraite. En raison de son caractère social et de la protection dont bénéficie le travailleur par la Législation, les rentes viagères versées par les compagnies d'assurance font l'objet d'un traitement particulier dans la prise en compte des revenus imposables tel que prévu par le Code général des impôts dans ses articles 164 et suivants (CGI, 2012).

Une autre forme de capitalisation couramment pratiquée par les compagnies d'assurance vie est la rente éducation qui permet de constituer un capital sur plusieurs années en vue de faire face aux frais de scolarisation de sa progéniture.

1.4. Autres contrats d'assurance de personnes

La branche d'assurance de personnes comprend aussi la couverture médicale et l'assurance invalidité permanente.

1.4.1. Couverture médicale

Bien que cette prestation est adossée à la santé de la personne physique de l'assuré, il nous a été donné de constater que dans la pratique elle est rattachée aux assurances IARD. Il s'agit d'un contrat qui a pour but de faire supporter à l'assureur tout ou partie des charges financières médicales de l'assuré. Ce mécanisme est assuré à travers l'un ou l'autre des deux grands modes de fonctionnement observés en la matière :

- Le système classique. Dans ce système, l'assuré s'acquitte de ses charges financières dans un premier temps. Il en adresse ensuite les justificatifs à sa compagnie d'assurance pour remboursement dans un délai prévu au contrat.
- Le système du « tiers payant ». Dans ce système introduit au Sénégal depuis 2005, l'assuré sur présentation d'un document (carte ou autre délivré par sa compagnie d'assurance) est dispensé de charges financières dans les limites du taux de couverture prévu au contrat selon les prestations. A son tour, le prestataire de services de santé adresse périodiquement à la compagnie d'assurance de son client les justificatifs des opérations effectuées pour remboursement.

Le système de tiers payant occasionne de plus en plus de difficultés pour tous les acteurs concernés. Face au règlement tardif de certaines compagnies d'assurance, les professionnels de la santé n'ayant pas de fonds de roulement suffisamment solide pour supporter un paiement tardif de deux ou trois mois sont enclins à rejeter certains patients. Les compagnies d'assurance pour leur part évoquent régulièrement le risque que certains assurés abusent du système. (NDIAYE, 2013).

Dans la pratique, les compagnies d'assurances versent une provision aux professionnels de santé. Mais, la maîtrise des risques des activités liées au remboursement des charges dans les établissements de santé par les compagnies d'assurances est très faible. En effet, les assureurs et les professionnels de santé ont des intérêts divergents.

Dans l'organisation des compagnies d'assurances, la couverture médicale peut appartenir à la filiale IARD (Incendie, Accidents et Risques Divers) sauf si le principe de remboursement est forfaitaire.

1.4.2. L'assurance invalidité permanente

Ce contrat a pour but d'assurer un revenu généralement sous forme de rente à tout souscripteur qui, par suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail, se retrouve dans l'impossibilité d'effectuer toute activité rémunératrice. Dans la majorité des cas, ce type de contrat est souscrit de manière collective à l'initiative d'un employeur ou d'un ordre professionnel.

1.5. Opérations courantes sur contrats d'assurance de personnes

A l'instar de toute activité économique, l'assurance de personnes a aussi ses particularités qui peuvent entraîner des changements plus ou moins profonds aux contrats. Cette flexibilité des contrats d'assurance est basée sur le principe que des événements divers liés à la vie de l'assuré peuvent survenir remettant ainsi en cause certains points essentiels de ces contrats. Ainsi, le cours normal d'un contrat d'assurance peut être modifié par les opérations suivantes :

1.5.1. La transformation

Le dénouement d'un contrat d'assurance vie intervient généralement plusieurs années après sa signature voire au décès de l'assuré. Pendant cette période, des événements aggravant ou réduisant les risques assurés peuvent intervenir. Ainsi, il peut y avoir modification du besoin d'assurance. Le besoin d'assurance peut varier à la baisse ou à la hausse ; dans ce cas, le souscripteur sollicitera un capital plus élevé en fin de période et s'engagera à verser des primes plus élevées que celles prévues initialement. Le juriste belge Claude Devoet définit donc la transformation comme une « modification de la nature ou des modalités de paiement des primes ou des prestations, lorsqu'elle n'est pas liée à la survenance d'un événement assuré » (Devoet : 2006, 101). Elle est constatée par un avenant.

La transformation aggravant les risques peut être soumise préalablement à un examen médical. Lorsque la transformation a pour effet une diminution des garanties assurées, elle donne lieu à imputation d'une partie des frais d'acquisition non amortis sur la provision mathématique.

1.5.2. La réduction

Le droit à la réduction est accordé au souscripteur qui s'est acquitté de 15% des primes totales ou qui s'est acquitté de deux primes annuelles. La réduction intervient lorsque le souscripteur ne s'acquitte pas régulièrement de ses primes. Dès lors, il est accordé à l'assureur la possibilité de réduire le montant des prestations qu'il garantit au contrat. Cependant, avant d'y procéder l'assureur doit respecter la procédure en adressant une mise en demeure préalable au souscripteur.

1.5.3. Le rachat

Le droit au rachat est accordé au souscripteur qui s'est acquitté de 15% des primes totales ou qui s'est acquitté de deux primes annuelles. Le rachat est à l'initiative du souscripteur. Ce rachat peut être total ou partiel.

Le rachat total est la résiliation du contrat avant son terme à l'initiative du souscripteur. L'assureur lui verse alors l'intégralité de la provision mathématique constituée jusqu'à cette date, somme de laquelle il déduit des pénalités qui ne peuvent excéder 5% de ces provisions. (CIMA : 2007, art 76).

Le rachat partiel ne met pas fin au contrat. Il permet au souscripteur de solliciter un montant qui sera déduit du capital dû en fin de période.

1.5.4. L'avance

Le droit à solliciter une avance est accordé à tout souscripteur qui s'est acquitté de 15% des primes totales ou qui s'est acquitté de deux primes annuelles. Comme le rachat partiel, l'avance consiste à solliciter un montant à déduire du capital dû en fin de période. Le montant maximum de l'avance accordée est égal à la valeur de rachat du contrat. Le souscripteur a la possibilité de rembourser cette avance dont il a bénéficié s'il souhaite bénéficier du capital prévu initialement. En conséquence, il devra augmenter le montant de sa prime. L'assureur se réserve le droit de rejeter toute demande d'avance.

1.5.5. La cession et la mise en gage

A tout instant donné, le contrat d'assurance a une valeur patrimoniale estimée par les provisions mathématiques. Dès lors, le souscripteur du contrat peut le céder ou le mettre en gage selon les dispositions de l'Acte uniforme OHADA portant organisation des sûretés. Toutefois, le souscripteur ne peut exercer ce droit sans le consentement de l'assuré ou du bénéficiaire après acceptation.

Ce premier chapitre nous a permis de nous familiariser avec les différents contrats d'assurance et de comprendre quelques notions spécifiques telles que le rachat ou l'avance. Le rachat en l'occurrence pouvant survenir à tout moment dès le paiement de deux primes

annuelles, l'assureur doit pouvoir satisfaire cette demande à tout instant. Ceci n'est qu'un exemple parmi de nombreux autres pour justifier la constitution de provisions techniques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : LES PROVISIONS TECHNIQUES EN ASSURANCE DE PERSONNES

L'Acte uniforme OHADA portant organisation et harmonisation des comptabilités des entreprises prévoit la constitution de provisions pour dépréciation et de provisions pour risques et charges. Elles interviennent d'une part en cas d'amoindrissement probable et de la valeur d'un actif dont les effets ne sont pas jugés irréversibles et d'autre part lorsqu'un événement survenu ou en cours pourrait exposer l'entreprise à des charges (OHADA, 2000). Les compagnies d'assurance sont également soumises à la constitution de ces provisions. Le plan comptable spécifique aux compagnies d'assurance a par exemple prévu le compte « 15 : Provisions pour pertes et charges » à cet effet. Mais, les provisions techniques n'entrent pas dans ce cadre.

Le caractère technique de ces provisions les différencie des provisions généralement rencontrées dans la comptabilité des entreprises. Ce sont des provisions supplémentaires qui ont pour objectif de permettre à l'assureur de faire face aux engagements techniques qu'il a contractés auprès de ses assurés. Elles représentent souvent plus de 80% du passif des compagnies d'assurance. Elles servent à faire face aux versements de capitaux garantis à échéance ou en cas de rachat avant terme et comprennent également les frais accessoires de règlement ainsi que les frais de gestion du contrat.

Au cours de ce chapitre, nous allons d'abord présenter ces provisions avant d'aborder les normes qui président à leur détermination. Pour finir, nous aborderons quelques notions actuaires de base utiles à une meilleure compréhension de la démarche de l'actuaire.

2.1. Les différentes catégories de provisions techniques

Les provisions techniques sont de plusieurs natures et permettent de couvrir des aspects différents des engagements de l'assureur.

2.1.1. Présentation

Dans le cadre d'une société de capitaux ordinaire, l'ensemble des créanciers, créanciers hypothécaires ou créanciers chirographaires, ne peut être servi au-delà du fruit de la liquidation de l'actif net de la société débitrice, et ce au terme d'une procédure de liquidation qui s'étale souvent sur des années. Pour éviter ces désagréments, la réglementation en matière d'assurance se veut beaucoup plus stricte. Car l'assurance est avant tout à caractère social et

les droits de l'assuré et des bénéficiaires de contrats restent au cœur des actes de toutes les parties prenantes. C'est pourquoi le Code CIMA oblige les compagnies d'assurance à constituer des provisions qui leur permettent de faire face à leurs engagements à tout instant.

Les provisions techniques sont donc la matérialisation comptable de la dette que l'assureur a contractée envers les assurés en contrepartie des primes collectées ; les sous évaluer serait sous évaluer les engagements de l'assureur et par conséquent les droits des assurés (FAYE : 2009, 12).

Le code CIMA liste les provisions à constituer respectivement pour les compagnies d'assurance de dommages et pour les compagnies d'assurance vie et capitalisation. Pour ces dernières, l'alinéa 2 de l'article 334 dudit code énumère les provisions suivantes : provision mathématique, provision pour participation aux excédents et les autres provisions techniques. Nous analyserons chaque type de provision.

2.1.2. La provision mathématique

Elle constitue la plus grande part de la provision technique. Il s'agit de la différence en fin d'année entre les valeurs actuelles des engagements pris par l'assureur et les assurés. Les provisions mathématiques sont généralement établies sur la base d'une méthode prospective sauf lorsque l'établissement de ces provisions sur la base d'une méthode rétrospective aboutit à un montant plus élevé. Elles doivent être calculées de façon individuelle pour chaque contrat exception faite aux contrats d'assurance complémentaire lorsque la compagnie arrive à prouver qu'une méthode par approximation aboutit à des résultats semblables à ceux de la méthode recommandée.

Pour chaque type de contrat, la méthode de calcul à utiliser pour la détermination de la provision mathématique est indiquée dans sa note technique. La note technique est un document élaboré à la conception de chaque produit. Elle comprend des indications notamment sur le calcul de la prime, de la valeur de rachat, de la valeur de réduction et de la provision mathématique. La note technique doit être validée par la Direction des Assurances avant le lancement de chaque produit. Ces informations sont souvent reprises dans les conditions générales du contrat d'assurance

2.1.3. La provision pour participation aux excédents

Les contrats d'assurance portent intérêt à un taux dit taux d'intérêt technique. Ce taux sert à la capitalisation annuelle des contrats. Sachant que ces contrats s'étalent sur des périodes très longues, ce taux a été fixé à 3,5% pour éviter des difficultés financières aux compagnies d'assurance à long terme. En plus de cette rémunération, les contrats d'assurance vie bénéficient de la participation aux excédents réalisés. Son montant minimum est égal au solde créditeur du compte de participation aux résultats tel que détaillé à l'article 82. A ce montant, il est rajouté au moins 85% du solde créditeur du compte financier tel que détaillé à l'article 84.

Cette particularité des contrats d'assurance repose sur les faits suivants. D'une part, le contrat d'assurance vie en tant que placement serait moins attractif si sa rémunération se limitait au taux d'intérêt technique. La participation aux bénéfices permet ainsi de compenser l'écart de rendement du contrat d'assurance vie en comparaison avec le rendement d'une épargne classique. D'autre part, cette provision sert à corriger les écarts dus aux prévisions pessimistes de l'assureur. C'est pourquoi Claude DEVOET définit la participation aux bénéfices comme l'écart favorable entre, d'une part, les prévisions contenues dans les bases techniques et, d'autre part, la réalité observée dans le portefeuille de l'assureur (Devoet, 2007). Cet écart global se décompose selon lui en trois éléments :

- le bénéfice de mortalité : il résulte du fait que les tables de mortalités prévoient généralement plus de décès que ce qu'il est donné de constater en réalité. Or, les prévisions de l'assureur se fondent sur les taux de ces tables.
- le bénéfice sur chargement : cela correspond à l'écart favorable entre les frais de gestion prévus par l'assureur et ceux qu'il a supportés au cours de l'exercice.
- le bénéfice d'intérêt. Les provisions mathématiques portées au passif du bilan doivent être représentées par des actifs équivalents selon le principe de congruence actif/passif en comptabilité des assurances. Lorsque le rendement de ces actifs est supérieur au taux technique, cela génère un écart favorable appelé bénéfice d'intérêt.

Le montant de la participation aux excédents doit être normalement ristourné aux assurés au terme de l'exercice pendant lequel il a été généré. Dans ce cas, il est directement affecté aux provisions mathématiques. Mais, le code CIMA permet aux compagnies d'assurances d'en disposer dans un compte de provision pour participation aux bénéfices pour une durée

n'excédant pas cinq exercices et au bout de laquelle il est ristourné aux assurés et bénéficiaires de contrats. (CIMA : 2007, Art 81).

2.1.4. La provision de gestion

La provision de gestion est évaluée à partir du montant global des contrats de la compagnie d'assurance. Elle porte sur les frais de gestion à l'exception des frais d'acquisition lorsque la durée de paiement des primes est inférieure à la durée du contrat. Ces frais doivent être estimés à un montant justifiable et raisonnable sans pouvoir être inférieurs chaque année à :

- 0,30 ‰ des capitaux assurés pour les temporaires décès ;
- 0,75 ‰ pour les autres contrats en cas de décès ;
- 0,75 ‰ pour les contrats en cas de vie.

(CIMA : 2007, art 334-4).

2.1.5. Autres provisions techniques

En dehors des deux types de provisions cités précédemment, nous rencontrons d'autres types de provisions dont les provisions pour sinistres à payer, les provisions pour égalisation et les provisions pour primes payées d'avance.

Les provisions pour sinistres à payer se composent de deux éléments : les provisions pour sinistres déclarés mais non encore décaissés et les provisions pour sinistres tardifs. La déclaration du sinistre est à la charge de l'assuré. La provision pour sinistre tardif est une précaution accordée à l'assureur pour faire face aux situations dans lesquelles l'assuré ne déclare pas le sinistre dans le délai imparti.

Initialement, la provision pour égalisation est du domaine de l'assurance non-vie. Il s'agissait alors que d'une provision destinée à couvrir les fluctuations de taux de sinistres d'un exercice à un autre. (procomptable.com, 2013). En assurance vie, l'assurance pour égalisation sert à compenser les effets d'une variation de taux de sinistre dans le cadre d'une police groupe.

A la date de l'inventaire, la fraction non échue de la prime d'un contrat d'assurance vie doit être portée aux provisions mathématiques (art 334-7, CIMA 2007).

2.1.6. Application : cas de capitalisation

Taux technique : 3,5%

Taux de participation aux bénéfices estimé à 1,25% de la valeur acquise du contrat

Tableau 4 : cas pratique

Prime Brute	Chargement	Prime nette	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
120 000	2 400	117600	121 716	127551								
120 000	2 400	117 600		121716	261216	401 289						
120 000	2 400	117 600			121 716		548076					
120 000	2 400	117600				121 716		701901				
120 000	2 400	117 600					121716			863 099		
120 000	2 400	117600						121 716		1 032 024		
120 000	2 400	117 600							121 716		1 209048	
120 000	2 400	117600								121 716		
120 000	2 400	117 600									121716	
120 000	2 400	117600										121716
Epargne acquise			121 716	249 267	382 932	523 005	669 792	823 617	984 815	1 153 740	1 330 764	1 516 273
Participation aux bénéfices			1 521	3 116	4 787	6 538	8 372	10 295	12 310	14 422	16 635	18 953
Valeur de rachat brute			123 237	252 383	387 719	529 542	678 165	833 912	997 125	1 168 162	1 347 398	1 535 226

Source : nous-même

Soit A le souscripteur d'un contrat de capitalisation qui court sur dix ans. A verse des primes mensuelles de 10 000 f cfa soit une prime annuelle brute de 120 000 f cfa. De ce montant brut, sont déduits les taxes et des frais de gestion à la discrétion de l'assureur. On obtient ainsi la prime nette investie.

Année 1

La prime nette est capitalisée au taux technique de 3,5%. La valeur acquise de l'épargne s'élève alors à 121 716. L'assureur accorde une rémunération supplémentaire pour participation aux bénéfices d'un montant estimé à 1,25% de la valeur acquise de l'épargne soit 1 521 f cfa. Ainsi le contrat acquiert une valeur de rachat brute égale à 123 237 fcfa en fin d'année 1.

Année 2

La totalité de la valeur brute de rachat est capitalisée en année 2 au taux technique de 3,5%
 $[123\,237 \times (1 + 3,5\%)] = 127\,551$

L'assuré continue d'effectuer ses versements mensuels pour un total de 120 000 f cfa annuellement. Ce montant est également capitalisé au taux technique de 3,5%. En somme, l'épargne obtient une valeur de 249 267 (127 551 + 121 716). A cette somme, l'assureur ajoute encore une rémunération pour participation aux excédents d'un montant de 3 116 f cfa. Ainsi le contrat acquiert une valeur de rachat de 252 383 en fin d'année 2.

Année 8

Ce même principe est appliqué d'année en année tout au long du contrat.

Si le souscripteur A décide de racheter son contrat au bout de la huitième année par exemple, le montant qui lui sera versé correspond à la valeur de rachat constituée et de laquelle l'assureur retranche des indemnités ne pouvant excéder 5%.

Valeur de rachat brute : 1 168 162 f cfa

Indemnités : 58 408 f cfa

Valeur de rachat nette : 1 109 754 f cfa

Le souscripteur recevra donc 1 109 754 f cfa s'il décide de racheter son contrat au bout de la huitième année.

Année 10

Au bout de la dixième année, l'assureur paiera au bénéficiaire du contrat 1 535 226 f cfa décomposés comme suit :

Prime totale brute =	$120\,000 \times 10 = 1\,200\,000$ f cfa
Prime totale investie =	$117\,600 \times 10 = 1\,176\,000$ f cfa
Valeur acquise hors PB =	$117\,600 \times \sum_{i=1}^{10} (1,035)^i = 1\,427\,898$ f cfa
Participation aux bénéfices (PB) :	$1\,535\,226 - 1\,427\,898 = 107\,328$ f cfa

2.2. Réglementation des provisions techniques

Les provisions techniques font l'objet de réglementations par des organes différents. Aussi, la comptabilisation de ces provisions doit respecter un cadre précis. Cependant, nous nous intéresserons avant tout à l'impact du changement des tables de mortalité sur leur calcul et l'information comptable à fournir par les compagnies d'assurance.

2.2.1. Impact des nouvelles tables de mortalité

L'annexe au règlement n° 0006 du 04 octobre 2012 oblige les compagnies d'assurance à utiliser désormais les tables Cima F et Cima H dans la confection de leurs tarifs pour les nouvelles affaires et pour les renouvellements des contrats annuels par tacite reconduction (voir annexes 6). Cette décision pose le problème de différentiel de provisions mathématiques entre d'une part les provisions constituées jusqu'en 2012 en application des tables PF64 et PM64 et d'autre part les provisions qui doivent être recalculées sur la base des nouvelles tables. Dès lors, la CIMA donne la possibilité aux compagnies d'assurance d'amortir ce différentiel sur la période 2013-2017. Pour ce faire, les compagnies d'assurance devront intégrer à leurs rapports de gestion le tableau ci-dessous faisant une analyse du provisionnement effectué.

Tableau 5 : Etat du provisionnement

BRANCHES		Provisions mathématiques anciennes tables	Provisions mathématiques nouvelles tables	*Effet du changement de tables de mortalité	Effet (%)	Provisions mathématiques dans les comptes	Provisions mathématiques restantes à amortir
Assurances individuelles	Contrat en cas de vie						
	Contrat en cas de décès						
	Mixte						
	Epargne						
	Titre de capitalisation						
	Complémentaires						
Assurances collectives	Contrat en cas de vie						
	Contrat en cas de décès						
	Mixte						
	Epargne						
	Titre de capitalisation						
	Complémentaires						
Acceptations vie							
TOTAL							

*(+) pour les augmentations de provisions mathématiques et (-) pour les diminutions de provisions mathématiques

Source : (Traité CIMA, 2007)

2.2.2. Le rôle de la Direction des Assurances

La Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) est l'organe régulateur de la CIMA. Elle est en charge de tous les marchés de la CIMA et effectue périodiquement des missions dans chaque pays. Pour une organisation plus efficace, cette commission délègue une partie de ses attributions aux différentes Directions nationales des assurances. Ces Directions des assurances (DA) sont des structures publiques généralement rattachées aux Ministères des Finances à qui elles apportent leur expertise.

Dans chaque pays, la direction des assurances a pour objectif :

- la promotion du secteur des assurances ;
- la sauvegarde des intérêts des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurance et de capitalisation ;
- la surveillance du marché des assurances ;
- l'apport d'une expertise auprès du Ministère de Tutelle et des structures publiques ;
- la protection de l'épargne détenue par les compagnies d'assurance.

En outre, les Directions nationales des assurances de chaque pays régulent la pratique de la profession. A ce titre, elles étudient les dossiers de demande d'agrément. Elles constituent également l'interface avec le grand public et les Institutions auxquels elle fournit les informations mises à sa disposition par les compagnies d'assurance et celles qu'elles ont collectées à partir des enquêtes qu'elle sont réalisées. Aussi, les Directions des assurances apportent leurs expertises aux l'Etats dans la gestion et la rédaction de clauses de contrats d'assurance souscrits par ceux-ci. Elles suivent le déroulement des litiges assureur/assureur et assureur/assurés et bénéficiaires de contrats. Enfin, elles rendent compte à la CRCA dont elles assurent la représentation locale.

2.2.3. Cadre comptable

Les compagnies d'assurances régulièrement installées doivent fournir au plus tard au 1^{er} aout de chaque année à la CRCA et au Ministère en charge du secteur des assurances, le compte rendu détaillé des opérations de l'année précédente. Ces états financiers comprennent notamment le bilan, le compte d'exploitation générale, et des annexes tels que l'état C1

« compte d'exploitation générale par catégories » et l'état C25 « Participation des assurés ou des porteurs de contrats aux résultats techniques et financiers ».

Une des faiblesses du système comptable des compagnies d'assurance est le fait qu'il combine à la fois la comptabilité d'engagement et la comptabilité de trésorerie afin de répondre aux exigences de certaines opérations.

Pour les opérations d'assurance vie, le compte de la classe 3 qui est mouvementé pour enregistrer les provisions techniques est :

31 : Provisions techniques des opérations d'assurance directe vie dans le pays concerné

Ce compte enregistre les charges prévisibles relatives à l'exécution de contrats d'assurance vie regroupées par nature en sous-catégories telles que :

- 3104 : Provisions mathématiques
- 3150 : Pour sinistres à payer
- 3152 : Pour capitaux et arrérages à payer
- 3153 : Pour rachats à payer
- 3158 : Pour participation aux excédents

Ecritures comptables

Constitution de provisions techniques

31		Provisions techniques	×	
	80	Exploitation générale		×

Reprise de provisions techniques

80		Exploitation générale	×	
	31	Provisions techniques		×

Lorsque le sinistre qui a fait l'objet de provisions se réalise au cours de l'exercice, il convient de passer les écritures suivantes

Constatation de la dette

60		Prestations dans le pays concerné	×	
	49	Compte d'attente à régulariser		×

Décaissement

49		Compte d'attente à régulariser	×	
	56	Banques et chèques postaux		×

A la suite de ce chapitre, nous exposerons dans le chapitre suivant l'ensemble des méthodes et techniques qui nous permettront de collecter l'information et de l'analyser afin de proposer une méthodologie de détermination des provisions techniques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Les provisions techniques sont d'une importance majeure en assurance vie. Elles représentent une garantie aux yeux des souscripteurs de contrats mais également elles permettent aux régulateurs du secteur de s'assurer de la solvabilité des compagnies d'assurance. En outre, leur détermination implique plusieurs acteurs de la compagnie d'assurance. La méthodologie de notre analyse devra donc prendre en compte tous ces différents aspects et être accompagnée d'outils de collecte et d'analyse de données dans le but d'atteindre nos objectifs.

3.1. Modèle d'analyse

Les références fournies par la revue de littérature nous ont permis de mieux appréhender les étapes essentielles du processus de détermination des provisions techniques en assurance de personne. Ainsi nous proposons un modèle d'analyse détaillé en trois phases :

- prise de connaissance ;
- description de la méthodologie actuelle de détermination des provisions techniques ;
- analyse.

3.1.1. Prise de connaissance

Cette phase constituera le premier contact avec l'entreprise. Au cours de celle-ci nous ferons une analyse sous deux angles : l'état des lieux de l'existant et le comment. D'une part, nous prendrons connaissance des méthodes de détermination de provisions mathématiques contenues dans les notes techniques déjà émises par l'entreprise. Nous déterminerons si l'entreprise dispose d'un ERP à même d'évaluer et de déterminer correctement les provisions mathématiques ainsi que d'un dispositif de contrôle interne adéquat. D'autre part, nous nous intéresserons au comment ; cela nous permettra de comprendre la mise en œuvre pratique de certains concepts rencontrés pendant la revue de littérature.

3.1.2. Description de la méthodologie actuelle

Il s'agira de passer en revue toutes les activités du processus en question. Pour chaque activité, il faut recenser les tâches et identifier l'acteur qui en est responsable. Pour chaque

acteur, il faudra déterminer les relations hiérarchiques ou fonctionnelles avec les autres acteurs impliqués dans ce processus.

3.1.3. Analyse de la méthodologie actuelle

Cette phase est la suite logique de la phase précédente. Au cours de cette phase, l'objectif sera de relever les forces et les faiblesses du processus de détermination des provisions mathématiques. Pour ce faire, nous utiliserons certains outils dont le tableau des forces et faiblesses apparentes (tffa), la matrice swot, les entretiens et les questionnaires.

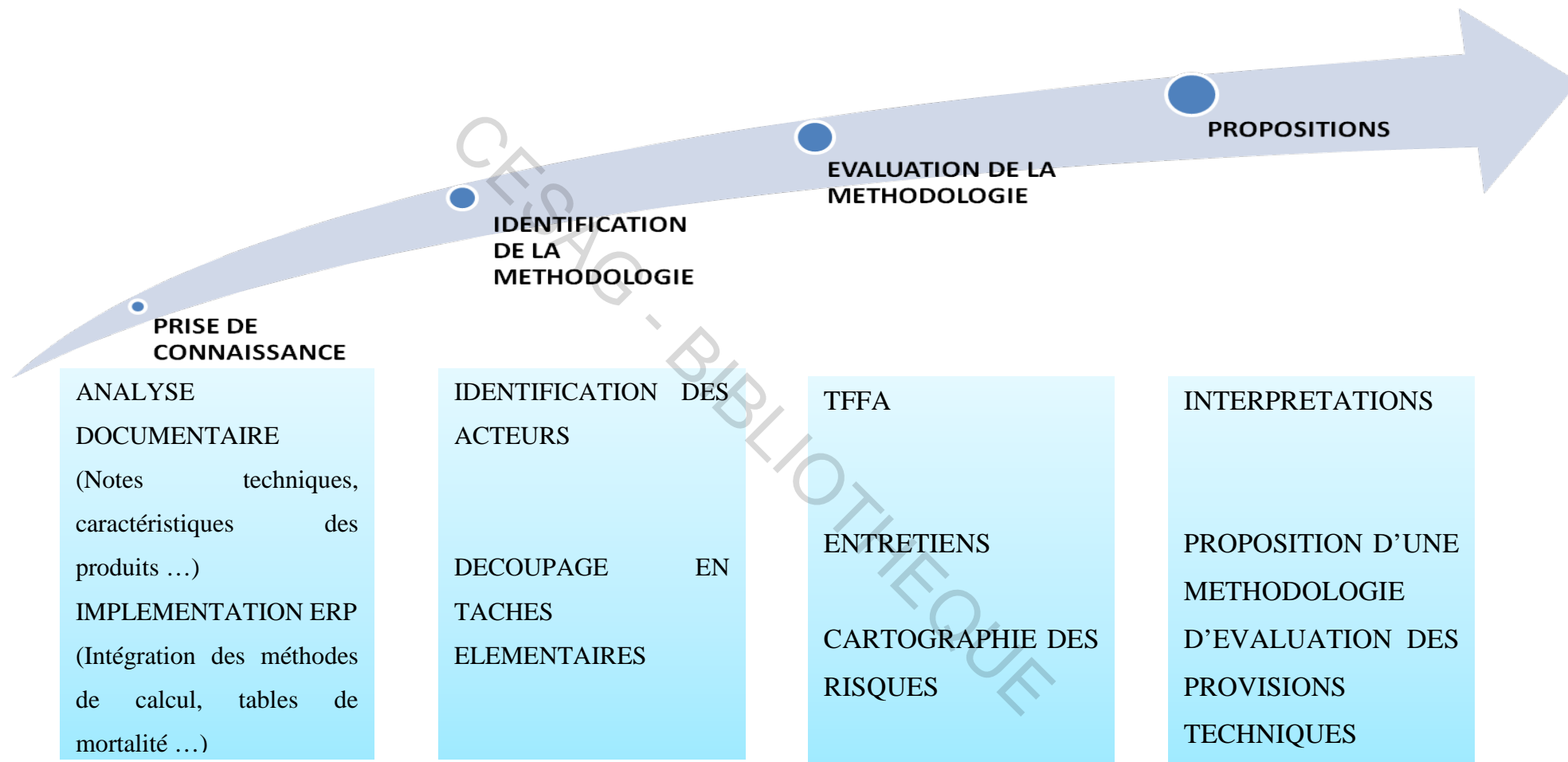
3.1.4. Proposition d'une méthodologie

Au terme de cette analyse nous ferons des recommandations dans le but de pallier les insuffisances constatées ou de renforcer certains points forts de la méthodologie actuelle.

3.1.5. Schématisation

Ci-dessous une représentation schématisée de notre démarche :

Figure 1 : Méthodologie de l'étude



Source : nous-même

3.2. Méthode de collecte des données

3.2.1. Analyse documentaire

L'analyse documentaire consistera en une revue de documents tant internes qu'externes à la compagnie d'assurance qui définissent la marche à suivre en matière de constitution de provisions techniques. Ce sont entre autres les manuels de procédures, notes techniques, recommandations de la Direction des Assurances. S'il s'avère pertinent sur le terrain et s'il est disponible sous une forme accessible, l'analyse documentaire portera également sur l'historique des erreurs et anomalies observées et la démarche de correction de ces erreurs constatées.

3.2.2. Le questionnaire

Un questionnaire est une série de questions disposées sous forme écrite sous la forme d'un formulaire. Ce formulaire peut être rempli directement par la personne à qui il est adressé ou par l'enquêteur lui-même au cours d'un entretien avec le destinataire. On distingue généralement les questionnaires fermés (le nombre de réponses est limité) et les questionnaires ouverts qui laissent au destinataire la possibilité de s'exprimer. Ces derniers fournissent donc une information plus riche mais peuvent s'avérer inadaptés dans le cadre d'études statistiques. C'est un outil adapté pour recueillir des informations précises auprès d'un nombre important de participants.

3.2.3. L'entretien

L'entretien est une technique qualitative qui vient en appont des techniques quantitatives et des observations déjà menées. Dans sa forme semi-directive, l'intervieweur laisse la liberté à l'interviewé de s'exprimer en prenant soin de recadrer la conversation vers un sujet précis. L'entretien ne doit pas se dérouler comme une conversation ni comme un interrogatoire. (Renard : 2009, 336).

Selon Kerebel (2009 : 21), c'est un outil essentiel d'identification objective et rationnelle des risques

3.2.4. La narration

Cette technique nous permettrait de recueillir toutes les informations nécessaires concernant les différents sous processus et différentes activités qui composent le processus d'évaluation des provisions techniques et ceci par une simple écoute de la description faite par des différents agents qui interviennent tout au long du processus. L'intérêt de cette méthode est qu'elle nous permettrait de faire une comparaison entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait afin de faire ressortir l'écart.

3.3. Méthodes d'analyse des données

Les données recueillies seront analysées à l'aide des outils ci-dessous.

3.3.1. Tableau des forces et faiblesses apparentes

Le tableau des forces et faiblesses apparentes est un outil d'analyse des risques. Ce tableau permet un découpage du processus en tâches. A chaque tâche, sont associés le risque susceptible de se produire, l'impact de ce risque, les mesures de contrôle interne pour y faire face et un constat quant à l'existence et la mise en pratique de ces mesures.

3.3.2. Matrice SWOT

L'acronyme SWOT désigne Strength, Weakness, Opportunity, Threat (Force, Faiblesse, Opportunité, Menace). La matrice SWOT est un outil d'analyse qui peut s'appliquer aussi bien à l'activité d'une organisation dans son ensemble qu'à un processus en particulier. En plus des facteurs internes, cet outil a l'avantage de prendre en compte les facteurs externes à l'entreprise qui pourraient constituer une opportunité ou une menace.

3.3.3. La cartographie des risques

Selon Kerebel (2009 : 57) et Renard (2010 : 157), la cartographie des risques est un processus complexe nécessitant l'implication de tous les acteurs de l'entreprise et qui consiste en un inventaire de tous les risques de l'organisation.

Pour Matte (2003 : 39), de la même façon que les états financiers présentent la situation financière d'une entité, la cartographie, quant à elle, présente l'image des risques d'une organisation. Elle se définit comme étant un outil permettant:

- de classer, de comparer et d'hierarchiser des risques entre eux ;
- de mettre en place des plans d'actions pour les gérer en fonction des ressources disponibles ;
- d'en assurer le suivi et
- de communiquer les informations sur les risques liés à l'organisation.

De ces deux définitions, nous pouvons dire que la cartographie des risques est à la fois un outil de gestion des risques et de communication.

De façon résumée, ce modèle d'analyse présente la démarche que nous avons jugée la plus efficace pour mener à bien notre analyse. L'ensemble des outils qu'il propose pour son succès ne saurait être mis en œuvre sans l'implication du personnel de la compagnie qui fera l'objet de notre étude. Aussi, l'interprétation des résultats devra prendre en compte (dans certains cas) l'avis du personnel afin que leur vécu et les leçons qu'ils en ont tiré apportent une valeur ajoutée aux recommandations.

Conclusion de la première partie

A travers la revue de littérature, nous avons pu, au cours de cette première partie, approfondir nos connaissances dans le domaine des assurances. En plus des concepts de base que nous avons abordés, nous avons porté une attention particulière aux provisions techniques qui sont d'un enjeu important pour les compagnies d'assurance. C'est pourquoi les régulateurs nationaux et internationaux surveillent régulièrement la méthode qui a servi à leur constitution et l'exactitude de ces montants.

Dans la deuxième partie de notre analyse, nous étudierons comment ces dispositions normatives influencent l'activité quotidienne des compagnies d'assurances. Ainsi, nous observerons tout le processus de détermination des provisions techniques, nous en relèverons les faiblesses éventuellement, et pour finir nous proposerons une méthodologie d'évaluation des provisions techniques.

La compagnie d'assurance qui fera l'objet de notre analyse est AMSA ASSURANCES SENEGAL.

CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

La gestion des provisions techniques est d'un enjeu majeur pour les compagnies d'assurance. C'est pourquoi elles affectent des ressources et élaborent des méthodologies en vue de maîtriser cette information. Ces méthodologies peuvent contenir des anomalies et demeurent perfectibles.

Le cadre pratique de notre analyse nous conduira à nous imprégner des méthodes et techniques en vigueur en la matière dans une compagnie d'assurance et de les analyser. Pour ce faire, nous déploierons la méthodologie évoquée au chapitre précédent. Notre contribution consistera à prendre en compte différents aspects de la gestion des provisions techniques afin de proposer une méthodologie qui prenne en compte l'environnement de la compagnie d'assurance.

L'entreprise qui nous accueillera pour cette étude est AMSA Assurances Vie Sénégal. Dans un premier temps, nous la présenterons de manière succincte avant de procéder à l'analyse proprement dite.

Chapitre 4 : PRESENTATION DE AMSA ASSURANCES VIE SENEGAL

AMSA Assurances Vie Sénégal est une compagnie d'assurance spécialisée dans la branche vie. Selon les données de la FANAF publiées en 2013, elle était créditée de plus de 1 350 000 000 CFA de primes émises (Annexe 9). Pour parler de cette entreprise qui s'est bâtie une solide réputation sur l'échiquier de l'assurance vie sénégalais, nous aborderons successivement son historique, ses produits, son organisation, la répartition de son capital et son système d'information. Finalement, nous aborderons sa méthodologie d'évaluation des provisions techniques, l'objet de notre analyse.

4.1. Historique

AMSA Assurances Vie Sénégal est née à la suite de plusieurs restructurations des Assurances Générales Sénégalaises (AGS). Les dates marquantes de son évolution peuvent être résumées comme suit :

1977 : Création de la société AGS IARDT (Incendie, Accidents, Risques divers et techniques)

1986 : Création d'une filiale VIE : Assurances Générales Sénégalaises VIE (AGS VIE)

1994 : Retrait des AGF (Assurances générales de France) du capital de AGS et reprise par la Compagnie Financière de l'Ouest Africain (CFOA)

2006 : Changement de dénomination : les AGS deviennent AMSA

4.2. Produits

AMSA ASSURANCES VIE SENEGAL propose des produits d'assurance vie et des produits de capitalisation. Ce sont entre autres :

-le produit « rente éducation »

Par ce contrat, Amsa Assurances Vie s'engage à verser le capital de base prévu aux conditions particulières ; et ce que l'assuré soit vivant ou non au terme du contrat. Si l'assuré décède ou est atteint d'invalidité totale permanente avant le terme du contrat, la compagnie s'engage à dispenser le contractant du paiement des cotisations

-le produit« retraite complémentaire »

Il s'agit d'un contrat qui a pour objet la constitution d'un retraite complémentaire au profit de l'assuré désigné aux conditions particulières, en contrepartie du versement, par le preneur d'assurances des cotisations dues.

Pour ces deux contrats, il est accordé au contractant les possibilités de rachat, d'avance et de réduction. Ces contrats sont rémunérés au taux technique et bénéficient de la participation bénéficiaire telle que prévue par le code CIMA.

4.3. Organisation

AMSA ASSURANCES VIE est une entreprise avec un effectif restreint. Elle est organisée de la manière suivante :

- département technique ;
- département commercial ;
- département financier et comptable.

L'audit et le contrôle de gestion sont assurés par les services de la société mère AMSA IARDT et le commissariat aux comptes est assuré par le cabinet Mazars Sénégal.

Le département financier et comptable est en charge de la comptabilité, de la trésorerie, de la gestion du patrimoine et des moyens généraux.

L'activité principale de la DFC est la comptabilité. En effet, la gestion du patrimoine, la gestion des DAT ainsi que des obligations détenues par l'entreprise est une activité cyclique et ne nécessite donc pas une attention permanente. Le service comptabilité est composé d'un chef comptable et de deux comptables dont les tâches sont les suivantes :

- encaisser et valider des primes individuelles reçues en espèces, par chèques ou par virements bancaires;
- établir les états de rapprochement bancaire ;
- encaisser et valider les primes de contrats collectifs ;
- assurer avec le département technique le suivi des contrats ;

- procéder à l'enregistrement des primes selon les informations fournies par le département technique ;
- procéder périodiquement à l'analyse des comptes et au reclassement selon l'évolution des contrats ;
- adresser les ordres de mains levées et de prélèvements automatiques aux banques et organismes débiteurs ;
- verser la rémunération aux bénéficiaires de contrats ;
- effectuer la rémunération des intermédiaires de contrats (commissions) ;
- réaliser les déclarations fiscales ;
- effectuer diverses activités de comptabilité générale.

4.4. Répartition du capital

AMSA Assurances Vie est doté d'un capital de 1 600 000 000 F CFA entièrement libérés. Il est détenu à plus de 90% par AMSA IARD. Le reste du capital est aux mains de l'Etat, de banques et de particuliers.

4.5. Système d'information

ORASS VIE est le système intégré de gestion de Amsa Assurances Vie. Il s'agit du module de ORASS® Suite consacré à l'assurance vie (Annexe 8). Ce progiciel de gestion intégrée a été développé par la société marocaine ORSYS. La version actuelle du progiciel est ORASS® Suite 7.0. L'administration du système est assurée conjointement par AMSA Assurances Vie et par la CFOA, holding du groupe.

Ce chapitre nous a permis de prendre connaissance de AMSA Assurances Vie Sénégal. A partir des informations que nous avons recueillies, nous avons eu une meilleure compréhension de sa méthodologie d'élaboration des provisions techniques. Le prochain chapitre sera consacré à sa description et à son analyse.

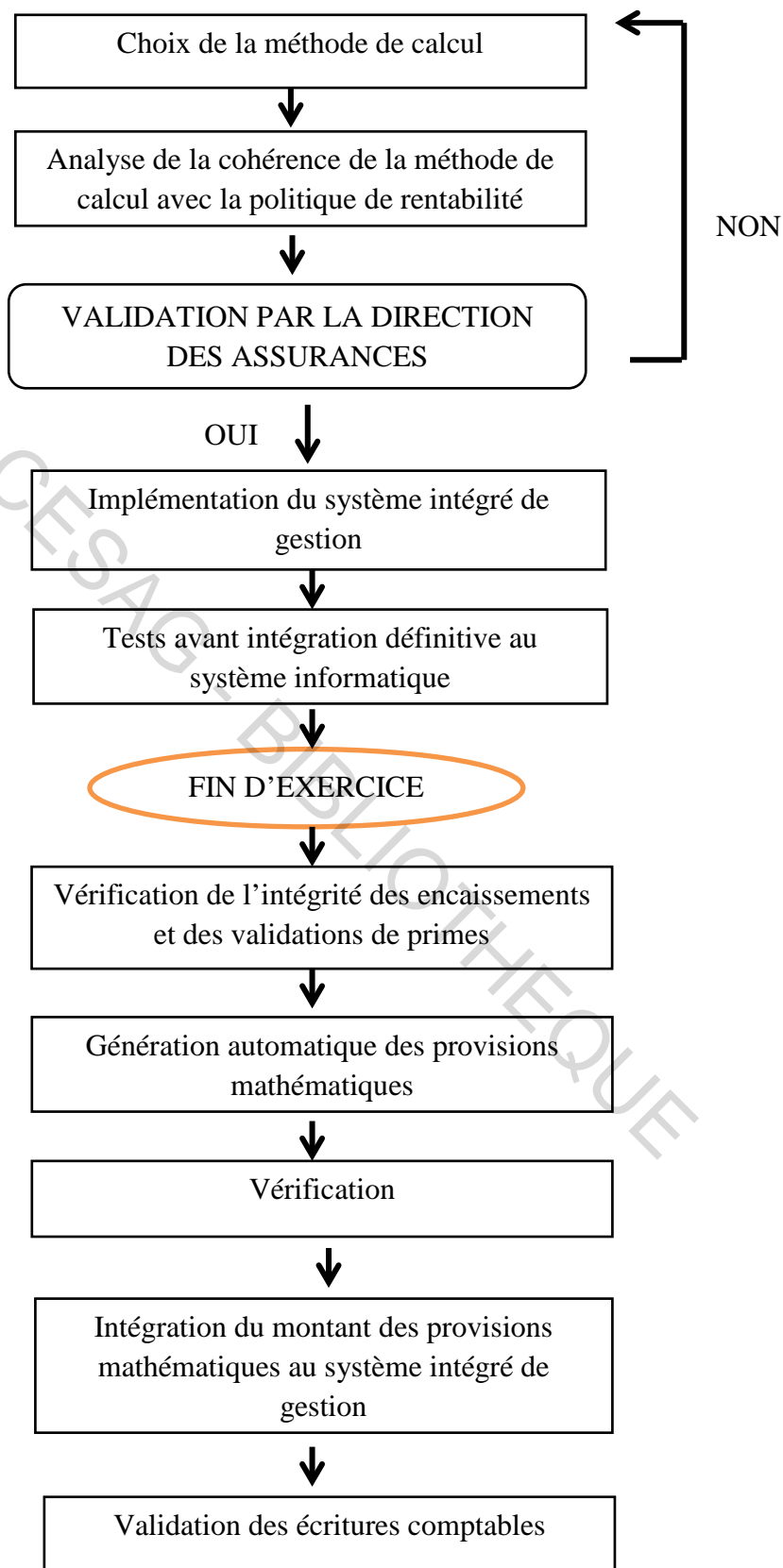
Chapitre 5 : DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE D'EVALUATION DES PROVISIONS TECHNIQUES

L'analyse de cette méthodologie a été réalisée à la suite d'entretiens avec des membres du personnel de différents services de l'entreprise. L'information qui en a été recueillie sera traitée à l'aide du tableau des forces et faiblesses apparentes. Celle-ci sera accompagnée d'une cartographie des risques.

5.1. La méthodologie actuelle d'évaluation des provisions techniques

Les observations que nous avons faites et les entretiens que nous avons eus avec les différents acteurs concernés nous ont permis de cerner la méthodologie qui est utilisée lors de la constitution des provisions techniques. Nous avons pu la schématiser comme suit :

Figure 2 : Méthodologie actuelle d'évaluation des provisions techniques



Source : nous-mêmes

5.1.1. Choix de la méthode de calcul

Cette étape intervient à la phase de conception du produit. La provision mathématique représente la différence entre les engagements pris par l'assureur et l'assuré de part et d'autre. L'assuré s'engage au versement de la prime ; en conséquence la méthode de calcul choisie doit être cohérente avec la méthode de calcul de la prime (prime pure, chargements de gestion, taxes...). D'autre part, cette méthode de calcul doit également tenir compte des engagements de l'assureur qui sont les prestations prévues au contrat. Pour ce faire, elle doit tenir compte des contraintes économiques telles que la valeur de marché des actifs inscrits en représentation des provisions techniques.

En somme, le choix de la méthode de calcul de la provision technique est une étape foncièrement technique qui relève des compétences de l'actuaire qui doit respecter des contraintes d'ordres légal, économique, managérial ainsi que les bonnes pratiques généralement admises. Ce sont entre autres :

- méthodes de calcul prospectives plutôt que rétrospectives ;
- stabilité du modèle ;
- valeur des provisions techniques inférieure à la valeur de marché des actifs (De Dominicis : 2008, 21);
- auditabilité du modèle par consultant ou personnel qualifié ;

5.1.2. Cohérence entre la méthode de calcul et la politique de rentabilité

Avant son envoi à la Direction des Assurances, la méthode de calcul doit être approuvée par le management. Les provisions techniques représentent une part très importante du bilan et du compte général d'exploitation des compagnies d'assurance vie. Une variation de ce montant dans des proportions infimes aurait des répercussions en dizaines voire en centaines de millions sur le résultat. D'où l'importance pour le management de s'assurer que la méthode retenue est optimale eu égard à toutes les contraintes légales et les engagements envers les assurés et bénéficiaires de contrats.

Au terme de ces deux premières étapes, une note technique du produit comprenant les méthodes de calcul de primes, les méthodes de calcul des provisions techniques ainsi que

d'autres caractéristiques du produit est soumise à la Direction des Assurances pour approbation.

5.1.3. Validation de la méthode de calcul par la Direction des assurances

La Direction des Assurances fait une appréciation de la note technique dans son ensemble. La validation de celle-ci est obligatoire au lancement de tout produit.

5.1.4. Implémentation du système intégré de gestion

Au cours de cette étape, le responsable du système d'information traduit les méthodes retenues en langage informatique et les intègre au système de gestion. Il est encadré dans cette manœuvre par les normes légales et managériales évoquées précédemment. En effet, l'implémentation du système doit permettre l'accès à l'information en temps utile par toute personne ayant les habilitations requises. Il doit aussi prévoir l'existence de piste d'audit. La piste d'audit dans les systèmes informatisés étant un ensemble de procédures internes permettant la justification en remontant d'un document de synthèse jusqu'à la source (et inversement), permettant également de conserver les mouvements explicatifs du passage d'un arrêté à un autre en les organisant sous une forme facilement consultable (art 103 : loi 89-935, 1989).

5.1.5. Tests avant intégration définitive

L'entreprise dispose en interne du personnel qualifié pour réaliser ces tests. En l'occurrence, ils sont réalisés par le responsable actuariat et par le responsable du système d'information. Pour l'essentiel, il s'agit pour ces acteurs de confronter les données issues du système intégré de gestion aux données obtenues à l'aide d'un calcul manuel.

A la suite de cette étape, l'entreprise déroule son cycle d'exploitation ordinaire ; c'est l'étape de gestion courante proprement dite. La gestion des contrats impacte in fine le montant des provisions techniques. Les nouveaux contrats génèrent un montant additionnel de provisions techniques tandis que le montant des provisions techniques des contrats arrivés à terme vient en déduction du montant global des provisions constatées au cours de l'année antérieure.

5.1.6. Vérification des encaissements et des validations de primes

Cette étape s'effectue de façon collégiale entre le département technique, le service de comptabilité et le service informatique. L'objectif de cette étape est de s'assurer que l'ensemble des éléments saisis dans le système intégré de gestion sont conformes aux encaissements. Pour chaque assuré, il s'agira par exemple que l'ensemble des encaissements ont été effectivement enregistrés dans le système en date précise. L'exactitude de la date des encaissements est déterminante dans le calcul des intérêts rattachés aux contrats de capitalisation notamment.

5.1.7. Vérification du montant des provisions techniques

Après vérification et réajustements sur certains encaissements, le système de gestion dégage automatiquement un montant de provisions techniques. Dès lors, le rôle du service actuariat à cette étape est de procéder à des tests de diverses natures afin d'en déterminer l'exactitude.

5.1.8. Validation des écritures comptables

De cette vérification effectuée par le service actuariat, le montant définitif des provisions techniques de l'exercice est arrêté et les écritures comptables sont passées automatiquement dans le système de gestion.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, nous retenons qu'AMSA Assurances Vie Sénégal établit ses provisions techniques sur la base d'une méthodologie faisant intervenir les différents services impliqués dans la gestion des provisions techniques. Dans le prochain chapitre nous analyserons ses forces et ses faiblesses avant de proposer une méthodologie de constitution de provisions techniques.

Chapitre 6 : EVALUATION DE L'EXISTANT ET PROPOSITION DE MOYENS D'AMELIORATION DE LA METHODOLOGIE D'EVALUATION DES PROVISIONS TECHNIQUES

6.1. Analyse des forces et faiblesses de l'existant

L'analyse des forces et des faiblesses de l'existant se fera à l'aide d'un tableau des forces et faiblesses et d'une cartographie des risques.

6.1.1. Le tableau des forces et faiblesses apparentes

A l'aide de cet outil, nous analyserons les différentes étapes du processus de constitution des provisions techniques afin de déceler les risques qui y sont liés.

Tableau 6 : Tableau des forces et faiblesses apparentes

Tache	Objectif	Risque	Evaluation du risque (F / M / I)	Dispositif de contrôle interne	Existence du dispositif de contrôle
Choix de la méthode de calcul	-Optimiser la rentabilité de l'entreprise -Se conformer aux exigences légales et managériales	-Sous-évaluation (léser le bénéficiaire des contrats) -Surévaluation (faire supporter à l'entreprise des engagements trop importants)	F : Faible I : Important	Rédaction de la note technique par un comité pluridisciplinaire	Absence de procédures formalisées
Analyse de la cohérence avec la politique de rentabilité	-Optimiser la rentabilité de l'entreprise -Se conformer aux exigences légales et managériales	-Sous-évaluation -Surévaluation	I : Important I : Important	Rédaction de la note technique par un comité pluridisciplinaire	Absence de procédures formalisées
Implémentation du système intégré de gestion	-Doter l'entreprise d'un système de gestion prenant en compte les aspects techniques des produits -Créer des pistes d'audit	-Sous-évaluation -Surévaluation	I : Important I : Important	-Création des niveaux d'habilitation différents pour les opérations de saisie, d'autorisation et de contrôle -Création de pistes d'audit -Création des conditions de stockage exhaustif des données -Respect des bonnes pratiques recommandées par l'ISACA	Prise en compte des bonnes pratiques de gestion par ORASS VIE qui introduit les contrôles de cohérence comptable

Tache	Objectif	Risque	Evaluation du risque (F / M / I)	Dispositif de contrôle interne	Existence du dispositif de contrôle
Tests	-Garantir la fiabilité du système de gestion	-Gestion courante des contrats défaillante	I : Important	Respect du référentiel Cobit 5	Absence de procédures formalisées
Vérification des encaissements	-Garantir l'exhaustivité et l'exactitude des encaissements de primes	-Sous-évaluation -Rémunérations de contrats sans justificatifs ou trop avantageuses	I : Important I : Important	Procédures de gestion de la trésorerie Procédures de gestion des rachats, avances et opérations sur contrats	Absence de procédures formalisées
Vérification du montant des provisions techniques	-S'assurer de l'exactitude du montant des provisions techniques	-Altération de l'image fidèle dans les états financiers	I : Important	Procédures comptables et financières Procédures de traitement des données techniques	Absence de procédures formalisées
Validation des écritures comptables	-Etablir les états financiers	-Altération de l'image fidèle dans les états financiers	I : Important	Procédures d'arrêté comptable	Absence de procédures formalisées

Source : nous-mêmes

6.1.2. La cartographie des risques

Cet outil nous permettra d'évaluer l'ampleur des risques détectés en analysant leur probabilité et leur impact.

6.1.2.1. Synthèse des risques susceptibles d'affecter l'évaluation des provisions techniques

- **Risque de non-respect du devoir d'information dû à l'assuré**

La protection des droits des assurés entraîne que les compagnies d'assurance se doivent de leur fournir une information claire et détaillée. Ainsi, le souscripteur du contrat doit savoir précisément comment seront calculées les valeurs de rachat, les provisions mathématiques et toute autre opération sur contrat telle que les avances sur contrat et les modalités de remboursement de celles-ci. Le principe est que l'assureur ne doit pas cacher des irrégularités d'ordre technique dans les contrats. Pour que ces formules souvent complexes soient accessibles au souscripteur lambda, les bonnes pratiques recommandent, au moment de la signature, de procéder à une simulation du capital sur toute la durée du contrat. Aussi, la compagnie d'assurance doit-elle faire à l'assuré un point annuel sur cotisations et les provisions techniques constituées.

- **Risque de surévaluation**

Le risque de perte pour l'entreprise provient du mauvaise évaluation des cours futurs des actifs inscrits en représentation des provisions techniques. Ainsi, si l'entreprise estime à tort un rendement élevé de ces actifs, elle serait encline à proposer des garanties très favorables aux assurés et se retrouverait en difficulté au moment de la réalisation de ces actifs. Le principe de prudence doit donc gouverner l'évaluation des actifs et leur prise en compte dans les formules de détermination des provisions techniques.

- **Risque de sous-évaluation**

La sous-évaluation des provisions techniques à constituer et par conséquent des prestations à fournir aux bénéficiaires du contrat peut être sous-évaluée de bonne foi ou de manière frauduleuse. De bonne foi, cette sous-évaluation peut être causée par un mauvais paramétrage du système intégré de gestion et par l'absence de tests périodiques de conformité de ce

système. La sous-évaluation intentionnelle est une fraude qui pourrait résulter de la collusion entre des membres du personnel du département technique et du département financier et comptable

- **Risque de défaillance du système d'information**

Ce risque est d'ordre général. Le système d'information étant un système transversal, une défaillance en son sein pourrait affecter divers domaines de la gestion. Dans les faits, ce risque se matérialise par l'absence de pistes d'audit et par d'autres défaillances d'ordre technique qui pourraient avoir des répercussions à la phase d'exploitation du système. Ces défaillances peuvent consister en des omissions ou encore des doublons générés par le système. Ces défaillances peuvent aussi tout simplement être des erreurs de calculs générés par le système.

- **Risque de modification des conditions particulières**

Il se matérialise par le fait que le système de gestion prenne en compte une date antérieure à la date effective des versements des souscripteurs. Ainsi, un souscripteur peut cotiser pendant une période inférieure à celle convenue ; par conséquent, il sera constitué une provision technique anormalement inférieure. Au contraire, il peut également d'avérer que le souscripteur cotise au-delà du terme prévu. Après détection de cette anomalie ou en réponse au courrier qui enregistre la plainte du souscripteur, les encaissements sont suspendus (par ordre de main levée adressée à la banque du souscripteur ou par tout autre moyen adapté à son mode de paiement des primes). Les anomalies sur les informations personnelles de l'assuré, sur la durée du contrat et autres conditions particulières sont glissées au moment de la saisie des données dans le système ; elles sont le fait d'inattentions mais peuvent se révéler très lourdes de conséquences.

- **Risque d'altération de l'image fidèle des états financiers**

L'altération de l'image fidèle pourrait résulter de la mauvaise interprétation des principes comptables ou de l'absence de neutralité dans les enregistrements comptables. Dans les faits, une compagnie d'assurance pourrait retenir une fausse évaluation de ces actifs en représentation des provisions techniques d'une part ou pourrait d'autre part minorer le montant des provisions techniques ou au contraire les gonfler de façon anormale. Ceci afin

que les états financiers présentent des chiffres plus ou bien favorables selon ce que l'entreprise veut faire paraître à sa clientèle, à ses concurrents, à l'Etat et aux autres parties prenantes.

Tableau 7 : Evaluation de la probabilité de survenance des risques

Risques		Appréciation du dispositif de contrôle interne			Probabilité d'occurrence	
		Niveau	Cote	Commentaire	Niveau	Cote
1	Non-respect du devoir d'information dû à l'assuré	Inexistant	1	Absence de procédures	Probable	4
2	Surévaluation	Moyen	3	Absence de contrôle croisé	Possible	3
3	Sous-évaluation	Moyen	3	Absence de contrôle croisé	Possible	3
4	Défaillance du système d'information	Maitrisé	4	Contrôles et tests réguliers initiés par la société mère	Peu probable	2
5	Modification des conditions particulières	Insuffisant	2	Non-respect des bonnes pratiques par les commerciaux sur le terrain	Peu probable	2
6	Altération de l'image fidèle des états financiers	Maitrisé	4	Contrôle réguliers par le service d'audit interne	Peu probable	2

Source : nous-mêmes

Tableau 8 : Echelle d'appréciation du dispositif de contrôle interne

Niveau de maitrise	Cote	Interprétation
Inexistant	1	Aucun dispositif de contrôle interne
Insuffisant	2	Le dispositif de contrôle n'est pas respecté
Moyen	3	Le dispositif de contrôle est respecté
Maitrisé	4	Le dispositif de contrôle interne est renforcé par des contrôles supplémentaires
Parfaitement maitrisé	5	L'entreprise a acquis une parfaite maitrise des contrôles et des bonnes pratiques en vigueur dans la profession

Source : nous-mêmes

Tableau 9 : Echelle d'appréciation de survenance du risque

Niveau de maîtrise	Cote	Interprétation
Rare	1	Risque très peu probable
Peu probable	2	Risque peu probable
Possible	3	Risque avec une probabilité modérée
Probable	4	Risque probable
Certain	5	Risque très probable

Source : nous-mêmes

Tableau 10 : Evaluation de l'impact des risques

Risques		Cote	Impacts	Objectifs du processus			Conséquences
				A	B	C	
1	Non-respect du devoir d'information dû à l'assuré	4	Majeur	1	2	4	Plaintes des assurés. Ruptures de contrats avant terme. Actions en justice
2	Surévaluation	3	Modéré	3	2	2	Pertes financières
3	Sous-évaluation	4	Majeur	4	2	2	Plaintes des assurés. Actions en justice
4	Défaillance du système d'information	4	Majeur	3	4	3	Pertes financières. Altération de l'image fidèle des états financiers. Défaillance des mécanismes de contrôle
5	Modification des conditions particulières	3	Modéré	2	2	3	Plaintes des assurés. Pertes financières
6	Altération de l'image fidèle des états financiers	5	Très significatif	5	1	1	Non-respect des principes comptables

Source : nous-mêmes

A : Garantir le montant de la prestation à fournir

B : Garantir le respect des aspects techniques de constitution des provisions techniques

C : Garantir la transparence dans la gestion courante du contrat et dans les obligations envers le souscripteur et l'assuré

L'impact du risque est celui de l'objectif qui serait le plus menacé s'il survenait.

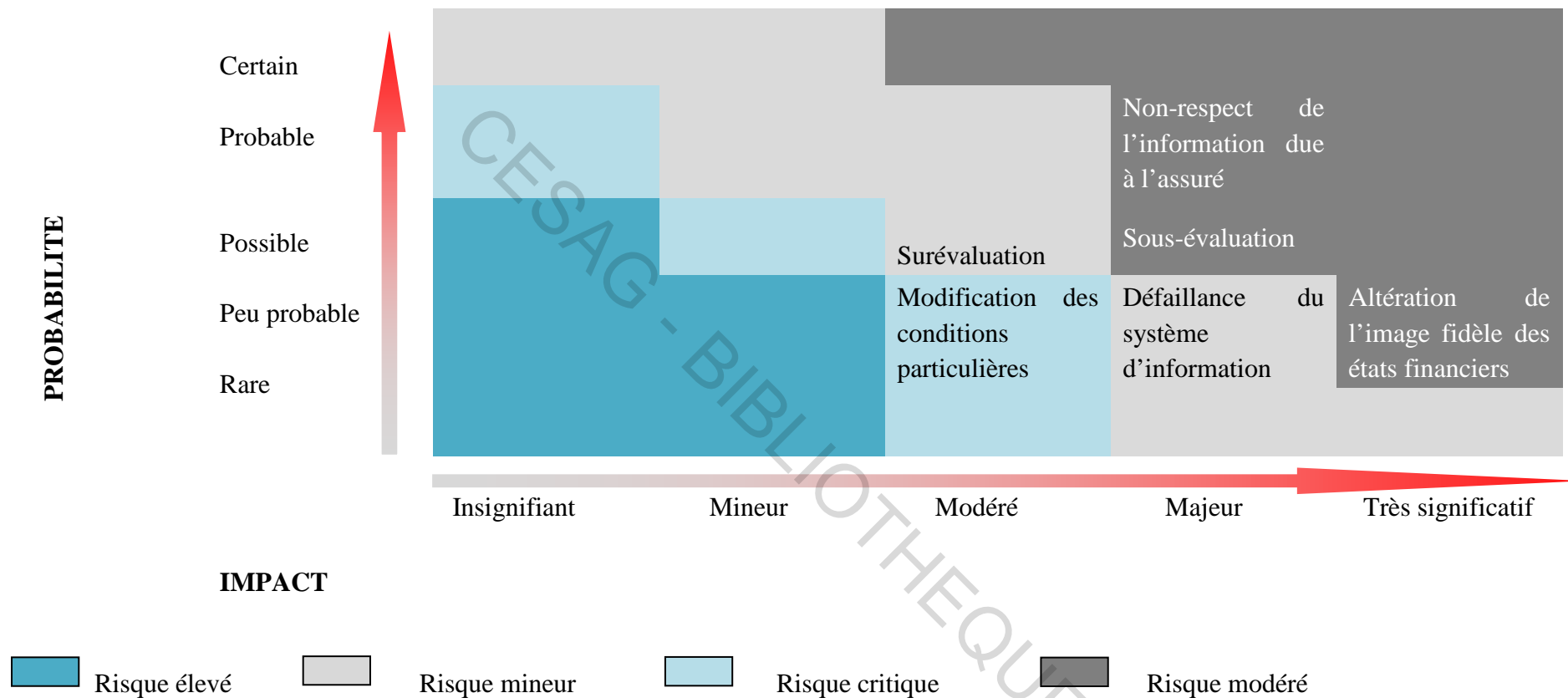
Tableau 11 : Echelle d'appréciation de l'impact des risques

Cote	Impact	Interprétation
1	Insignifiant	Manquement mineur de la part de personnel isolé
2	Mineur	Evènement dont les conséquences peuvent être absorbées
3	Modéré	Evènement majeur pouvant être maîtrisé par l'application rigoureuse des mesures de contrôle
4	Majeur	Evènement critique
5	Très significatif	Evènement pouvant remettre en cause la pérennité de l'entreprise

Source : nous-mêmes

Après l'évaluation des risques selon les critères de la probabilité et de l'impact, nous pouvons en faire la cartographie ci-dessous

Figure 3 : Cartographie des risques



6.2. Interprétation des résultats des outils d'analyse

Les outils fournissent des informations sur différents aspects de la gestion qui peuvent influencer les provisions techniques aussi bien sur l'environnement de l'entreprise que sur la constitution des provisions techniques.

6.2.1. Le tableau des forces et faiblesses apparentes

Le tableau des forces et faiblesses apparentes révèle de nombreux risques que nous tenterons d'analyser.

Tous les risques générés par la méthodologie actuelle de détermination des provisions techniques ont été jugés importants car cela touche un processus sensible.

Nous avons constaté une absence de procédures formalisées. Cela est une situation exceptionnelle à AMSA Assurances Vie et s'explique par le projet de mise à jour des fiches de postes et manuels de procédures qui a été initié par la Direction. Cependant, pour certaines opérations le système de gestion permet une autorégulation en limitant les accès de certains membres du personnel par exemple.

6.2.2. La cartographie des risques

La cartographie établie révèle que la majorité des risques susceptibles d'affecter l'évaluation des provisions techniques sont des risques critiques. Cela renforce l'assertion selon laquelle ce processus est sensible. Les actions devant être menées afin de réduire la criticité de ces risques concernent plusieurs départements. Elles doivent être intégrées à la méthodologie globale d'évaluation des provisions techniques.

6.2.3. Les entretiens

Les entretiens que nous avons eus avec les différents membres du personnel de AMSA Assurances Vie Sénégal nous ont permis d'avoir une idée précise des différentes étapes de la méthodologie actuelle. Ils nous ont également permis de comprendre le préjudice causé par l'absence de procédures formalisées.

A la suite de l'exploitation des informations fournies par les outils d'analyse, nous avons pu établir que la méthodologie actuelle de constitution des provisions techniques est efficace,

cohérente et prudente. Toutefois, il nous semble judicieux d'y apporter des modifications afin de la rendre efficiente et plus réactive à son environnement. Certaines actions nous semblent nécessaires pour réduire les risques détectés à l'aide de la cartographie. Ces actions peuvent être synthétisées dans le plan d'action ci-dessous.

6.3. Plan d'action

Le plan d'action consiste en une série d'activités à mener afin de réduire les risques

Tableau 12 : Plan d'actions

Risques	Actions à mener	Moyens de mise en œuvre	Durée de mise en œuvre
Non-respect du devoir d'information dû à l'assuré	-point régulier sur l'état des cotisations des assurés -rédaction des notes d'information dans les délais	-travaux en comité sur les contrats groupe -travaux en comité sur les contrats individuels	Action permanente
Surévaluation	vérification des encaissements selon les différents moyens de paiement (justificatifs, dates, montants)	-analyse des encaissements par virement -analyse des encaissements par chèques -analyse des encaissements en espèces	Deux mois
Sous-évaluation	vérification des encaissements selon les différents moyens de paiement (justificatifs, dates, montants)	-analyse des encaissements par virement -analyse des encaissements par chèques -analyse des encaissements en espèces	Deux mois
Défaillance du système d'information	audit du système d'information	service d'audit interne	A l'appréciation du service d'audit interne
Modification des conditions particulière	Vérification du fait que les commerciaux recueillent rigoureusement les informations nécessaires sur le client avant signature du contrat d'assurance ou de la note de couverture	service d'audit interne	A l'appréciation du service d'audit interne

Risques	Actions à mener	Moyens de mise en œuvre	Durée de mise en œuvre
Altération de l'image fidèle des états financiers	Vérification de l'exactitude du montant des provisions techniques porté dans les états financiers	Procédures comptables d'arrêté de compte	Deux mois

6.4. Objectifs de la méthodologie

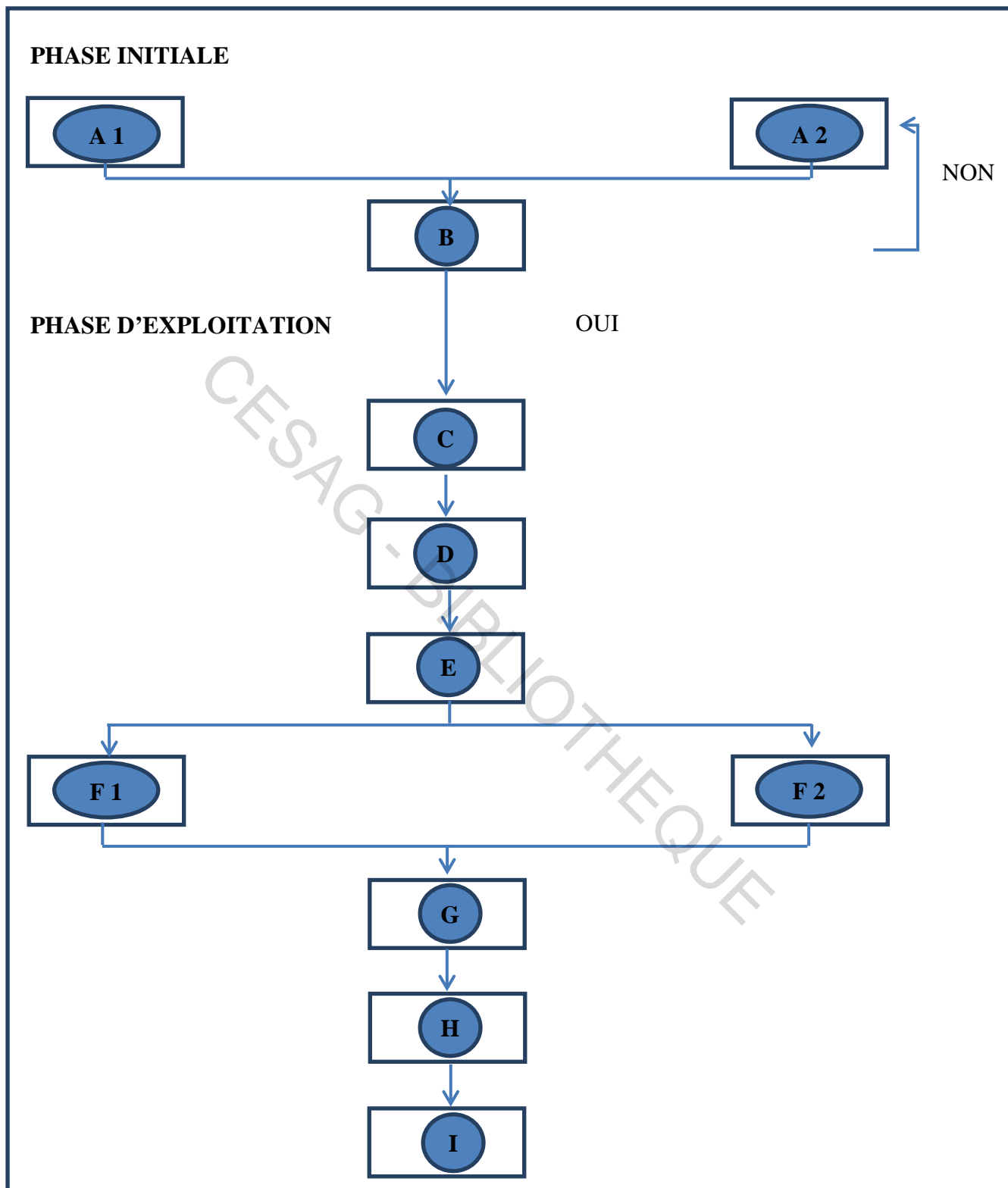
Les modifications apportées par la méthodologie que nous proposons se justifient par les objectifs suivants :

- permettre une meilleure coordination des activités des différents départements ;
- évaluer la solvabilité de la compagnie d'assurance par l'évaluation des actifs inscrits en représentation des provisions techniques ;
- faciliter le contrôle ;
- intégrer les changements intervenus dans l'environnement ;
- réduire le risque financier.

6.5. Présentation de la méthodologie

La nouvelle méthodologie peut être schématisée comme suit :

Figure 4 : Proposition de méthodologie d'évaluation de provisions techniques



Source : nous-mêmes

6.5.1. La phase initiale

Elle s'étend de la conception du produit jusqu'à la validation de la note technique par la Direction des Assurances. Elle comprend diverses étapes telles que les sondages, les études de marché ; mais en matière de provisions techniques deux activités nous intéresseront :

A1	Description	Acteurs	Outils
Choix de la méthode de calcul	Conforme aux pratiques actuelles	Comité d'élaboration de la note technique	

A2	Description	Acteurs	Outils
Analyse de la cohérence avec la politique de rentabilité	Conforme aux pratiques actuelles	Comité d'élaboration de la note technique	

La différence avec la méthodologie en vigueur se situe au niveau des acteurs et de la concomitance des activités. Dans le cadre de l'élaboration de la note technique, nous proposons un comité ad hoc. Ce comité interdisciplinaire regroupera des actuaires, des responsables du management, des responsables du contrôle interne, des responsables du département « patrimoine », du département juridique et du marketing. Cette approche globale de la note technique pourrait ainsi permettre à l'entreprise de prendre en compte tous les aspects du management et d'anticiper les prévisions et réformes qui pourraient intervenir à long terme.

L'étape B est celle de la validation de la note technique par la Direction des assurances. Si la note technique proposée par l'entreprise n'est pas validée, le comité se réunira pour y apporter les modifications nécessaires.

6.5.2. La phase d'exploitation

Cette phase est entamée à la validation de la note technique du produit. Elle s'étend jusqu'à la validation des écritures comptables. C'est un cycle qui se répète chaque année.

C	Description	Acteurs
Implémentation du système de gestion	Conforme aux pratiques actuelles	Service informatique

D	Description	Acteurs
Test après implémentation et intégration définitive	Conforme aux pratiques actuelles	Expert indépendant

La différence avec la méthodologie actuelle est la désignation d'un expert indépendant. Ce choix répond d'une part au besoin de confidentialité car les informations d'ordre technique telles que la note technique et les méthodes de calcul sont connues par un nombre de personnes très restreint. D'autre part, ce choix répond au besoin de séparer les tâches incompatibles que sont l'exécution et le contrôle.

E	Description	Acteurs
Gestion courante des contrats d'assurance	Suivi quotidien des contrats	Département technique Service informatique Service comptabilité

Principe :

Provisions techniques année N = Provisions techniques année N-1
+ Provisions techniques des contrats souscrits en année N
- Provisions techniques des contrats échus ou rachetés au cours de l'année N

Il va sans dire que l'accumulation d'erreurs dans la gestion quotidienne des contrats d'assurance a un impact sur le montant de la provision technique en fin d'année. De l'observation et des entretiens que nous avons faits il ressort que la transmission de l'information d'un service à un autre n'est pas toujours effectuée ou ne s'effectue pas en temps utile. C'est pourquoi nous proposons que ces différents services tiennent de façon hebdomadaire des états sur les primes en suspens, états dont le contenu sera partagé au cours d'une rencontre qui aura lieu une fois par semaine. Cette démarche a pour objectif de réduire

au maximum les erreurs qui pourraient s'accumuler dans la gestion quotidienne des contrats, ce qui faciliterait les travaux de fin d'exercice.

F1	Description	Acteurs
Vérification des encaissements, des émissions et des validations de primes	Conforme aux pratiques actuelles	Département technique Service informatique Service comptabilité

F2	Description	Acteurs
Evaluation des actifs	Appréciation de la solvabilité de la compagnie d'assurance	Département finances et comptabilité

En représentation des engagements réglementés, le code CIMA recommande pour les compagnies d'assurance vie que les primes d'assurance et les cotisations restant à recouvrer de trois mois soient inscrites pour un montant maximum de 30% et de 5% des dites provisions. (art 335-2 : CIMA, 2007).

Aussi, le CIMA liste un certain nombre d'actifs qui peuvent être inscrits en représentation des engagements des compagnies d'assurance. Ce sont :

- les obligations émises par un organisme financier international à caractère public ;
- les obligations émises ou garanties par une institution financière spécialisée dans le développement compétente pour les Etats membres ;
- actions et autres valeurs mobilières non obligataires, inscrites à la cote officielle d'une bourse de valeur d'un Etat membre de la CIMA ;
- les droits réels immobiliers afférents à des immeubles situés sur le territoire de l'un des Etats membres de la CIMA ;
- les prêts obtenus ou garantis par les Etats membres de la CIMA ;
- les comptes ouverts dans un établissement situé dans l'Etat où les contrats ont été souscrits ;
- les espèces ;
- etc.

Parallèlement à la vérification des encaissements et des validations de primes, il nous semble important de procéder à une évaluation de ces actifs. Cette évaluation se fera selon les méthodes recommandées par le code. Ainsi, les valeurs mobilières amortissables sont évaluées à la plus faible valeur de la comparaison entre la valeur d'acquisition, la valeur de remboursement et la valeur vénale. Les règles d'évaluation des autres catégories d'actifs sont détaillées dans le code CIMA.

A l'issue de ces deux étapes, l'entreprise saura d'une part le montant pour lequel elle s'est engagée (les primes validées) et d'autre part elle aura une situation de sa solvabilité par l'évaluation de ces actifs.

G	Description	Acteurs
Vérification du montant des provisions techniques par des tests	Conforme aux pratiques actuelles	Service actuariat

H	Description	Acteurs
Réajustement du montant des provisions techniques (si nécessaire)	Correction du montant des provisions techniques dans le but de refléter l'image fidèle	Service actuariat

En cas de différence importante entre le revenu total des placements et les intérêts dont sont créditées les provisions mathématiques, il est possible de procéder à un réajustement de la provision mathématique selon les dispositions de l'article 336 alinéa 3.

I	Description	Acteurs
Validation des écritures comptables	Conforme aux pratiques actuelles	Service comptabilité

6.6. Synthèse

La méthodologie que nous proposons peut être synthétisée comme suit

Tableau 13 : Synthèse de la méthodologie

Etapes	Techniques	Outils	Méthodes
Choix de la méthode de calcul	Statistiques Probabilités	Tables de mortalités	Exploitation des données des études de marchés effectuées avant le lancement du produit
Analyse de la cohérence avec la politique de rentabilité	Projections financières	-Analyse financière -Analyse de la rentabilité -Analyse de l'évolution du portefeuille client	Ateliers pluridisciplinaires regroupant des juristes, des actuaires, des représentants des départements techniques financiers et toutes les parties impliquées dans la gestion courante des contrats
Implémentation du système de gestion	Paramétrage du système d'information	-Configuration matérielle -Configuration logicielle	Conduite d'un projet informatique
Test après implémentation et intégration définitive	Identification des failles avant mise en œuvre définitive	-Test d'intégration fonctionnelle -Test d'acceptation	Conduite d'un projet informatique
Gestion courante des contrats d'assurance	Suivi de la gestion technique, comptable et commerciale des contrats d'assurance	-Relance client -Enquête de satisfaction -Recoupage des informations entre les départements impliqués sur chaque opération	Gestion commerciale d'un portefeuille de clients Amélioration de la qualité des prestations fournies
Vérification des encaissements, des émissions et des validations de primes	Vérification de l'effectivité des encaissements	-Circularisations comptables -Letrage des comptes	Synchronisation de l'information financière entre la trésorerie et la comptabilité
Evaluation des actifs	Evaluation de chaque catégorie d'actif par nature	-Outils financiers d'évaluation -Outils comptables	Recours à un expert du domaine (solution onéreuse) lorsque les

		d'évaluation -Evaluation des actifs par des experts	outils financiers et comptables ne permettent pas de refléter la valeur correcte de l'actif
Vérification du montant des provisions techniques par des tests	Vérification de l'intégrité du montant à comptabiliser	Tests de vraisemblance	Les outils d'analyse quantitative de l'auditeur interne (échantillonnage) peut être utilisés en plus des tests de vraisemblance pour détecter les montants atypiques.
Réajustement du montant des provisions techniques (si nécessaire)	Correction des montants comptabilisés	Analyse des écarts	Correction après confrontation du montant prévu et du montant corrigé. Explication des écarts
Validation des écritures comptables	Saisie en comptabilité du montant définitif et confirmé par écrit par le service actuariat	Grille de séparation des taches incompatibles	Validation définitive du montant retenu pour les états financiers

Source : nous-mêmes

Nous établirons une brève comparaison entre la méthodologie en vigueur et la méthodologie proposée :

Tableau 14 : Comparaison entre la méthodologie en vigueur et la méthodologie proposée

Taches communes	Modifications
Choix de la méthode de calcul	} Travail en équipe } Mise en place d'un coté d'élaboration de la note technique de chaque produit
Analyse de la cohérence avec la politique de rentabilité	
Implémentation du système intégré de gestion	
Tests et intégration définitive	→ Recours à un expert indépendant
Gestion courante des contrats d'assurance	→ Amélioration de la synchronisation des différents départements
Vérification des encaissements, des émissions et des validations de primes	→ Renforcement de cette étape par l'évaluation des actifs en représentation des provisions techniques
Vérification du montant des provisions techniques par des tests	
Réajustement du montant des provisions techniques (si nécessaire)	
Validation des écritures comptables	

6.7. Contrôle interne

L'absence de procédures formalisées au sein de AMSA Assurances Vie est une situation anormale. En effet, toute activité économique, et encore plus l'activité financière a besoin d'un cadre formel interne qui mette l'entreprise à l'abri des fraudes. La gestion des contrats d'assurance étant une activité complexe il existe plusieurs possibilités d'introduire de manière intentionnelle ou innocente des failles.

C'est pourquoi, en plus de proposer une méthodologie d'évaluation des provisions techniques, nous recommandons fortement à l'entreprise de renforcer son dispositif de contrôle interne.

La méthodologie d'évaluation des provisions techniques que nous avons proposée rejoint les grandes lignes de celle présentement utilisée par AMSA Assurances Sénégal. Cependant elle y ajoute une étape essentielle : celle de l'évaluation des actifs inscrits en représentation des provisions techniques.

Aussi, avons-nous été interpellés par l'inexistence de dispositif de contrôle interne. Et, nous encourageons l'entreprise à y remédier. Car, cela renforcerait tous les processus métiers et en particulier les processus clés tels que l'évaluation des provisions techniques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion de la deuxième partie

Le cadre pratique de notre analyse a permis la mise en œuvre de notre démarche d'analyse au sein de AMSA Assurances Vie Sénégal. Afin de faire la lumière sur la méthodologie utilisée par cette compagnie d'assurance, nous avons fait usage de plusieurs outils grâce à la collaboration du personnel.

L'information ainsi recueillie fait état d'une faiblesse du dispositif de contrôle interne. Cette situation bien que passagère affecte toutes les activités de l'entreprise et particulièrement l'évaluation des provisions techniques. Cependant, il nous a été donné de constater une méthodologie d'évaluation des provisions techniques fiable et qui a l'avantage d'avoir été mise en œuvre depuis de nombreuses années.

Dès lors, notre contribution a été de proposer une méthodologie d'évaluation des provisions techniques qui prenne en compte la solvabilité de l'entreprise grâce à l'évaluation des actifs inscrits en représentation de ces provisions. Aussi, avons-nous souhaité un dispositif de contrôle interne formalisé.

Ces recommandations mettent un terme à la phase pratique de notre analyse.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

Le secteur de l'assurance connaît une croissance stable en Afrique subsaharienne. Au cours de la dernière décennie, les marchés de la zone FANAF ont connu une croissance moyenne de 8% alors que l'assurance vie en particulier évoluait à un taux de 13,3% (Annexe 10). La branche vie enregistre donc un taux de croissance continu à deux chiffres ; elle se doit de maîtriser cette croissance pour assurer la pérennité de ce secteur. La provision technique, en raison de son montant élevé et du fait qu'elle est la résultante de toutes les opérations sur un contrat d'assurance, est donc d'un enjeu important.

Pour encadrer cet aspect sensible de la gestion, la CRCA régulateur de la zone CIMA et ses représentations locales : les DA inspectent régulièrement les états financiers des compagnies d'assurance. Afin de satisfaire ces exigences les compagnies d'assurances élaborent des méthodologies rigoureuses d'évaluation des provisions techniques. Ce sont ces méthodologies qui ont fait l'objet de notre étude.

La phase pratique de notre étude nous a conduits à AMSA Assurances Vie. Au sein de cette entreprise, nous avons pris connaissance de sa méthodologie d'évaluation des provisions techniques et l'avons analysée. Au terme de cette analyse nous avons formulé des recommandations sur cette méthodologie et sur le dispositif de contrôle interne en général.

Cependant, en marge de cette étude, nous souhaiterions lancer une autre réflexion. Dans le contexte économique de notre sous-région ouest africaine dont les économies reposent sur le secteur primaire et l'agriculture en particulier. Les populations rurales actrices de ce développement n'ont pas souvent la culture de la banque d'une part et d'autre part sont très vulnérables aux aléas climatiques. En conséquence, ces populations n'ont pas de garantie et de maîtrise de leurs revenus. Pour répondre à ce besoin, certaines compagnies d'assurance se sont lancées dans l'assurance agricole. Nous pensons qu'il serait judicieux de faire une étude comparée des prestations offertes dans le but de déterminer si elles sont en adéquation avec les besoins des populations rurales.

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Insurance and pensions: key tables from OECD

Direct gross insurance premiums

As a percentage of GDP, life and non life premiums

Percentage

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Australia	6,3	6,3	5,9	5,7	6,1	5,6	5,2	7,1
Austria	5,8	5,7	5,7	5,5	5,3	5,7	5,9	5,7
Belgium	9,2	9,6	11,1	9,2	9,4	8,3	8,3	8,2
Canada	7,6	7,7	7,6	7,7	7,9	6,8	5,4	7,3
Chile	..	..	..	3,3	..	..	3,8	..
CzechRepublic	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,8	3,9	3,7
Denmark	6,9	7,0	8,1	8,4	9,1	9,5	..	7,8
Finland	3,8	3,7	3,9	3,6	3,3	3,3	3,9	4,1
France	8,8	9,5	10,1	12,4	11,3	9,3	10,4	8,5
Germany	7,1	7,1	7,3	6,9	6,7	6,6	..	6,8
Greece	1,9	1,9	1,9	2,2	2,2	2,1	..	1,8
Hungary	3,0	2,9	3,1	3,4	3,6	3,3	3,1	2,9
Iceland	3,3	2,9	..	2,8	2,9	2,8	2,3	3,0
Ireland	15,5	17,7	19,0	20,7	24,5	19,1	20,3	..
Israel (1)	..	..	..	5,5	5,4	5,4	5,2	..
Italy	7,4	7,4	7,9	7,5	6,7	6,1	7,7	6,9
Japan	7,2	7,0	7,2	7,1	7,5	8,2	8,8	7,1
Korea	9,8	9,8	10,7	11,3	11,8	10,8	11,0	10,2
Luxembourg	25,8	29,2	33,8	34,5	31,0	29,6	43,9	25,4
Mexico	1,7	1,8	1,7	1,8	2,0	1,7	2,0	2,0
Netherlands	9,6	9,8	9,5	8,5	8,4	8,1	7,9	9,3
New Zealand	2,2	2,7	2,8	2,7	2,6	2,4	2,5	..
Norway	5,6	5,8	5,7	4,8	5,1	5,3	5,5	5,3
Poland	2,9	2,9	3,1	3,5	3,7	4,6	3,8	2,8
Portugal	6,7	7,1	8,9	8,2	8,2	9,0	8,4	6,1
SlovakRepublic	..	2,7	..	2,6	2,8	3,0	3,3	2,3
Spain	5,4	5,4	5,4	5,4	5,2	5,4	5,7	6,6

Méthodologie d'évaluation des provisions techniques d'une compagnie d'assurances de personnes :
Cas de AMSA ASSURANCES VIE SENEGAL

Sweden	7,6	7,9	8,1	7,4	6,4	6,1	5,9	..
Switzerland	12,3	11,6	10,9	10,1	9,9	10,9	10,0	13,4
Turkey	1,1	1,2	1,1	1,1	1,3	..	..	1,0
United Kingdom	15,2	14,5	14,8	14,9	19,4	14,7	12,7	14,8
United States	11,4	11,2	10,6	10,7	10,8	10,6	11,3	9,3
EU15	8,8	8,9	9,3	9,5	10,0	8,4	9,3	8,3
NAFTA	10,6	10,5	9,8	10,0	10,0	9,7	10,3	8,8
OECD – Total	9,2	9,1	9,0	9,1	9,3	8,7	9,4	8,2

Last updated: 12 November 2012; disclaimer: <http://oe.cd/disclaimer>

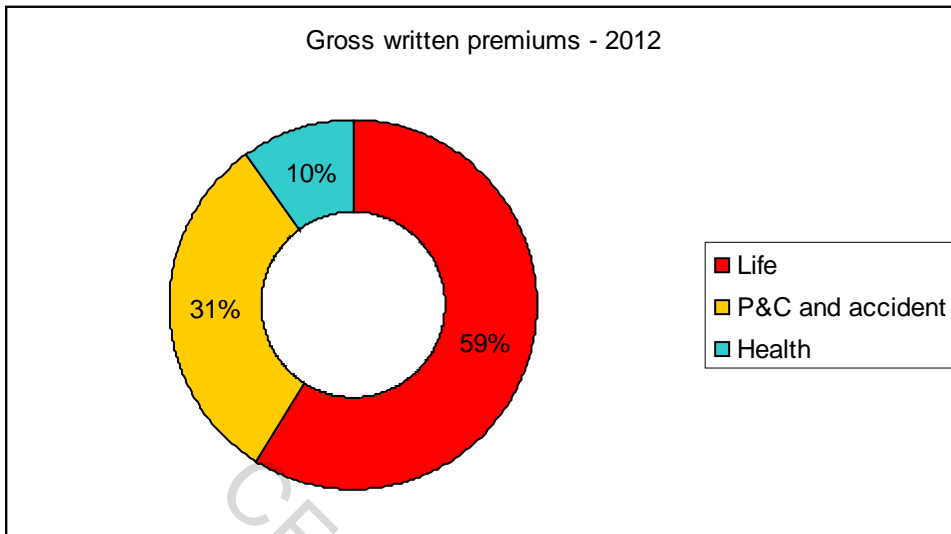
.. Not available

1. The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

Source: Insurance activity indicators, *OECD Insurance Statistics* (database)

<http://dx.doi.org/gr-ins-prem-table-2012-1-en>

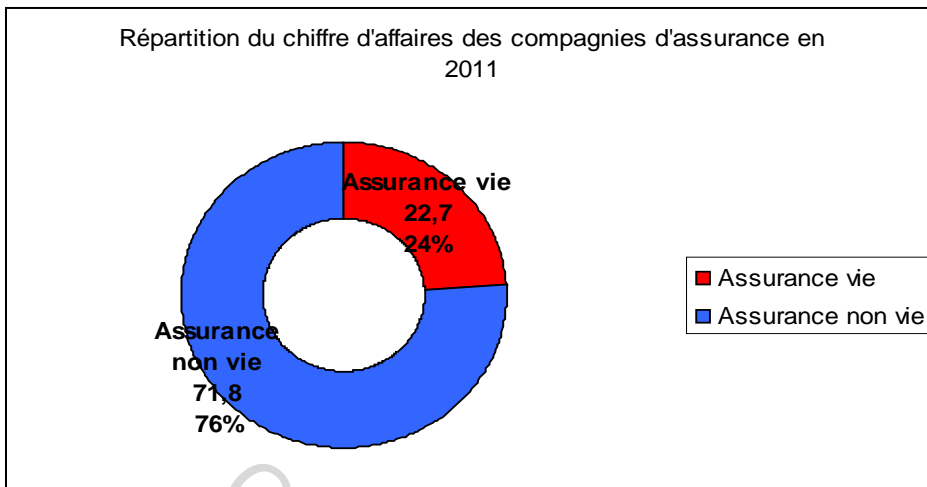
Annexe 2 : Primes brutes 2012



Source : Insurance Europe Board

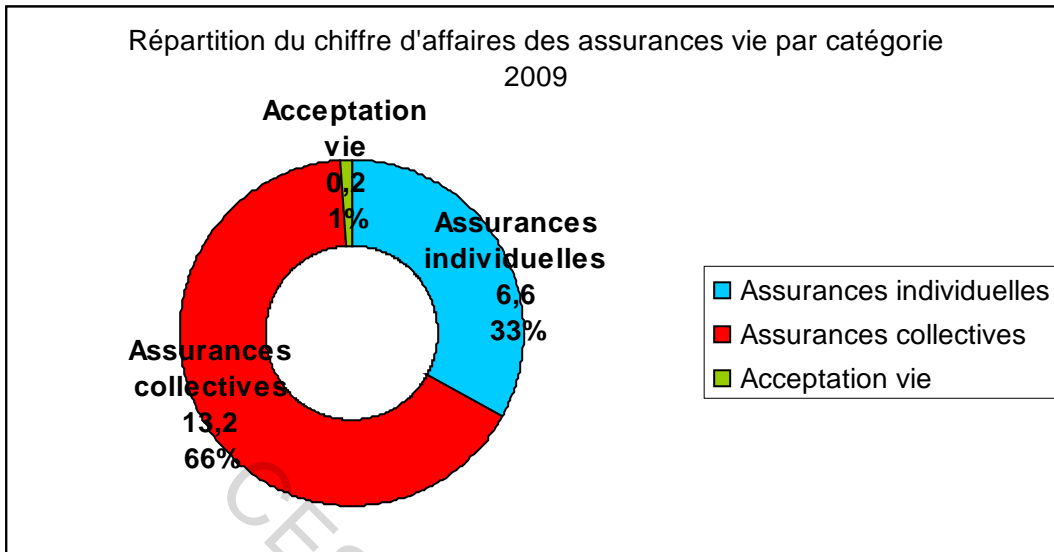
<http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/final-key-facts-2013.pdf>

Annexe 3 : Répartition du chiffre d'affaires des compagnies d'assurance en 2011



Source : Agence nationale de la statistique et de la démographie (selon données de la Direction des assurances)

Annexe 4 : Répartition du chiffre d'affaires des assurances vie par catégorie 2009



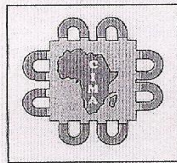
Source : Agence nationale de la statistique et de la démographie (selon données de la Direction des assurances)

Annexe 5 : Evolution du nombre des sociétés d'assurance

Sociétés d'assurances	2008	2009	2010	2011
Assurance non vie	13	16	16	16
Assurance vie	6	6	6	6
Total	19	22	22	22

Source : Agence nationale de la statistique et de la démographie (selon données de la Direction des assurances)

Annexe 6 : Règlement CIMA



C I M A

CONFERENCE INTERAFRICAINNE
DES MARCHES D'ASSURANCES

CONSEIL DES MINISTRES DES
ASSURANCES

REGLEMENT N° 0006 /CIMA/PCMA/PCE/2012
MODIFIANT ET COMPLETANT LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX TABLES DE MORTALITES

LE CONSEIL DES MINISTRES

Vu le Traité instituant une Organisation intégrée de l'Industrie des Assurances dans les Etats africains notamment en ses articles 6, 39, 40, 41 et 42 ;

Vu le communiqué final du Conseil des Ministres du 04 octobre 2012 ;

Vu le compte rendu des travaux du Comité des Experts de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA) du 25 au 27 septembre 2012 et les 1^{er} et 2 octobre 2012 ;

Sur proposition du Comité des Experts ;

DECIDE

Article 1^{er} : le code des assurances est modifié et complété par les dispositions suivantes :

LIVRE III : LES ENTREPRISES

TITRE III : REGIME FINANCIER

CHAPITRE V : TARIFS ET FRAIS D'ACQUISITION ET DE GESTION

Article 338 (modifié)

Tables de mortalité et taux d'intérêt

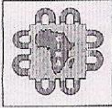
Les tarifs présentés au visa du Ministre en charge des assurances par les entreprises d'assurance sur la vie ou à la Commission Régionale de Contrôle des Assurances par cette autorité doivent, sous réserve des dispositions de l'article 338-2, être établis d'après les éléments suivants :

1°) table de mortalité CIMA H pour les assurances en cas de décès et CIMA F pour les assurances en cas de vie, annexées au présent article ;

2°) taux d'intérêt au plus égaux à 3,5%.

Ces tarifs doivent comporter des chargements permettant la récupération par l'entreprise d'un montant de frais justifiable et raisonnable.

Article 2: Le contenu de l'annexe à l'article 338 est complété par les tables de mortalité ci-dessous :



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

TABLE DE MORTALITE CIMA H

l_x = nombre de vivants à l'âge x - dx = nombre de décès entre l'âge x et l'âge $x+1$

Age	l_x	dx	Age	l_x	dx
0	1 000 000	5 368	54	868 076	7 712
1	994 632	726	55	860 365	8 066
2	993 906	555	56	852 299	8 425
3	993 351	473	57	843 874	8 941
4	992 878	404	58	834 933	9 531
5	992 474	368	59	825 402	10 282
6	992 105	332	60	815 120	11 025
7	991 773	313	61	804 094	11 914
8	991 460	313	62	792 181	12 791
9	991 147	294	63	779 390	13 653
10	990 853	313	64	765 737	14 647
11	990 541	313	65	751 090	15 611
12	990 228	368	66	735 479	16 578
13	989 860	438	67	718 901	17 371
14	989 422	538	68	701 530	18 178
15	988 884	708	69	683 352	18 989
16	988 176	896	70	664 363	19 811
17	987 279	1 113	71	644 551	20 635
18	986 166	1 319	72	623 917	21 426
19	984 848	1 466	73	602 490	22 188
20	983 382	1 551	74	580 303	22 921
21	981 830	1 603	75	557 382	23 641
22	980 227	1 632	76	533 740	24 351
23	978 596	1 653	77	509 389	25 022
24	976 943	1 681	78	484 367	25 672
25	975 262	1 710	79	458 695	26 347
26	973 552	1 753	80	432 348	27 049
27	971 800	1 795	81	405 299	27 722
28	970 004	1 838	82	377 577	28 259
29	968 166	1 886	83	349 317	28 557
30	966 281	1 926	84	320 761	28 543
31	964 354	1 964	85	292 218	28 247
32	962 390	2 028	86	263 970	27 685
33	960 362	2 118	87	236 285	26 841
34	958 244	2 244	88	209 445	25 718
35	956 000	2 368	89	183 727	24 317
36	953 632	2 515	90	159 409	22 677
37	951 116	2 672	91	136 733	21 960
38	948 445	2 849	92	114 773	21 943
39	945 596	3 057	93	92 830	21 051
40	942 539	3 296	94	71 779	19 222
41	939 243	3 584	95	52 557	16 535
42	935 659	3 877	96	36 022	13 233
43	931 782	4 194	97	22 789	9 705
44	927 588	4 524	98	13 083	6 406
45	923 065	4 866	99	6 678	3 722
46	918 199	5 199	100	2 955	1 855
47	912 999	5 515	101	1 100	768
48	907 484	5 815	102	332	254
49	901 669	6 108	103	78	64
50	895 561	6 395	104	13	12
51	889 166	6 705	105	2	2
52	882 462	7 026	106	0	-
53	875 435	7 359			



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

TABLE DE MORTALITE CIMA F

l_x = nombre de vivants à l'âge x - d_x = nombre de décès entre l'âge x et l'âge $x+1$

Age	Lx	dx	Age	Lx	dx
0	1 000 000	2 849	54	926 624	4 465
1	997 151	386	55	922 159	4 691
2	996 766	295	56	917 468	4 917
3	996 470	252	57	912 551	5 222
4	996 219	215	58	907 329	5 569
5	996 004	196	59	901 760	6 003
6	995 808	177	60	895 757	6 445
7	995 631	167	61	889 312	6 971
8	995 465	167	62	882 341	7 506
9	995 298	156	63	874 835	8 050
10	995 142	167	64	866 785	8 680
11	994 975	167	65	858 105	9 316
12	994 809	196	66	848 790	9 965
13	994 613	233	67	838 825	10 561
14	994 380	286	68	828 264	11 188
15	994 093	378	69	817 076	11 841
16	993 716	478	70	805 235	12 529
17	993 238	594	71	792 706	13 249
18	992 644	704	72	779 457	13 983
19	991 941	783	73	765 475	14 735
20	991 158	829	74	750 740	15 509
21	990 329	858	75	735 231	16 322
22	989 470	877	76	718 908	17 181
23	988 594	892	77	701 727	18 072
24	987 701	911	78	683 655	19 016
25	986 790	930	79	664 639	20 057
26	985 861	955	80	644 582	21 215
27	984 906	980	81	623 368	22 463
28	983 926	1 006	82	600 905	23 733
29	982 920	1 033	83	577 171	24 943
30	981 887	1 056	84	552 228	26 026
31	980 831	1 078	85	526 202	26 993
32	979 754	1 114	86	499 209	27 844
33	978 640	1 164	87	471 365	28 541
34	977 475	1 236	88	442 823	29 055
35	976 240	1 306	89	413 769	29 338
36	974 934	1 388	90	384 431	29 374
37	973 545	1 477	91	355 057	30 782
38	972 069	1 577	92	324 275	33 753
39	970 492	1 695	93	290 522	36 235
40	968 796	1 831	94	254 287	37 913
41	966 965	1 995	95	216 374	38 456
42	964 970	2 162	96	177 918	37 566
43	962 808	2 344	97	140 351	35 064
44	960 464	2 534	98	105 288	30 973
45	957 930	2 733	99	74 315	25 596
46	955 197	2 928	100	48 718	19 515
47	952 268	3 115	101	29 204	13 498
48	949 153	3 294	102	15 706	8 300
49	945 859	3 471	103	7 406	4 428
50	942 387	3 647	104	2 978	1 991
51	938 740	3 837	105	987	987
52	934 903	4 036	106	0	-
53	930 868	4 244			



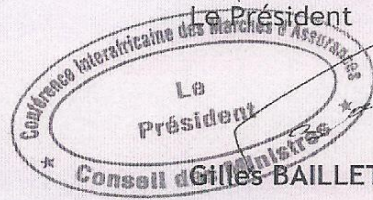
CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

Article 3: Le présent règlement sera publié au Bulletin Officiel de la Conférence. Il prend effet le premier jour du mois suivant sa date de publication.

Fait à Paris, le 04 octobre 2012.

Pour le Conseil des Ministres

Le Président



Gilles BAILLET

CESAG - BIBLIOTHEQUE



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

ANNEXE AU REGLEMENT N° 0006 /CIMA/PCMA/PCE/2012 RELATIF
AUX NOUVELLES TABLES DE MORTALITES

1. Tarification des contrats à compter de la date d'adoption des nouvelles tables de mortalité

A compter de la date d'application du règlement portant adoption des nouvelles tables de mortalité, les compagnies d'assurance doivent utiliser ces tables (CIMA H et CIMA F) dans la tarification des nouvelles affaires et les renouvellements des contrats annuels par tacite reconduction.

Les polices à primes périodiques souscrites avant la date d'application des nouvelles tables de mortalité et qui sont toujours en cours à cette date conservent les anciennes primes jusqu'à leur échéance.

2. Visa du Ministre en charge du secteur des assurances pour les nouveaux tarifs

Tous les tarifs déterminés à partir des nouvelles tables de mortalité doivent être présentés au visa du Ministre en charge du secteur des assurances, préalablement à leur utilisation. Ces tarifs doivent être accompagnés des notes techniques et des conditions générales des contrats.

3. Impact du changement de tables de mortalité sur le provisionnement des contrats et sur l'élaboration des comptes des sociétés

A compter de la date d'application du règlement portant adoption des nouvelles tables de mortalité, les compagnies d'assurance doivent, lors de l'arrêté des comptes, calculer les provisions mathématiques en cours de service et les droits en cours de constitution au titre de tous les contrats, en retenant ces nouvelles tables.

Les compagnies d'assurance produisent également dans le rapport de gestion, pour chaque type de contrat souscrit avant l'adoption des nouvelles tables, une analyse du provisionnement résultant de l'utilisation des nouvelles tables sur une période de 5 ans (de 2013 à 2017) suivant le tableau ci-dessous :

EXERCICE : 2013

BRANCHES		Provisions mathématiques anciennes tables	Provisions mathématiques nouvelles tables	*Effet du changement de tables de mortalité	Effet (%)	Provisions mathématiques dans les comptes	Provisions mathématiques restantes à amortir
Assurances individuelles	Contrat en cas de vie						
	Contrat en cas de décès						
	Mixte						
	Epargne						
	Titre de capitalisation						
Assurances collectives	Complémentaires						
	Contrat en cas de vie						
	Contrat en cas de décès						
	Mixte						
	Epargne						
Acceptations vie	Titre de capitalisation						
	Complémentaires						
TOTAL							

*(+) pour les augmentations de provisions mathématiques et (-) pour les diminutions de provisions mathématiques.



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

Les effets sur le provisionnement résultant de l'utilisation des nouvelles tables sont comptabilisés intégralement dans les comptes de l'exercice clos au 31 décembre 2013 ou lors du premier arrêté des comptes.

Toutefois, si l'augmentation des provisions mathématiques, du fait du changement de table de mortalité est supérieure à 5%, la société peut être autorisée, sur sa demande, à amortir linéairement ce différentiel sur une période maximale de 5 ans. Le résultat de la société sera donc impacté par une charge représentant l'amortissement de l'exercice. Dans ce cas le rapport de gestion indique le montant supplémentaire provisionné dans l'année et le montant restant à provisionner.

Les demandes d'étalement de l'augmentation des provisions mathématiques doivent être transmises au Secrétariat Général de la CIMA au plus tard le 31 octobre 2013 pour examen par la Commission.

A cet effet, les sociétés doivent procéder à une simulation et une projection du montant de leurs provisions mathématiques au 31 décembre 2013. Si les résultats de la simulation présentaient une hausse de plus de 5% et si une société prend l'option de l'étalement de cette provision, elle introduit un dossier devant la Commission.

Ce dossier doit contenir notamment les pièces suivantes :

- i. Les notes techniques des contrats ;
- ii. Les listings produit par produit et police par police de calcul des provisions mathématiques au 31/12/2013 (simulation) en deux versions : l'une avec les anciennes tables et la seconde avec les nouvelles tables ;
- iii. Une présentation des hypothèses de la simulation permettant d'évaluer l'incidence des opérations entre la date d'évaluation des provisions mathématiques et la clôture de l'exercice (31/12/2013);
- iv. Une synthèse de la variation du provisionnement résultant de l'utilisation des nouvelles tables suivant le tableau donné plus haut;
- v. Les comptes prévisionnels au 31/12/2013 en deux versions : l'une en utilisant les anciennes tables et la seconde en utilisant les nouvelles tables. Les comptes prévisionnels demandés sont composés des éléments suivants : le bilan, le compte de résultat, le compte de pertes et profits, l'état C1, l'état C4 et l'état C11;
- vi. Un projet d'amortissement du différentiel de provisions mathématiques sur une durée retenue par la société qui ne peut excéder 5 ans.



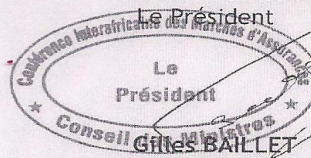
CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

Une analyse des écarts entre les réalisations et les hypothèses de simulation initialement fournies doit être effectuée et transmise à la Commission à la clôture de l'exercice et au plus tard le 30/04/2014. Cette analyse permettra éventuellement à la Commission d'enjoindre les sociétés de réviser leur plan d'amortissement en cas de divergence significative entre les réalisations et les hypothèses initialement annoncées.

Fait à Paris, le 04 octobre 2012.

Pour le Conseil des Ministres

Le Président



Gilles BAILLET

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 7 : Etat C25 - Participation des assurés ou des porteurs de contrats d'assurance vie et de capitalisation aux résultats techniques et financiers

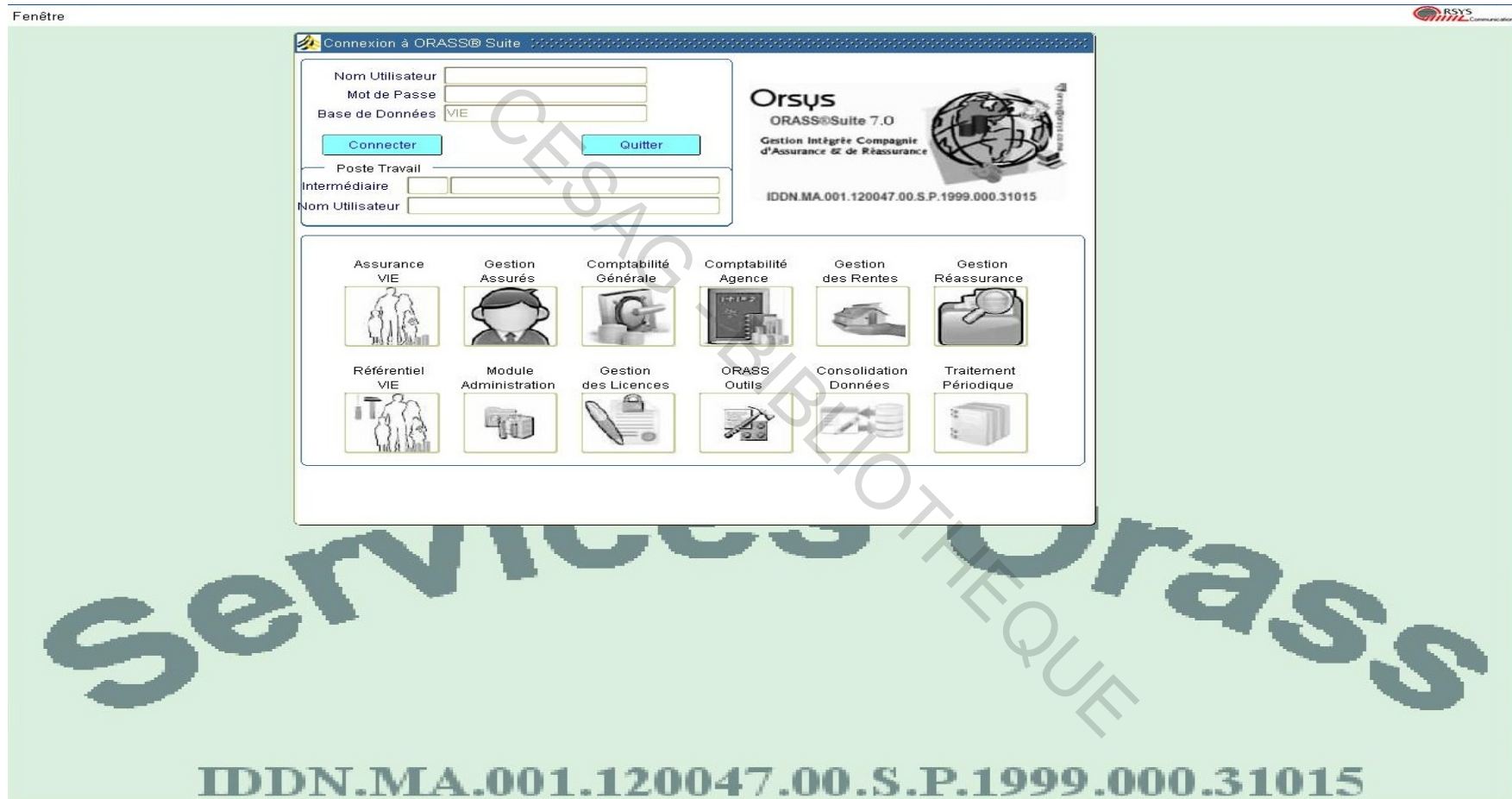
Société :

Pays : Exercice :


ETAT C25 - Participation des assurés ou des porteurs de contrats d'assurance vie et de capitalisation aux résultats techniques et financiers

DESIGNATION	EXERCICES				
	Année	Année	Année	Année	Année
A - Eléments techniques : 1 . Primes..... 2 . Provisions mathématiques..... B - Montant minimal et réglementaire de la participation..... C - Montant effectif de la participation..... dont : 1. Participation attribuée à des contrats dans l'exercice..... 2. Variation des provisions techniques pour participation non encore affectée. D - Ratios (en pourcentage) : C/A2 Rapport entre la participation totale et les provisions mathématiques..... C1/A2 Rapport entre la participation attribuée à des contrat dans l'exercice et les provisions mathématiques... C/B Rapport entre la participation effective et la participation minimale réglementaire.					

Annexe 8 : Interface accueil logiciel ORASS



Annexe 9 : Primes émises par les compagnies d'assurance – branche vie (FANAF 2013)


DOSSIER SPECIAL

Classement des compagnies par branche : Vie

Chiffres en milliers de francs CFA

Rang		Compagnies	Pays	Primes émises	
2011	2010 ⁽¹⁾			2011	2010 ⁽¹⁾
20	21	SOCIETE NOUVELLE D'ASSURANCE VIE (SONAVIE)	MALI	3 052 038	2 938 272
21	23	UNION DES ASSURANCES DU TOGO VIE	TOGO	2 807 284	2 337 360
22	19	UNION DES ASSURANCES DU NIGER VIE	NIGER	2 741 589	3 001 561
23	22	COLINA VIE BENIN	BENIN	2 733 026	2 473 782
24	31	STAM VIE	COTE D'IVOIRE	2 580 219	1 781 314
25	37	NSIA VIE TOGO	TOGO	2 542 541	1 218 042
26	33	SAAR ASSURANCES VIE	CAMEROUN	2 479 552	1 604 835
27	29	NSIA VIE SENEGAL	SENEGAL	2 368 053	1 870 603
28	36	NSIA VIE GABON	GABON	2 302 710	1 449 063
29	30	NSIA VIE BENIN	BENIN	2 284 404	1 804 009
30	34	COLINA ALL LIFE	CAMEROUN	2 227 414	1 581 048
31	26	ALLIANZ BURKINA ASSURANCES VIE	BURKINA FASO	2 159 944	1 942 218
32	32	ASSURANCES GENERALES DU CONGO - VIE (AGC-VIE)	CONGO BRAZZAVILLE	2 158 704	1 688 750
33	44	BENEFICIAL LIFE	TOGO	1 887 031	ND
34	40	AVIE SA	BENIN	1 802 219	1 141 925
35	28	SOCABU	BURUNDI	1 690 252	1 932 893
36	27	SAAR VIE SENEGAL	SENEGAL	1 502 851	1 939 099
37	35	NSIA VIE CONGO	CONGO BRAZZAVILLE	1 357 543	1 516 408
38	13	AMSA ASSURANCES VIE	SENEGAL	1 351 411	4 432 994
39	24	UNION BENINOISE D'ASSURANCES VIE	BENIN	1 222 949	2 037 789
40	38	ASSURANCES ET REASSURANCES DU GOLFE DE GUINEE	BENIN	1 212 761	1 202 251
41	42	L'AFRICAIN VIE BENIN	BENIN	1 190 083	1 034 279
42	25	GENERALE DES ASSURANCES VIE	BURKINA FASO	1 103 279	1 990 767
43	43	MAFUCECTO	TOGO	1 088 708	1 003 095
44	39	L'ALLIANCE AFRICAINE D'ASSURANCES VIE	COTE D'IVOIRE	849 503	1 175 804
TOTAL 2011				195 099 873	
TOTAL 2010⁽¹⁾				181 863 950	

(1) Chiffres et rangs 2010 revus au 31/12/2011
ND: non déterminé

Source : FANAF 2013

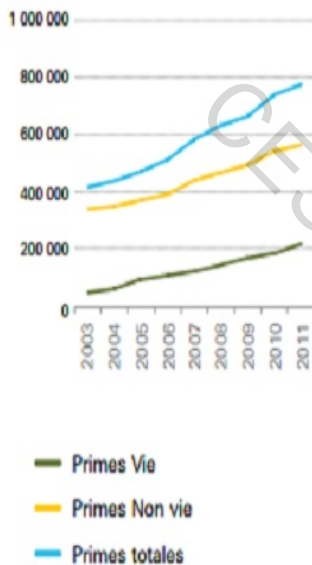
Annexe 10 : Analyse des marchés de la FANAF – (FANAF 2013)

L'analyse des marchés



DOSSIER SPECIAL

Evolution des primes de 2003 à 2011



Evolution du chiffre d'affaires de la zone FANAF 2003-2011

Chiffres en millions de francs CFA

Années	Primes Vie	Evolution	Primes Non vie	Evolution	Primes totales	Evolution
2003	78 211	5,5%	342 618	8,9%	420 829	8,3%
2004	92 602	18,4%	349 779	2,1%	442 381	5,1%
2005	104 665	13,0%	369 997	5,8%	474 662	7,3%
2006	121 852	16,4%	394 111	6,5%	515 963	8,7%
2007	141 490	16,1%	442 229	12,2%	583 719	13,1%
2008	164 430	16,2%	467 192	5,6%	631 622	8,2%
2009	169 897	3,3%	494 461	5,8%	664 358	5,2%
2010	198 300	16,7%	538 300	8,9%	736 600	10,9%
2011	212 500	7,2%	564 600	4,9%	777 100	5,5%
Moyenne		13,3%		6,4%		8,0%

Source : FANAF 2013

Evolution du taux de croissance de la zone FANAF 2003-2011



Evolution des primes, sinistres et chargements* de la zone FANAF 2003-2011

Chiffres en millions de francs CFA

Années	Primes	Evolution	Sinistres	Evolution	Chargements	Evolution
2003	420 829	8,3%	179 492	-2,3%	156 496	9,6%
2004	442 381	5,1%	206 771	15,2%	161 203	3,0%
2005	474 662	7,3%	207 561	0,4%	170 199	5,6%
2006	515 963	8,7%	262 700	26,6%	200 024	17,5%
2007	583 719	13,1%	272 537	3,7%	210 660	5,3%
2008	631 622	8,2%	289 038	6,1%	226 924	7,7%
2009	664 358	5,2%	302 246	4,6%	255 906	12,8%
2010	736 600	10,9%	307 900	1,9%	273 442	6,9%
2011	777 100	5,5%	312 400	1,5%	295 541	8,1%
Moyenne		8,0%		7,2%		8,3%

* Chargements = Commissions+frais généraux

Source : FANAF 2013

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

Sources documentaires

1. Loi-cadre portant réglementation bancaire, BCEAO.
2. Règlement N°0006 CIMA/PCMA/PCE/2012 modifiant et complétant les dispositions relatives aux tables de mortalités.
3. Annexe au règlement N° 0006/CIMA/PCMA/PCE/2012 relatif aux nouvelles tables de mortalités.
4. Code général des impôts du Sénégal du 31 décembre 2012.
5. Loi N° 89-935 du 29 décembre 1989 de finances pour 1990, Assemblée Nationale France.
6. Théron & al. (2012), *Provisions techniques et capital de solvabilité d'une compagnie d'assurance : méthodologie d'utilisation de la Value-at-Risk*, 32p.
7. OCDE, *Insurance activity indicators, OECD Insurance Statistic*.
8. OCDE: *Insurance and pensions: key tables from OECD* (novembre 2012).
9. ANSD (2013), *Situation économique et sociale du Sénégal en 2011*, 343p.
10. Pr Joseph HEMARD, *Théorie et pratique des assurances terrestres*, Editeur Contrant-Laguerre, 1924, 712p.
11. OECD (2001), *Les impôts sur les compagnies d'assurance*, OECD Publishing, 119p.
12. OECD (2000), *Glossaire des termes d'assurance*, OECD Publishing, 140p.
13. (1999) *Lexique juridique et pratique des termes d'assurances*, Le Moniteurs Editions.
14. Bernard De Gryse, Larcier (2005), *La bancassurance en mouvement*, 90p.
15. Claude Devoet (2007), *L'assurance-vie, aspects techniques et juridiques*, Editions Kluwer, 289p.
16. Claude Devoet (2006), *Les assurances de personnes*, Editions Anthemis, 595p.
17. Karine Vilret-Huot (2006), *L'assurance-vie : instrument de crédit*, Editions Larcier, 272p.
18. Pascal Kerebel (2009), *Management des risques*, Editions d'organisation, 187p
19. Jacques Renard (2010), *Théorie et pratique de l'audit interne, 7^e édition*, Editions Eyrolles, 469p.
20. Lane & al. (2002), *Moral hazard: Does IMF financing encourage imprudence by borrowers and lenders?* Economic issues, 15p.
21. Dr Dang-Vu (2010), *L'indemnisation du préjudice corporel*, L'Harmattan, 119p.
22. Fonctionnement technique et actuariel de l'assurance vie et capitalisation, 2007, Saliou BAKAYOKO.

23. FAYE Mamadou, 2009, Séminaire FANAF Confection et analyse des états CIMA IARDT & Vie, 95p.
24. Luca De Dominicis (2008), Calcul d'une provision technique en assurance vie dans le cadre de Solvabilité 2 : les approches « marked to model », 28 pages.
25. Pr Christian BIALES (1999), L'intermédiation financière, *Cahier d'économie et gestion*, Revue n°61 mars 1999.
26. Pr Christian BIALES (1999), L'intermédiation financière, *Cahier d'économie et gestion*, Revue n°62 juin 1999.
27. Pr Christian BIALES (1999), L'intermédiation financière, *Cahier d'économie et gestion*, Revue n° 63 septembre 1999.
28. Marianne Lagrange (2013), Rendement, un savant dosage, *La Tribune de l'assurance*, Revue n°185 novembre 2013.
29. Anne Vathaire (2014), Le trésor des bancassureurs, *La Tribune de l'assurance*, Revue n°187 janvier 2014.
30. Pape N'DIAYE, Sénégal : Assurance maladie : « tiers payant », les défaillances d'un système, *Le Temoin*, N°1126 juin 2013.
31. Paul Henri Matte, Un outil de gestion : La cartographie des risques à la régie des rentes du Québec, *Revue d'audit*, N°167 décembre 2003.

Sources internet

1. Conférence Internationale des Contrôles d'Assurance et de Réassurance – CICA RE (2013), Chiffres clés, <http://cica-re.com/index.php/cicare/default/chiffrescles>
2. CIMA (2013), Présentation de la CIMA, <http://cima-afrique.org/pg.php?caller=cima&mode=pg&menu=cima>
3. Ministère de l'économie et des finances du Sénégal (2014), Présentation de la Direction des assurances, <http://www.finances.gouv.sn/index,6,21.html>