

ROYAUME DU MAROC



**INSTITUT SUPERIEUR DE COMMERCE ET
D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES**

Audit du resultat technique non-vie
d'une compagnie d'assurance :

Proposition d'un modèle de revue analytique

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme
national d'expertise comptable
Soutenu le 29 mai 2003

Par
Najwa ZIANI

MEMBRES DU JURY

Président : M. Ahmed Salem BRIK, Expert-Comptable DPLE

Directeur de recherche : M. Mostafa DAOUDI, Expert-Comptable DPLE

Suffragants : M. Abdelaziz AL MECHATT, Expert-Comptable DPLE
M. Kamal KADIRI, Enseignant à l'ISCAE

INTRODUCTION

Les hommes se sont toujours efforcés d'écarter la misère qui les entoure et de compenser les risques de l'existence. Le risque - et ses éventuelles conséquences malheureuses - est inséparable de la vie, que ce soit au niveau de l'individu, de la famille, de l'entreprise ou même du pays. Vivre et se développer, c'est prendre des risques¹.

L'assurance traite le risque en le prenant en charge, en indemnisant en cas de sinistre et en facilitant la prise de risque. Elle réduit l'incertitude des agents économiques.

Son secret, le regroupement d'un grand nombre de contrats d'assurance au sein d'une mutualité pour que se réalisent des compensations entre les risques sinistrés et ceux pour lesquels l'assureur aura perçu des primes sans régler de sinistres.

L'assurance a aussi une face cachée. En drainant des capitaux de plus en plus importants et en les investissant dans l'économie, elle finance sa croissance.

L'assurance au Maroc

Au Maroc², l'assurance n'a pas toujours été une culture de nos ancêtres. Pendant longtemps, l'opération d'assurance a été considérée comme immorale car elle développait la négligence et la notion de pari.

De même que, le pouvoir d'achat limité de certaines couches de la population qui considèrent l'assurance comme un produit de luxe, réservé aux marocains issus de la classe à revenu élevé, constituait en partie un véritable handicap au développement naturel de ce secteur.

¹ Ewald François, Lirenzi Jean-Hervé, "Encyclopédie de l'assurance", Economica, 1997 : Albert Michel "Le rôle économique et social de l'assurance"

² "Secteur des assurances au Maroc", Revue d'information de la BMCE n°283, nov-déc 2001

L'assurance n'a pu voir le jour qu'après l'avènement du protectorat. Et, avec le temps, cette pratique a pu tisser une place dans la société marocaine.

Cependant, la dernière décennie a été mouvementée pour le secteur des assurances au Maroc. De nombreuses compagnies ont dû faire face à d'importantes difficultés qui se sont traduites par la dégradation de leurs résultats techniques. C'est ainsi qu'en 1995, le Maroc a assisté à la liquidation de cinq sociétés d'assurance suite aux mesures de redressement appliquées par les autorités dans le cadre de la politique d'ajustement structurel entamée depuis 1982 et à la promulgation de certaines règles de gestion et des indicateurs d'appréciation de la solvabilité globale des entreprises d'assurance.

En matière juridique et comptable, ces dernières années auront été des années riches pour les sociétés du secteur des assurances.

En effet, l'année 1996 a été marquée par la publication du Nouveau Plan Comptable des Assurances (NPCA) qui a apporté des changements considérables, tant sur le plan de la présentation de l'information financière et comptable que sur le plan de son évaluation et de son enregistrement.

Ces deux dernières années ont, quant à elles, été marquées par trois principaux événements, la publication tant attendue du Code des Assurances, de la loi sur les accidents de travail et de la loi sur l'AMO (l'assurance maladie obligatoire).

L'année 2002 a également été marquée par la publication d'un rapport de la Banque Mondiale sur le respect des normes et codes concernant la comptabilité et l'audit³. Ce rapport relève des insuffisances dans le cadre légal et réglementaire du secteur des assurances telles que l'influence des règles prudentielles sur la comptabilité, l'absence de recours aux actuaires et l'inexistence de l'obligation de présentation de comptes consolidés.

Ainsi, comme tous les domaines en évolution, ce secteur ne peut qu'intéresser notre profession.

Cependant, force est de constater que l'évolution de la profession touche principalement les entreprises industrielles et commerciales. Or, les professionnels s'accordent souvent pour dire que l'approche définie pour les entreprises industrielles et commerciales ne trouve pas directement son application dans le secteur des assurances.

Les spécificités de l'activité d'assurance et leur impact sur la mission de l'auditeur légal ou contractuel

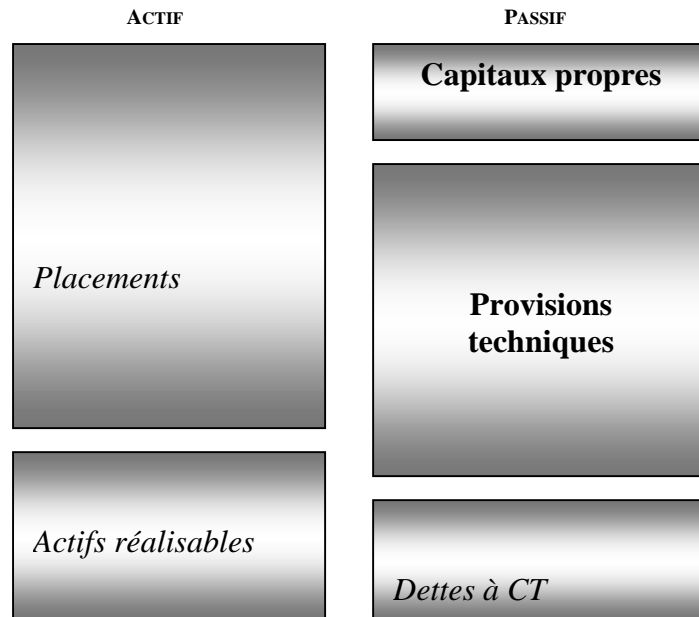
Contrairement aux entreprises commerciales ou industrielles qui fixent leur prix de vente en fonction de coûts préalablement encourus, les entreprises d'assurance facturent une prestation de service, prime, avant même de rendre toute prestation, règlement d'un sinistre dont le coût n'est cerné qu'à long terme. D'où la nécessité d'une structure financière solide.

³ Banque Mondiale, "Rapport sur le respect des normes et codes (Royaume du Maroc) : Comptabilité et Audit", juil-02

L'audit d'une compagnie d'assurance passe donc inévitablement par une analyse détaillée de ses équilibres financiers et techniques.

Lorsque l'on observe la structure d'un bilan d'une entreprise d'assurance, deux cycles ressortent de manière imposante : les actifs financiers, à l'actif ; les provisions techniques, au passif.

STRUCTURE SIMPLIFIEE D'UN BILAN D'ASSURANCE NON-VIE



Cette structure de bilan spécifique à l'assurance a pour origine l'inversion du cycle de production. Cette inversion introduit pour l'entreprise un excédent de trésorerie jusqu'au règlement des sinistres.

L'évaluation de ces deux postes s'inscrit donc comme un élément déterminant de l'appréciation du respect de l'équilibre financier des compagnies d'assurance. La sous-estimation des provisions techniques, comme la surestimation des actifs financiers, peut conduire l'entreprise à dégager des bénéfices fictifs.

L'équilibre technique d'une compagnie d'assurance, quant à lui, s'obtient avant tout par l'adéquation du tarif avec les garanties commerciales. Pour apprécier cette adéquation, il faut comparer le tarif avec le coût de production, en l'occurrence pour l'assureur, la charge de sinistre.

Or, le déclin du marché des actions au cours de ces trois dernières années affecte gravement l'équilibre financier des compagnies d'assurance, qui sont traditionnellement des investisseurs important dans de marché, en diminuant la valeur de leurs actifs. Dans certains cas, le rendement des investissements est bien inférieur aux taux de rendement garantis aux assurés.

Face à cette situation, les compagnies se voient obligées de retourner à leur métier fondamental, à savoir la gestion équilibres techniques et d'améliorer les résultats qu'ils tirent de leur cœur d'activité.

Véritable point de rencontre des différents flux concernés, à savoir, les primes, les sinistres et les provisions techniques (et cessions s'y rapportant), l'analyse de l'équilibre technique peut être appréhendée à travers l'audit du résultat technique.

Résultat technique des compagnies d'assurance

Tel que le prévoit le plan comptable des assurances, le CPC d'une compagnie d'assurance comprend trois tableaux :

- un compte technique assurances vie ;
- un compte technique assurances non-vie ;
- un compte non technique.

Le nouveau code des assurances⁴ définit le contrat d'assurance sur la vie comme étant un contrat par lequel, en contrepartie de versements uniques ou périodiques, l'assureur garantit des prestations dont l'exécution dépend de la survie ou du décès de l'assuré. L'assurance non-vie ou de dommages, quant à elle, est destinée à réparer les conséquences d'un évènement préjudiciable touchant au patrimoine ou à l'intégrité physique de l'assuré.

Dans cette branche, l'arrêté du 10 juin 1996⁵ intègre les Accidents Corporels, les Accidents du Travail, l'Automobile, la Responsabilité Civile Générale, l'Incendie, le Transport, etc. L'assurance non-vie est donc plus communément appelée l'assurance IARD (Incendie, Accidents et Risques Divers).

Au 31 décembre 2001, la répartition du compte technique du secteur en compte vie et compte non-vie présente la situation suivante⁶ :

<u>Rubriques (en MDH)</u>	<u>Non-vie</u>	<u>Vie</u>	<u>Total</u>
+ Primes acquises	+ 7,7	+ 3,1	+ 10,8

⁴ Cf. Annexe 1 : Loi n° 17-99 portant code des assurances

⁵ Cf. Annexe 3 : Arrêté du Ministre des Finances n° 369-95 du 10 juin 1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes-rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation.

⁶ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale, "Situation liminaire du secteur des assurances au Maroc en 2001", 2002

+ Produits techniques d'exploitation	+ 0,2	+ 0,0	+ 0,2
- Charges des sinistres	- 5,7	- 4,0	- 9,7
- Charges techniques d'exploitation	- 2,1	- 0,4	- 2,5
+ Résultat de réassurance	- 0,3	+ 0,0	- 0,3
+ Résultat des placements affectés	+ 1,5	+ 1,1	+ 2,6
= Résultat de l'exercice	+ 1,3	- 0,2	+ 1,1

Branche historiquement prédominante et représentant plus de 70% du chiffre d'affaires total du secteur en 2001, ce mémoire se limitera à la branche non-vie. D'ailleurs, l'appréciation du résultat technique vie, compte-tenu de sa complexité, ne relève pas de l'auditeur seul, mais elle est généralement faite en faisant appel à des actuaires qui utilisent des méthodes actuarielles.

Il convient de souligner que, dans ce mémoire, le terme "Résultat technique brut" désignera la différence entre les primes acquises et les charges de sinistre, augmentée du résultat de réassurance. Le résultat financier ne sera donc pas traité. Il en est de même pour les produits et charges techniques d'exploitation.

Utilité de la revue analytique dans le cadre de l'audit du résultat technique d'une compagnie d'assurance

La revue analytique est fondée sur l'existence de relations entre les données retenues et sur leur maintien en l'absence de raison contraire. L'existence de ces relations contribue à fournir des éléments de preuve que les données provenant du système comptable sont complètes et fiables.

Comme pour les entreprises industrielles et commerciales, l'examen analytique se retrouve à différents stades de la démarche d'audit d'une entreprise d'assurance :

- dans la phase initiale de la mission afin :
 - o d'identifier les domaines de risques potentiels ainsi que les flux et comptes significatifs qui exigent une attention particulière ;
 - o de recenser tous les éléments importants de l'exercice ou de la période considérée ;
 - o et d'identifier les points négligeables pour éviter les risques de sur-audit.
- pendant la mission pour la collecte des éléments probants sur la vraisemblance ou le caractère raisonnable des comptes individuels ou des groupes de comptes ;

- en fin de mission pour confirmer la cohérence des états financiers (examen des états de synthèse).

Pour le domaine de l'assurance, cette technique tient une place de choix dans le déroulement de la mission.

En effet, il s'agit pour l'auditeur d'examiner des populations importantes. Le volume des affaires des entreprises d'assurance ne lui permet pas de tirer des conclusions à partir de tests réalisés uniquement sur des transactions. La réalisation de tels travaux, même très étendus, n'est pas efficace dans ces entreprises ; ces tests ne peuvent couvrir qu'une partie des opérations, ce qui ne permet pas de conclure avec certitude sur l'ensemble des transactions.

Une étude au cas par cas pourrait donc conduire à des conclusions erronées tandis que la loi des grands nombres autorise à raisonner sur un ensemble d'éléments présentant des caractéristiques semblables.

De plus, l'activité d'assurance consiste à gérer le règlement de coûts incertains au moyen de produits quasi-déterminés. Elle ne permet donc de connaître avec certitude le résultat d'un exercice qu'après plusieurs années. En conséquence, face à autant d'incertitudes, les diligences d'audit doivent être faites selon une méthode qui permet des comparaisons avec les exercices précédents.

La revue analytique du résultat technique, visée par le thème du mémoire, est effectuée en fin de mission pour compléter les travaux de contrôle des comptes.

Elle revêt une importance particulière pour l'auditeur et tient une place importante dans le déroulement de la mission car elle permet de fournir des éléments probants quant à l'exhaustivité, l'exactitude et la validité des différentes composantes du résultat technique :

- l'analyse des bonis et malis réalisés sur les exercices antérieurs permet de détecter des incohérences dans le processus de détermination des provisions techniques et fournit, avec suffisamment de recul, une appréciation de la qualité du provisionnement des services sinistres sur les exercices antérieurs ;
- l'analyse de l'évolution du ratio S/P (sinistres / primes) permet de connaître le plus tôt possible les tendances de la sinistralité et d'appréhender la sinistralité de l'exercice en cours ;

- l'analyse des primes acquises permet de détecter des insuffisances de provisionnement de primes acquises non émises (PANE), de primes à annuler ou de primes non acquises (PPNA) ;
- l'analyse de l'évolution des taux de cession permet de s'assurer de l'exhaustivité et de la réalité des cessions réalisées par la compagnie ; etc.

Cependant, la complexité des éléments qui entrent en ligne de compte pour la détermination du résultat technique rend cette technique très difficile à appliquer par l'auditeur.

En effet, en ce qui concerne les sinistres, ce résultat accumule des chiffres relatifs à l'année de survenance et des éléments correspondants à des années de survenance antérieures (règlements et jeu des provisions). Il rend donc compte à la fois d'une estimation du résultat de l'exercice courant (exercice d'inventaire) et des bonis et malis sur exercices antérieurs.

Ainsi, les différentes évolutions que connaît le résultat technique brut de cessions en réassurance peuvent provenir :

- de changements dans l'évaluation des sinistres à payer dossier par dossier ;
- de variations que peut connaître le coût moyen des dossiers en cours ;
- de variations dans le nombre de dossiers (variation du nombre de sinistres survenus, fermeture de dossiers en masse ou dossiers clos mais non fermés, etc.) ;
- d'une évolution de la sinistralité au niveau de la branche ;
- de variations que peuvent connaître les règlements de l'exercice ;
- de variations dans la cadence des règlements de la compagnie ;
- de changements dans les méthodes d'évaluation des sinistres tardifs (survenus mais non déclarés à la date de l'arrêté) ; etc.

Les variations que peut connaître le résultat de réassurance découlent en principe des sources précédentes pour les cessions proportionnelles. Cependant, les comptes de réassurances en excédent de plein, de sinistre ou de pertes peuvent connaître des évolutions totalement différentes en fonction du niveau des capitaux assurés, des charges de sinistres ou encore de la sinistralité constatée.

Afin de pouvoir appréhender ces différentes évolutions, un modèle de revue analytique du résultat technique non-vie est proposé dans ce mémoire.

Mais l'application de ce modèle suppose d'abord que l'auditeur a déroulé une démarche d'audit du résultat technique puisque la revue analytique susvisée intervient dans la dernière phase du contrôle des comptes.

Plan du mémoire

Ce mémoire s'articule autour de deux parties :

- Première partie : "Démarche d'audit du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance". Cette démarche repose sur une approche par les risques. Elle comprend la prise de connaissance générale de la société et la détermination des zones de risques d'audit, l'audit des données répétitives et l'audit des données non répétitives.

La démarche proposée a été effectuée en fonction du caractère répétitif ou non des données incluses dans le résultat technique : l'audit des données répétitives et l'audit des données non répétitives comprennent à la fois l'évaluation du contrôle interne et le contrôle des comptes.

Cette première partie est nécessaire compte-tenu du fait que, la revue analytique fait partie intégrante de la démarche d'audit du résultat technique d'une compagnie d'assurance. L'une ne va pas sans l'autre. De plus, bien que la revue analytique soit d'un apport essentiel en matière d'assurance, elle ne peut être utilisée seule.

- Deuxième partie : "Modèle de revue analytique du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance : aspects méthodologiques et pratiques". Le modèle proposé est basé sur la ventilation du résultat technique par branche. L'analyse du résultat de chacune des branches d'assurance est faite en trois étapes :

- Première étape : analyse du résultat technique brut de l'exercice ;
- Deuxième étape : analyse des bonis ou malis sur exercices antérieurs ;
- Troisième étape : analyse du résultat de réassurance.

Cette méthodologie est illustrée par un cas d'application relatif à la branche automobile. En effet, au 31 décembre 2001, cette dernière constituait la branche la plus importante en termes de chiffre d'affaires (52,5% du chiffre d'affaires non-vie et 36,9%⁷ du chiffre d'affaires total).

⁷ Rapport préliminaire 2001 de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance.

PREMIERE PARTIE :

DEMARCHE D'AUDIT DU RESULTAT TECHNIQUE NON-VIE D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

Le Manuel des Normes d'Audit Légal et Contractuel marocain présente "les principales étapes de la mission d'audit". Ces étapes sont les suivantes :

- "l'orientation préalable des travaux permettant, à partir d'une première connaissance de l'entreprise et d'une identification des risques, de déterminer le programme général des travaux de contrôle à mettre en œuvre ;
- l'appréciation des procédures et l'obtention d'éléments probants, selon un degré et des modalités définis par le programme général de travail ;
- l'organisation des travaux s'appuyant principalement sur la délégation et la supervision des travaux ainsi que sur la conservation de la documentation nécessaire."

Il ne s'agit pas, dans cette première partie du mémoire, de dérouler l'ensemble de la démarche d'audit applicable aux compagnies d'assurance mais seulement celle relative aux comptes ayant un impact sur le résultat technique non-vie, à l'exclusion du résultat technique vie, du résultat financier et du résultat non technique.

La démarche proposée d'audit du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance se base sur une approche par les risques. Elle a été répartie en trois paliers :

- Palier 1 : la prise de connaissance générale de la société et la détermination des zones de risques d'audit ;

- Palier 2 : l'audit des données répétitives ;
- Palier 3 : l'audit des données non répétitives.

Tel qu'il a été cité dans l'introduction du mémoire, la démarche proposée (deux derniers paliers) d'audit du résultat technique non-vie n'est pas chronologique. Elle a été effectuée en fonction du caractère répétitif ou non des données incluses dans ce résultat technique : l'audit des données répétitives et l'audit des données non répétitives comprennent à la fois l'évaluation du contrôle interne et le contrôle des comptes.

Palier 1 : La prise de connaissance générale, la détermination des zones de risques d'audit et l'orientation de la mission

Compte-tenu des particularités du secteur des assurances en matière réglementaire et comptable, et de la complexité des opérations traitées, la prise de connaissance générale et la détermination des zones de risques revêtent une importance capitale dans l'audit du résultat technique non-vie des compagnies d'assurance.

Cette partie comprendra la prise de connaissance de l'environnement général d'une entreprise d'assurance lui permettant notamment d'identifier les risques généraux liés à l'entreprise, l'identification des domaines et des systèmes significatifs et enfin, le plan de mission.

Palier 2 : L'audit des données répétitives

L'audit des données répétitives incluses dans le résultat technique non-vie d'une entreprise d'assurance comprend principalement l'audit des primes émises et des prestations payées (cf. infra pour la justification de ce choix).

Il comprend également la revue des systèmes d'information et des sécurités mises en place pour assurer l'intégrité desdits systèmes. Cette dernière intervention étant le plus souvent effectuée par un spécialiste en la matière, elle ne sera pas traitée dans ce mémoire.

Palier 3 : L'audit des données non répétitives

Les informations appelées données non répétitives représentent celles qui ne sont traitées que périodiquement, généralement en conjonction avec la préparation des états financiers.

Les données non répétitives comprennent principalement (cf. infra pour la justification de ce choix) :

- les provisions pour ajustement des primes ;
- les provisions pour sinistres ;
- la réassurance.

CH1 : PRISE DE CONNAISSANCE GENERALE, DETERMINATION DES ZONES DE RISQUE D'AUDIT ET ORIENTATION DE LA MISSION

1. PRISE DE CONNAISSANCE GENERALE ET DETERMINATION DES ZONES DE RISQUES

Le Manuel d'Audit Légal et Contractuel marocain précise que l'auditeur, pour toutes ses interventions, "doit avoir une connaissance globale de l'entreprise lui permettant d'orienter sa mission et d'appréhender les domaines et les systèmes significatifs. Cette approche a pour objectif d'identifier les risques pouvant avoir une incidence significative sur les comptes et conditionne ainsi la programmation initiale des contrôles et la planification ultérieure de la mission qui conduisent à déterminer la nature et l'étendue des contrôles, eu égard au seuil de signification".

Il indique par ailleurs les informations à obtenir, la manière de les obtenir ainsi que la classification et l'analyse des risques généraux de l'entreprise.

Dans cette partie du mémoire, seront étudiées les spécificités économiques, réglementaires et organisationnelles du secteur des assurances. C'est en effet de ces spécificités que découlent les risques inhérents à l'activité d'assurance.

1.1 Risques liés aux spécificités économiques du secteur des assurances

Les principales spécificités économiques du secteur des assurances sont les suivantes :

- la notion de mutualité des risques ;
- l'inversion et la longue durée du cycle de production ;
- la réassurance (diversité des types et traités de réassurance) ;
- l'influence du jugement humain dans l'évaluation des provisions ;
- la structure du portefeuille de risques assurés ;
- la pression de la concurrence.

1.1.1 Mutualité des risques

La définition même de l'assurance introduit cette notion de mutualité : "L'assurance est une opération par laquelle une personne, l'*assureur*, groupe en mutualité d'autres personnes, les *assurés* afin de les mettre en mesure de s'indemniser mutuellement d'une perte éventuelle, le *sinistre*, moyennant une somme appelée *prime*, payée par chaque assuré à l'assureur qui la verse dans la masse commune"⁸. C'est donc la mutualité qui permet d'éliminer le hasard.

Ainsi, l'opération d'assurance doit être statistiquement organisée et porter sur un nombre important de risques dispersés, homogènes et à fréquence.

⁸ "L'assurance – Théorie, Pratique, Comptabilité" – Tome 1 – Collection de l'Ecole Nationale d'Assurances, 1979

L'assureur gère et répartit les fonds de la "caisse commune" alimentée par les assurés. Il groupe une mutualité de risques suivant des bases scientifiques qui lui permettent d'établir le coût du risque (prime pure) et le coût de gestion (chargements et commissions).

Les dirigeants doivent conduire l'entreprise d'assurance de manière à veiller au bon fonctionnement de la mutualité en définissant des politiques technico-commerciales cohérentes à même de garantir sa sécurité financière.

1.1.2 Inversion et durée du cycle de production

Une caractéristique de l'activité d'assurance est la spécificité de son cycle de production. En effet, contrairement aux entreprises commerciales ou industrielles qui fixent leur prix de vente en fonction de coûts préalablement encourus, les entreprises d'assurance facturent une prestation de service avant même de rendre toute prestation.

Les revenus précèdent les charges puisque l'assuré paye une prime pour se couvrir face à un risque ultérieur et éventuel.

Par conséquent, l'assurance est une prestation de services à caractère immatériel. Les tests de validation par comptage de l'existant sont limités.

De plus, le coût de la garantie d'un risque n'est conçu qu'à long terme, d'où la nécessité d'une structure financière solide et d'une politique de réassurance rigoureuse.

1.1.3 Réassurance

La réassurance est une opération par laquelle l'assureur se décharge sur le réassureur d'une partie des risques qu'il a souscrits, moyennant le paiement des primes correspondantes.

Elle assure une "division verticale du risque et se différencie ainsi de la coassurance qui en assure pour sa part une "division horizontale". Elle permet à un seul assureur de souscrire au premier rang l'intégralité d'un risque, quitte à se décharger sur un assureur des sommes qui excèdent sa propre capacité. Il s'agit, là aussi, de la notion de mutualité des risques.

Il existe plusieurs techniques de cession :

- la cession légale ;

- la cession obligatoire ou conventionnelle (traités obligatoires) ;
- la cession facultative

La cession légale est une réassurance dont les modalités sont fixées par l'Etat⁹. Pour les autres cessions, la forme juridique des relations de réassurance prend corps dans les dispositions du "traité de réassurance" (contrat liant l'assureur et le réassureur). Il définit le type de réassurance, le niveau, la nature des primes et sinistres cédés, la couverture des provisions techniques, le taux de commissionnement, l'étendue territoriale, la périodicité d'établissement des comptes, etc.

L'ensemble des décisions prises par la direction de la compagnie, concernant les engagements qu'elle prend seule et ceux qu'elle va céder en tout ou partie en raison de leur importance ou du volume qu'ils présentent dans une branche donnée, sont matérialisées dans un plan de réassurance¹⁰.

1.1.4 Influence du jugement humain dans l'évaluation des provisions

L'évaluation d'un sinistre répond à un certain nombre de critères objectifs assez facilement identifiables dans le cas de sinistres simples.

Par exemple, dans un dommage matériel (responsabilité civile automobile), l'évaluation de l'expert et la quote-part de responsabilité de l'assuré permettent d'évaluer avec une assez bonne précision le coût du sinistre. Dans cet exemple, le facteur humain aura peu d'effets sur l'évaluation.

Par contre, l'évaluation d'un sinistre corporel, qui peut atteindre plusieurs millions de dirhams, est beaucoup plus délicate. Une multitude de paramètres entrera cette fois-ci en ligne de compte dont notamment l'attitude des juges en cas de procès. Cette évaluation est d'autant plus importante que, à l'ouverture des dossiers corporels, les rédacteurs disposent, en général, de très peu d'éléments d'informations concernant le dossier sinistre.

De plus, le simple changement de rédacteur sur le dossier peut se traduire par une évaluation très différente.

Par ailleurs, la stratégie de la direction est un élément très important que le réviseur doit essayer d'appréhender dans sa mission. En effet, l'information financière fournie à l'extérieur

⁹ Cf. 1.2.3.2 Réglementation du niveau de risque cédé aux réassureurs.

¹⁰ Instruction du Ministère des Finances n°19 du 29 mars 1996 relative à la réassurance.

de l'entreprise a des répercussions de plus en plus fortes. Dans ce contexte, il peut être tentant pour la direction d'une compagnie d'assurance d'utiliser les provisions techniques soit pour repousser l'extériorisation des problèmes, soit pour se "créer" des réserves. Les troubles subis ces dernières années par certaines compagnies d'assurance marocaines ainsi qu'étrangères illustrent bien le danger d'une politique imprudente au niveau des provisions techniques.

L'intervention de l'Etat est axée, entre autres, sur la réglementation de la détermination de ces provisions. Toujours est-il que, dans certains cas, notamment en ce qui concerne l'assurance automobile, ces provisions réglementaires restent insuffisantes compte tenu de la sinistralité des portefeuilles assurés.

1.1.5 Structure du portefeuille

La structure du portefeuille de la compagnie est un facteur déterminant de sa solvabilité. En effet, une compagnie qui n'assurait que le risque de responsabilité civile automobile TPV (Transport Public de Voyageurs), sous-catégorie déficitaire dans quasiment toutes les compagnies qui assurent ce risque, en raison, entre autres, de la fréquence élevée des accidents de la circulation n'aurait que peu de chance de survie.

Le principe de l'assurance étant de mutualiser le risque, il faut que le portefeuille de la compagnie soit réparti de façon à ne pas présenter une concentration anormale en cas de survenance d'un risque donné.

1.1.6 Pression de la concurrence

La pression de la concurrence conduit fréquemment à une sous-tarification des risques dont les effets ne se feront ressentir que plus tard. Cette remarque n'est bien évidemment valable que pour les risques dont les tarifs ne sont pas réglementés.

L'environnement concurrentiel d'une compagnie d'assurance peut être appréhendé à partir des publications de la DAPS (Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale) ou de la FMSAR (Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurance et de Réassurance). Ces publications permettent en effet d'obtenir des informations utiles sur :

- la structure du marché ;
- les opérations d'assurance ;
- l'activité financière.

Ces publications présentent également des informations permettant de comparer les sociétés d'assurance en terme de capital, de chiffre d'affaires, de sinistres réglés et de réserves techniques.

En ce qui concerne l'activité par catégorie d'assurance, on y trouve la structure du portefeuille par catégorie d'assurance, la structure du réseau de distribution, la structure de la clientèle (particuliers / entreprises), les limites de souscription et plan de réassurance, le taux moyen de sinistralité, la structure et évolution des réserves techniques, la marge de solvabilité, la composition des actifs admis en représentation des réserves techniques, l'organigramme de la société, les systèmes d'information, les tarifications conventionnelles, etc.

1.2 Risques liés aux spécificités réglementaires du secteur des assurances

Les spécificités réglementaires du secteur des assurances se manifestent notamment par :

- l'existence d'un code spécifique, le code des assurances publié le 7 novembre 2002 ;
- l'existence d'un plan comptable spécifique (Nouveau Plan Comptable des Assurances de 1997) ;
- l'existence de règles d'évaluation des provisions techniques et réglementation de la structure des placements (couverture des réserves techniques) et du niveau de risque cédé aux réassureurs (cession légale SCR) ;
- l'existence d'un environnement fiscal spécifique.

1.2.1 Code des assurances

Composé de 338 articles, le nouveau code des assurances¹¹, est constitué de cinq livres :

- Livre I "Le contrat d'assurance" : Ce livre cite dans un premier temps les dispositions communes aux contrats d'assurances. Il précise ensuite celles relatives aux assurances de dommages et aux assurances de personnes.
- Livre II "Les assurances obligatoires" : Il s'agit de l'assurance chasse et de l'assurance automobile. Le législateur a consacré le Titre III de ce livre au Fonds de Garantie des Accidents de la Circulation en précisant principalement son objet, ses organes d'administration et de contrôle ainsi que les conditions de recours à cette institution ;

¹¹ Cf. Annexe 1 : Loi n° 17-99 portant code des assurances.

- Livre III "Les entreprises d'assurances et de réassurances" : Ce livre traite des conditions d'exercice de ces entreprises, des règles de gestion, des règles comptables et statistiques, des garanties financières, des règles de contrôle, etc. ;
- Livre IV "La présentation des opérations d'assurance" : Le code a défini dans ce livre les conditions d'exercice et de gestion des intermédiaires d'assurance (agent ou courtier). Il a également précisé, entre autres, les règles de contrôle, les conditions de cessations d'activité et de retrait d'agrément de ces intervenants ;
- Livre V "Dispositions diverses et transitoires".

Dans le cadre de sa mission, l'auditeur se penchera sur les aspects suivants du code des assurances :

- les conditions d'exercice des entreprises d'assurance et de réassurance ;
- le contrôle de l'Etat ;
- les règles comptables de base et garanties financières ;
- le rôle des commissaires aux comptes.

1.2.1.1 Conditions d'exercice des entreprises d'assurance et de réassurance

Dans son article 161, le code des assurances précise que "les entreprises d'assurance et de réassurance ne peuvent commencer leurs opérations que si elles sont agréées par l'administration." L'agrément n'est accordé, sur leur demande, qu'aux entreprises régies par le droit marocain ayant leur siège social au Maroc et après avis du Comité consultatif des assurances.

Pour être agréées, les entreprises d'assurance et de réassurance doivent être constituées sous forme de sociétés anonymes ou de sociétés d'assurances mutuelles.

Les sociétés anonymes doivent justifier d'un capital minimum de cinquante millions (50.000.000) de dirhams. Les sociétés d'assurances mutuelles doivent, quant à elles, justifier d'un nombre minimum de sociétaires de dix mille (10.000) personnes et d'un fonds d'établissement minimum de cinquante (50.000.000) millions de dirhams.

Il convient de préciser que, au même titre que les sociétés anonymes, l'article 198 du code des assurances précise qu'il doit être désigné dans chaque société d'assurance mutuelle deux commissaires aux comptes et que les dispositions de la loi n°17-95 (sociétés anonymes)

relative aux conditions de nomination des commissaires aux comptes notamment en matière d'incompatibilités, à leur rémunération, à leurs pouvoirs, à leurs obligations, à leur récusation et à leur révocation, sont applicables aux sociétés d'assurances mutuelles, sous réserve des règles propres à celles-ci.

1.2.1.2 Contrôle de l'Etat

L'assurance met en jeu des capitaux qui ne sont pas la propriété des entreprises d'assurances, mais constituent le gage des assurés et bénéficiaires de contrats.

Aussi l'Etat se doit de protéger cette masse de capitaux dont les sociétés se trouvent dépositaires. Cette protection ne peut être assurée que dans un cadre structuré et organisé de manière telle à permettre à cette activité de s'exercer dans les meilleures conditions de solvabilité et de rentabilité possible tout en préservant les intérêts de toutes les parties en cause.

Le contrôle s'exerce sur tous les aspects du secteur des assurances :

- technique et financier : vérification de la solvabilité des entreprises et des conditions de souscription des contrats ;
- économique : organisation et rationalisation de certaines branches d'activité par une orientation de marché de l'assurance.

Il est donc permanent et s'exerce depuis la création de la société jusqu'à sa dissolution : obtention de l'agrément, contrôle des actifs représentant les engagements réglementés de l'entreprise d'assurance, contrôle des indicateurs financiers tels que la marge de solvabilité, le contrôle des transferts de portefeuille, etc.

Dans son Titre VI "Les règles de contrôle", le nouveau code des assurances précise l'étendue du contrôle, les modalités de contrôle et le retrait d'agrément.

1.2.1.3 Règles comptables de base et garanties financières

Dans son titre IV "Les règles comptables et statistiques", le code des assurances¹² précise (article 233) que les entreprises d'assurance et de réassurance sont tenues de respecter les dispositions de la loi 9-88 relative aux obligations comptables des commerçants. Cependant, l'évaluation des provisions techniques et des placements est régie par le code des assurances et "les textes pris pour son application".

De plus, dans son titre V "Les garanties financières", le code précité précise que les entreprises d'assurance et de réassurance doivent, à toute époque, inscrire à leur passif et représenter à leur actif :

- les provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral des engagements contractés à l'égard des assurés souscripteurs et bénéficiaires de contrats ; elles sont calculées sans déduction des réassurances cédées ;
- les postes correspondants aux créances privilégiées et aux dettes exigibles ;
- la réserve pour amortissement de l'emprunt ;
- une réserve égale à l'ensemble des provisions techniques à la charge du régime de prévoyance sociale institué par l'entreprise en faveur de son personnel ;
- les dépôts de garantie des agents, des assurés et des tiers.

Enfin, dans son article 239, le code des assurances précise que les entreprises d'assurance et de réassurance doivent, en complément des provisions techniques, justifier, à tout moment, de l'existence d'une marge de solvabilité destinée à faire face aux risques de l'exploitation propres au caractère aléatoire des opérations d'assurance.

Les modalités de calcul de cette marge de solvabilité sont en annexe¹³.

1.2.1.4 Rôle des commissaires aux comptes

Selon l'article 168 du code des assurances, les entreprises d'assurance et de réassurance doivent être constituées sous forme de société anonyme ou de sociétés d'assurances mutuelles.

¹² Cf. Annexe 1 : Loi n° 17-99 portant code des assurances.

¹³ Cf. Annexe 2 : Instruction n° 18 du 29 mars 1996 relative aux indicateurs de solvabilité et aux règles de fonctionnement des entreprises d'assurance (Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale).

Ainsi, les sociétés anonymes sont soumises au contrôle des commissaires aux comptes (deux) en vertu de la loi n°17-95.

Pour ce qui est des sociétés d'assurances mutuelles, l'article 198 du code des assurances prévoit qu'il doit être désigné dans chaque société d'assurance mutuelle deux commissaires aux comptes au moins chargés d'une mission de contrôle et de suivi des comptes de ladite société.

Par ailleurs, l'article 245 ajoute que les états, comptes rendus, tableaux et documents transmis à l'administration (Ministère des Finances) dans le cadre de son contrôle doivent être certifiés par les commissaires aux comptes des entreprises d'assurance.

1.2.2 Plan comptable spécifique

Le secteur des assurances dispose d'un plan comptable spécifique mis en application depuis 1997, le (Nouveau) Plan Comptable des Assurances (NPCA). Ce dernier définit les états de synthèse, le cadre comptable ainsi que la liste et les modalités de fonctionnement des comptes des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation. Sa particularité résulte des caractères économiques propres à cette activité.

Le cadre comptable du PCA prévoit 8 classes (de 1 à 8) pour la comptabilité générale, une classe (9) pour les comptes analytiques et une classe (0) pour les comptes spéciaux.

Les comptes suivants ont été créés spécialement pour les opérations d'assurance ¹⁴:

- 16 - Provisions techniques brutes : Ce poste est affecté aux provisions techniques, c'est-à-dire aux charges prévisibles qui concernent l'exécution des contrats passés entre la société et ses assurés, ainsi que les provisions complémentaires exigées par la réglementation des assurances. Il concerne aussi les provisions pour acceptations en réassurance.
- 26 - Placements affectés aux opérations d'assurance : Ce sont les placements affectés à la couverture des engagements techniques de l'entreprise.
- 32 - Part des cessionnaires dans les provisions techniques : Ces comptes enregistrent la part des cessionnaires dans les engagements de l'entreprise telle que résultant des conventions de cession en réassurance et en tenant compte des modalités retenues pour l'établissement des comptes de cessions.

¹⁴ Cf. Annexe 3 : Plan des comptes des assurances, Bilan et CPC.

- 42 - Dettes pour espèces remises par les cessionnaires : Ce compte est crédité lors de la constitution des dépôts en espèces par les réassureurs.
- 60 - Prestations et frais : Ces charges correspondent aux prestations d'assurances (payées et variation des provisions techniques), aux frais de règlement des sinistres et à la part des cessions et rétrocessions dans les prestations et frais payés.
- 70 - Primes : Cette rubrique comprend les primes ou cotisations relatives aux affaires directes (primes et ajustements de primes, primes annulées, primes restant à émettre, primes à annuler), aux cessions, aux acceptations et aux rétrocessions.

Les produits et les charges de l'exercice sont ventilés au sein de deux comptes techniques ("vie" et "non-vie") et d'un compte non technique ainsi qu'un tableau récapitulatif qui dégage les résultats suivants :

- résultat techniques des assurances sur la vie ;
- résultat technique des assurance non-vie ;
- résultat non technique ;
- résultat avant impôts ;
- résultat net.

1.2.3 Règles d'évaluation des provisions techniques et réglementation de la structure des placements et du niveau de risque cédé aux réassureurs

1.2.3.1 Règles d'évaluation des provisions techniques et réglementation de la structure des placements

L'arrêté du 10 juin 1996¹⁵, tel qu'il a été mis à jour, relatif aux garanties financières et aux documents et comptes-rendus exigibles des entreprises d'assurance, de réassurance et de capitalisation traite principalement :

- des engagements réglementés :
 - cautionnements,
 - réserves techniques,
 - réserve de garantie ;

¹⁵ Cf. Annexe 4 : Arrêté du Ministre des Finances n° 369-95 du 10 juin 1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes-rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation.

- de la représentation de ces engagements réglementés :
 - placements,
 - évaluation de l'actif représentatif,
 - dépôt des valeurs affectées à la représentation des engagements réglementés et conservation du privilège des assurés sur les immeubles.

Des circulaires du Ministère des Finances explicitent en outre les modalités d'application de cet arrêté.

1.2.3.2 Réglementation du niveau de risque cédé aux réassureurs

Aux termes du dahir du 20 avril 1960 approuvant la convention du 9 mars 1960 portant création de la société, la Société Centrale de Réassurance (S.C.R.) est concessionnaire de l'Etat marocain de la cession légale.

Il s'agit d'une réassurance dont les modalités sont fixées par l'Etat. Elle est obligatoire pour toutes les compagnies d'assurance au Maroc.

La réassurance légale consiste donc à céder au réassureur national, la Société Centrale de Réassurance (S.C.R.), 10% du total des charges de sinistre de l'ensemble des risques garantis et 10% des primes émises déduction faite des commissions de gestion qui reviennent aux compagnies et dont les taux sont fixés par la loi.

1.2.4 Environnement fiscal spécifique aux entreprises d'assurance

Activité spécifique, l'assurance est soumise à des règles fiscales et parafiscales spécifiques également¹⁶.

En effet, les compagnies d'assurance sont tenues de verser à l'Etat la taxe sur les assurances.

Cette dernière est prévue par l'annexe II du décret n° 2-58-1151 du 24 décembre 1958 portant codification des textes sur l'enregistrement et le timbre¹⁷ telle que modifiée par le dahir portant loi n° 1-84-7 du 10 janvier 1984 édictant des mesures d'ordre financier en attendant la promulgation de la loi de finances pour l'année 1984.

¹⁶ "Pratique de l'audit fiscal en milieu financier : cas des établissements de crédit et des sociétés d'assurances", Hassan Abounaim, novembre 1999.

¹⁷ Cf. Annexe 5 : Annexe II du décret n° 2-58-1151 du 24 décembre 1958 portant codification des textes sur l'enregistrement et le timbre.

Selon ce décret, "les contrats d'assurance passés par les entreprises d'assurance ainsi que tous les actes ayant exclusivement pour objet la formation, la modification ou la résiliation amiable desdits contrats, sont soumis, à l'exclusion des droits de timbre, d'enregistrement et de la taxe sur la valeur ajoutée, à une taxe spéciale, dite "taxe sur les assurances" (...) La taxe sur les assurances est établie sur le montant des primes, surprimes ou cotisations (...) Elle est acquittée par les entreprises d'assurance, leurs représentants légaux ou les intermédiaires d'assurances (...)".

Le taux de la taxe sur les assurances varie en fonction de la catégorie. Ainsi, pour l'automobile, l'incendie, les accidents corporels, l'aviation et les risques divers, il s'élève à 12%. Pour la maritime il est de 6% et pour la vie de 1%.

Par ailleurs, la loi n° 30-89 relative à la fiscalité des collectivités locales et leurs regroupements précise qu'il est institué à compter du premier janvier 1990 une taxe additionnelle à la taxe sur les contrats d'assurance (les taux figurent à l'annexe 6).

Elle est due par les redevables de la taxe sur les assurances et elle est liquidée et recouvrée selon les mêmes formes que celles applicables en matière de taxe sur les contrats d'assurance.

Les compagnies sont également appelées à verser une participation aux frais de contrôle et de surveillance de l'Etat et à participer à l'alimentation de certains fonds comme le fonds de garantie des accidents de la circulation, le centre national de prévention des accidents de la circulation. Les modalités de calcul de ces cotisations sont présentées en annexe¹⁸.

Pour ce qui est de l'impôt sur les sociétés, le taux de l'impôt est fixé à 39,6% en vertu de l'article 14, alinéa 1 de la loi n° 24-86 relative à l'IS.

En matière de taxe sur la valeur ajoutée, l'article 7 de la loi n° 30-85 relative à la TVA précise: "Sont exonérés de la taxe sur la valeur ajoutée (...) les opérations réalisées par les sociétés ou compagnies d'assurance et qui relèvent de la taxe sur les contrats d'assurance".

¹⁸ Cf. Annexe 7 : Modalités de calcul de certaines cotisations.

1.3 Risques liés aux spécificités organisationnelles du secteur des assurances

En plus des spécificités économiques et réglementaires, les entreprises d'assurance possèdent des particularités qui se rapportent à leur organisation propre. Il s'agit principalement :

- de la particularité de leur réseau de distribution et des relations qu'elle entretiennent avec les intermédiaires d'assurance ;
- du volume des transactions enregistrées duquel découle l'importance de l'informatisation.

1.3.1 Réseau de distribution

L'article 289 du nouveau code des assurances précise : "Les opérations pratiquées par les entreprises d'assurance et de réassurance sont présentées au public soit directement par lesdites entreprises, soit par l'entremise des personnes habilitées à cet effet et dénommées "intermédiaires" (...) La présentation directe des opérations d'assurances est subordonnée à l'accord de l'administration".

"Est intermédiaire d'assurance toute personne agréée par l'administration, en qualité d'agent d'assurance, personne physique ou morale, ou en qualité de société de courtage". (article 291 du code des assurances)

"L'agent d'assurance est la personne habilitée par une entreprise d'assurance et de réassurance dont il est le mandataire, à présenter au public les opérations (d'assurance)". (article 292 du code des assurances)

"La société de courtage représente ses clients auprès des entreprises d'assurance et de réassurance en ce qui concerne le placement des risques". (article 297 du code des assurances)

"Les intermédiaires d'assurance sont rémunérés à la commission". (article 309 du code des assurances)

L'article 306 précise quant à lui que Barid Al-Maghrib et les banques peuvent présenter au public des opérations d'assurance (assurances de personnes, à l'assistance et assurance crédit) après obtention d'un agrément de l'administration à cet effet (première "officialisation" de la bancassurance).

La structure et la qualité du réseau de distribution jouent donc un rôle primordial dans la politique commerciale des sociétés d'assurances. De par leur pouvoir sur la clientèle et l'information qu'ils détiennent sur celle-ci, les intermédiaires créent des freins ou des élan dans la mise en œuvre des actions entreprises par les sociétés d'assurance.

Cependant, producteurs et assureurs n'agissent pas toujours dans la même finalité ce qui peut être à l'origine de conflits d'intérêts. Cette divergence se ressent principalement sur deux plans:

- la nature des opérations : désaccord quant à la politique de sélection des risques entre la société et l'intermédiaire ;
- l'importance des opérations : intérêt pour une société d'assurance des souscriptions à faibles primes pour répondre à un souci d'équilibre de son portefeuille, mais préférence de l'intermédiaire pour des souscriptions à primes élevées dégagant des commissions conséquentes.

1.3.2 Volume des transactions et importance de l'informatisation

Le portefeuille d'une compagnie d'assurance représente en général un nombre élevé d'assurés par catégorie d'assurance.

Le volume des opérations traitées est donc très important ; ce qui implique une complexité des procédures de traitement et la nécessité de systèmes informatiques avancés.

L'audit des données répétitives d'une entreprise d'assurance comprendra donc la revue des systèmes d'information et des sécurités mises en place pour assurer l'intégrité desdits systèmes.

La prise de connaissance générale, tenant compte des risques inhérents découlant des spécificités économiques, réglementaires et organisationnelles communes au secteur étudié, doit également permettre la compréhension des objectifs stratégiques du client qui sont le plus souvent du ressort de la direction générale. L'étude du passé ne suffit pas ; une vision prospective est nécessaire à la bonne compréhension de certaines décisions.

Tel qu'il a été cité en introduction de cette partie, une fois la prise de connaissance de l'environnement général de l'entreprise d'assurance et l'identification des risques généraux qui en découlent effectuées, l'auditeur procède à l'identification des domaines et des systèmes significatifs et à l'établissement du plan de mission.

2. IDENTIFICATION DES DOMAINES ET DES SYSTEMES SIGNIFICATIFS

Pour l'identification des domaines significatifs, les dispositions prévues par le Manuel d'Audit Légal et Contractuel Marocain s'appliquent parfaitement aux entreprises du secteur des assurances.

Celui-ci précise d'ailleurs que "l'identification des domaines et des systèmes significatifs nécessite au préalable la détermination du seuil de signification".

2.1 Calcul du seuil de signification

Le manuel des normes d'audit légal et contractuel marocain précise que le seuil de signification est la mesure que peut faire le commissaire aux comptes (auditeur) du montant à partir duquel une erreur, une inexactitude ou une omission peut affecter la régularité et la sincérité des états de synthèse ainsi que l'image fidèle du résultat de l'exercice, de la situation financière et du patrimoine de la société.

Il ajoute que pour déterminer le seuil de signification, plusieurs éléments de référence peuvent être utilisés ; les éléments de référence les plus communément admis sont les capitaux propres, le résultat net, le résultat courant, un ou plusieurs postes ou information des états de synthèse (chiffre d'affaires...).

Certaines circonstances particulières doivent, en outre, être prises en compte lors de la fixation d'un seuil de signification comme l'existence d'exigences contractuelles, légales ou statutaires particulières, la variation importante d'une année sur l'autre des résultats ou de certains postes, des capitaux propres ou des résultats anormalement faibles, etc.

La définition du seuil de signification est donc une opération délicate dans le processus de planification. Son estimation requiert un jugement professionnel basé sur la compréhension de l'activité du client.

Par analogie aux sociétés des autres secteurs, le résultat technique d'une compagnie d'assurance peut être considéré comme un élément de base raisonnable d'estimation du seuil de signification.

Toutefois, ce résultat est souvent un solde peu significatif par rapport au niveau des provisions techniques ou au volume des opérations. Prenons à titre d'exemple le cas d'une compagnie dont le résultat technique serait constitué de la façon suivante (en millions de dirhams) ¹⁹ :

Rubriques	Montants
+ Primes acquises	+ 7,6
- Charges des sinistres	- 5,7
- Résultat de réassurance	- 0,3
= Résultat de l'exercice	+ 1,6

Le bilan de cette compagnie se présente comme suit :

ACTIF		PASSIF	
Actif immobilisé	49,4	Financement permanent	58,7
- dont placements	44,8	- dont provisions techniques	47,4
Actif circulant	15,5	Passif circulant	6,5
Trésorerie-Actif	1,1	Trésorerie-Passif	0,8
	===		===
Total	66,0	Total	66,0

Un seuil de signification, arrêté à l'issue d'un processus de détermination classique, serait de 5% du résultat technique soit un montant de 80 KDHS.

Auditer le résultat technique sur cette base avec des provisions techniques qui s'élèvent à 47,4 MDHS reviendrait à faire dire à l'auditeur qu'il est sûr du montant des provisions techniques à 0,17% environ ! Or, celles-ci constituent une part importante de la charge de sinistre. Il semble donc peu probable que le seuil peut être déterminé ainsi.

Par conséquent, le résultat technique est rarement une base unique retenue pour fixer le seuil de matérialité. Il est courant, dans la pratique, de retenir :

- un seuil de signification pour les provisions techniques ;
- et un seuil de signification pour le reste des comptes.

¹⁹ Source : Il s'agit des Bilan et CPC condensés de la situation liminaire du secteur des assurances au Maroc en 2001 de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale

2.2 Identification des comptes et systèmes significatifs

2.2.1 Identification des comptes significatifs

Les comptes significatifs sont ceux qui recèlent des risques d'erreurs significatives dans les comptes annuels. Pour les déterminer, l'auditeur doit prendre en compte de nombreux éléments qui sont tous intimement liés à leur importance par rapport au seuil de signification et, également, à la probabilité d'erreurs.

Les entreprises d'assurance perçoivent des primes en contrepartie desquelles elles s'engagent à verser à l'assuré une indemnité en cas de réalisation d'un risque. Par conséquent, et compte tenu de ce qui précède, les comptes significatifs de part leur montant, la complexité de leur évaluation et l'influence du jugement dans leur détermination, dans un contexte d'audit du résultat technique, seraient :

- les comptes de primes émises ;
- les comptes de variation des provisions de primes ;
- les comptes de sinistres payés ;
- les comptes de variation des provisions pour sinistres ;
- les comptes de variation des autres provisions ;
- les comptes de réassurance.

L'auditeur doit également prêter une attention particulière à certains comptes qui présenteraient des anomalies apparentes (comptes normalement débiteurs qui seraient créditeurs ; comptes qui seraient affectés par un changement de législation ; etc.).

Par ailleurs, selon le Manuel des Normes d'Audit Légal et Contractuel marocain, cette identification des comptes significatifs repose essentiellement sur l'examen analytique.

Il ne s'agit pas là d'un examen approfondi mais seulement d'une revue comparative des grandes masses du résultat technique par rapport à des données antérieures, postérieures et prévisionnelles de l'entreprise ou des données d'entreprises similaires.

2.2.2 Identification des systèmes significatifs

Le manuel d'audit précise que les systèmes comptables sont les systèmes qui assurent la saisie et le traitement des différentes données dont la résultante est l'établissement des états de synthèse. Ces systèmes peuvent être manuels ou informatisés.

L'auditeur doit identifier les systèmes comptables qui traitent des données ayant une incidence significative sur les états de synthèse.

L'identification des systèmes comptables significatifs lui permet de décider ceux qui doivent faire l'objet d'une évaluation du contrôle interne ou d'un programme de contrôle spécifique, de planifier l'exécution des travaux et, si nécessaire, l'intervention de spécialistes lorsque les traitements sont informatisés.

Dans le cadre d'un audit du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance, les systèmes qui doivent faire l'objet d'une évaluation du contrôle interne seraient donc :

- les primes et la production ;
- les sinistres et prestations.

La réassurance et les provisions techniques étant traitées généralement à la date d'inventaire, elles feront plus l'objet de contrôles substantifs (données non répétitives).

Ainsi, une fois identifiés, les comptes et systèmes significatifs seront reportés dans un plan de mission.

3. PLAN DE MISSION

Le plan de mission comprend à la fois les éléments d'organisation de la mission comme le choix des collaborateurs, les dates d'intervention, le budget en heures, etc. et les informations collectées sur la compagnie d'assurance (présentation, zones de risques, seuil de signification et domaines significatifs, principaux axes de contrôle, etc.).

Dans le cadre d'une mission d'audit du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance, il peut être structuré de la manière suivante :

1. Présentation générale de la compagnie

- Fiche technique (dénomination sociale, localisation, numéros utiles, etc.)
- Historique et activité
- Structure financière et présentation du capital (appartenance ou non à un groupe)
- Dirigeants et principaux interlocuteurs
- Régime fiscal

2. Présentation de l'activité de la compagnie

- Environnement de marché
- Structure du portefeuille de risques assurés
- Type de clientèle (entreprises de divers secteurs, particuliers)
- Réseau de distribution
- Sinistralité observée dans les principales branches
- Evènements ayant affecté les performances dans certaines branches (sinistres majeurs, qualité de tarification)
- Informatisation et systèmes informatiques
- Politique de réassurance
- Conclusions tirées des états financiers intérimaires

3. Cadre de l'intervention

- Contexte de la mission
- Besoins et attentes particulières du client
- Matérialité

4. Stratégie d'audit (principales techniques à utiliser pour l'audit des domaines significatifs identifiés cf. infra)

- Environnement de contrôle
- Domaines significatifs identifiés
- Principaux axes de contrôle des données répétitives
 - Primes
 - Sinistres
- Principaux axes de contrôle des données non répétitives
 - Provisions techniques
 - Réassurance

5. Déroulement de la mission

- Equipe d'audit
- Planning des interventions
- Budget temps

Pour ce qui est de l'environnement de contrôle, il s'agit pour l'auditeur d'identifier les facteurs pouvant avoir un effet notable sur les risques d'erreurs dans le traitement des opérations et sur les jugements opérés par la direction lors de la préparation des états financiers.

Parmi les critères qui permettent de procéder à une évaluation de l'environnement de contrôle, il est possible de citer :

- l'attitude générale de la direction face aux problèmes de contrôle interne et face aux recommandations éventuelles exprimées par le passé par les auditeurs ;
- la politique de management : degré d'implication de la direction dans le processus d'évaluation des provisions pour sinistres à payer, son influence sur la fixation de leur montant eu égard aux objectifs du moment, etc. ;
- l'organisation générale des départements et services : elle peut se mesurer à la répartition des tâches et à la qualité de circulation de l'information ;
- la structure du groupe notamment si la compagnie est placée sous le contrôle d'une société n'exerçant pas l'activité d'assurance : objectifs de performance, de trésorerie, de dividendes, etc.

Il convient de préciser que certains aspects du plan de mission ne sont pas nécessairement connus lors de la première intervention comme la compréhension et la connaissance du client et son activité. Néanmoins, le plan de mission reste un document vivant qui sera enrichi au fur et mesure de l'obtention de nouvelles informations tout au long de la mission.

Tel qu'il a été cité en introduction de cette partie, le plan de mission servira de guide à l'auditeur (ou aux auditeurs). Il lui permettra d'orienter sa mission et de déterminer les programmes contrôles pour l'audit des données répétitives et non répétitives des domaines significatifs identifiés.

CH2 : AUDIT DES DONNEES REPETITIVES

Tel qu'il a été cité auparavant, l'audit des données répétitives d'une entreprise d'assurance comprend principalement l'audit des primes émises et des prestations payées (non-vie).

La démarche proposée se base principalement sur le contrôle interne ; les contrôles substantifs sur les comptes sont allégés par rapport aux tests de permanence.

Des exemples de contrôles seront évoqués dans ce chapitre. Loin de constituer une présentation exhaustive des contrôles pouvant être mis en place dans une compagnie, ils permettent néanmoins d'orienter les recherches de l'auditeur.

1. CYCLE DE LA PRODUCTION ET COMPTES LIES AUX PRIMES EMISES

Dans l'activité d'assurance, l'inversion du cycle de la production se traduit par le fait que le prix de vente, la prime, est encaissé immédiatement alors que la prestation, le règlement de l'indemnité, intervient ultérieurement.

Le fait générateur de la vente se traduit par la conclusion d'un contrat d'assurance entre l'assureur et le souscripteur.

Ainsi, dans les compagnies d'assurance, la fonction production recouvre l'ensemble des activités de souscription, d'enregistrement et de suivi des contrats, de quittancement et d'encaissement des primes correspondantes, jusqu'à la prise en compte comptable des opérations traitées.

Comme le prévoit le nouveau code des assurances, ces opérations d'assurance peuvent être présentées au public soit directement par lesdites entreprises, soit par l'entremise des personnes habilitées à cet effet et dénommées "intermédiaires".

S'agissant d'une opération répétitive "pouvant avoir une incidence significative sur les comptes annuels"²⁰, l'auditeur procédera à une appréciation du contrôle interne et s'assurera de la fiabilité de son fonctionnement. Il procédera ensuite au contrôle des comptes liés aux primes émises ; l'audit des provisions de primes sera traité dans le chapitre relatif à l'audit des données non répétitives.

²⁰ "Appréciation du contrôle interne", collection notes d'information CNCC n°3, février 1992.

Comment sont donc traités les différents mouvements de production et les relations avec les intermédiaires ? Quelle démarche adopter pour l'évaluation du contrôle interne ? Quelle démarche adopter pour le contrôle des comptes liés aux primes émises ? Quelles sont les principales anomalies relevées lors de l'audit de ces comptes ?

1.1 Mouvements de la production et relations avec les intermédiaires²¹

Les mouvements que peut connaître la production dans une compagnie d'assurance sont les suivants :

- les émissions de primes au comptant : affaires nouvelles, avenants sur affaires anciennes, etc.
- les émissions à terme : primes émises sur contrats renouvelables par tacite reconduction;
- les annulations de primes : résiliation d'un contrat, non-paiement d'une prime, remplacement d'un contrat, souscription d'un avenant, erreur d'émission, etc.

Ces opérations sont souvent faites en collaboration avec les intermédiaires d'assurance. Ces derniers peuvent être des courtiers ou des agents d'assurance.

Bien que la compagnie délègue une grande partie des travaux de production aux intermédiaires, elle reste à l'origine des différents mouvements de production.

Comment interviennent donc ces derniers dans les différentes phases de vie d'un contrat d'assurance ?

1.1.1 Souscription du contrat d'assurance

L'intermédiaire étant en contact direct avec l'assuré, c'est lui qui établit la proposition d'assurance et la fait signer par le client. Il la communique ensuite à la compagnie qui assure alors le reste du traitement, de l'étude des risques à l'établissement de la police et l'émission de la quittance comptant.

La compagnie communique la police et la quittance comptant à l'intermédiaire afin que celui-ci les remette à l'assuré et lui fasse signer la police. L'intermédiaire retourne, par la suite, un exemplaire signé à la compagnie.

²¹ Cf. Annexe 8 : Exemple de processus d'émission d'une prime et Annexe 4 : Arrêté du Ministre des Finances n° 369-95 du 10 juin 1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes-rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation, article 34.

Pour ce qui est de la souscription des contrats, l'intervention des agents d'assurance est identique à celle des courtiers.

1.1.2 Encaissement de la prime

Lorsque la compagnie confie les quittances à l'intermédiaire, celui-ci se charge du recouvrement des primes, au nom de la compagnie. Il regroupe ainsi l'ensemble des paiements effectués par l'assuré et renvoie les fonds au siège en les accompagnant d'un relevé mentionnant le détail des primes réglées ainsi que les références (numéro de police, numéro de quittance, etc.). La périodicité d'envoi est variable selon les intermédiaires.

En cas d'impayé, l'intermédiaire doit tenter de recouvrer les primes. Si les relances restent infructueuses, il doit retourner les quittances impayées à la compagnie.

1.1.3 Autres mouvements de production

Dans tous les autres mouvements, l'intermédiaire assure la transmission des informations et documents entre l'assuré et la compagnie.

Ainsi, par exemple, l'assuré informera l'intermédiaire des changements dans sa situation et des événements modifiant la situation du risque, lui transmettra sa lettre de demande de résiliation, etc. L'intermédiaire se chargera ensuite de la communication de ces documents et informations à la compagnie.

En sens inverse, si la compagnie constate par exemple un excès de sinistralité sur un contrat, elle chargera le courtier de renégocier les garanties et le montant de la prime.

1.1.4 Comptabilisation des primes émises

En général, l'enregistrement des mouvements de production est effectué sur un état extra-comptable. Lorsqu'il existe une interface informatique entre le fichier quittances et le système comptable, la comptabilisation est effectuée automatiquement, habituellement à la fin du mois. Sinon, la comptabilisation est effectuée au moyen d'une centralisation manuelle de ces états.

Les primes émises correspondent aux émissions et accessoires hors taxes nettes d'annulations, de réductions et de ristournes corrigées :

- des primes à émettre qui font l'objet d'une estimation pour la part acquise à l'exercice dans le cas de polices non encore traitée par exemple (primes acquises non émises ou PANE) ;
- des provisions pour annulation de primes ou PAP, destinées à faire face aux risques d'annulations qui interviennent après l'inventaire sur les primes émises et non encaissées.

La comptabilisation est effectuée dans les comptes de primes émises "7012 Primes assurances non-vie" prévus par le plan comptable des assurances, à savoir²² :

- 70121 Primes émises non-vie : Lors de l'émission des quittances, ce compte est crédité du montant hors taxes des primes ou cotisations émises ; les accessoires sont crédités au compte 70123 Coûts de polices et accessoires non-vie ;
- 70123 Coûts de polices et accessoires non-vie ;
- 70124 Primes à émettre non-vie : Ce compte enregistre les primes ou fractions de primes restant à émettre lors de l'inventaire ;
- 70125 Ajustements de primes : Ce compte enregistre les ajustements de primes au titre des contrats à primes payables à terme échu ainsi que les régularisations résultant des modifications de garanties. Son solde est viré, en fin d'exercice, au compte 70121 ;
- 70126 Rappel de cotisations ;
- 70129 Annulations de primes non-vie : Ce compte enregistre les annulations intervenues au cours de l'exercice et l'estimation des primes restant à annuler. On entend par « annulations de primes » les opérations conduisant à une annulation intégrale de la quittance de prime émise soit par suite d'erreur soit par suite d'annulation (sans effet) ou de résiliation de contrats.

A présent, quelle démarche adopter pour l'évaluation du contrôle interne de ce circuit ?

1.2 Evaluation du contrôle interne du circuit de la production

Le contrôle interne est constitué par l'ensemble des mesures de contrôle, comptable ou autre, que la direction définit, applique et surveille, sous sa responsabilité, afin d'assurer la protection

²² Plan comptable des assurances

du patrimoine de l'entreprise et la fiabilité des enregistrements comptables et des états de synthèse qui en découlent.²³

L'appréciation du contrôle interne comporte deux étapes :

- la première consiste à comprendre les procédures de traitement des données et les contrôles internes manuels ou informatisés mis en place dans l'entreprise ;
- la deuxième consiste à vérifier le fonctionnement des contrôles internes sur lesquels le commissaire aux comptes (auditeur) a décidé de s'appuyer afin de s'assurer qu'ils produisent bien les résultats escomptés tout au long de la période examinée.

Quelles sont donc les procédures qui, dans une compagnie d'assurance non-vie, permettent de satisfaire les objectifs de contrôle interne et la fiabilité des enregistrements comptables ?

Les tests à mettre en place pour vérifier la permanence des contrôles internes découlent de ces procédures. Ils doivent bien évidemment être adaptés par l'auditeur à chaque compagnie, en fonction des procédures appliquées et en fonction des branches d'assurance sélectionnées, et plus ou moins développés, en fonction de l'évaluation préliminaire du contrôle interne.

1.2.1 Procédures permettant de satisfaire les objectifs de contrôle interne

1.2.1.1 Acceptation des risques

Une correcte appréciation des risques doit pouvoir assurer une qualité de portefeuille satisfaisante et la correcte tarification des garanties accordées.

C'est pourquoi, les procédures mises en place par la compagnie doivent permettre, entre autres:

- un contrôle des travaux d'appréciation des risques effectués par les producteurs à travers leur matérialisation dans le dossier police ;
- un contrôle de la qualité des risques et de l'adéquation de la tarification par rapport aux risques garantis à travers la mise en place d'états statistiques de suivi de la sinistralité des contrats par producteur (salarié ou intermédiaire).

²³ Manuel d'Audit Légal et Contractuel marocain

1.2.1.2 Suivi du portefeuille

Il s'agit à ce niveau de disposer des moyens visant à suivre la qualité des contrats en cours et à identifier en particulier les cas d'excès de sinistralité et d'incidents de paiement. Ce suivi peut être effectué par la mise en place d'une structure de surveillance du portefeuille.

1.2.1.3 Recouvrement des créances

Un recouvrement satisfaisant des créances nécessite une identification efficace des quittances impayées, l'existence de procédures de relance des assurés, intermédiaires et coassureurs (en cas de coassurance) et enfin le déclenchement rapide des procédures de recouvrement proprement dites.

Ceci peut être réalisé à l'aide, par exemple, d'états d'arriérés présentés par tranche d'ancienneté ou de la définition d'un délai strict de conservation des quittances impayées par les agents.

1.2.2 Procédures permettant d'assurer la fiabilité des enregistrements comptables

1.2.2.1 Réalité des opérations enregistrées

La réalité des opérations enregistrées repose sur :

- l'existence des contrats correspondants et leur validité ;
- la signature des polices et avenants par les assurés ;
- l'existence d'un rapprochement matérialisé entre les pièces reçues et les polices enregistrées (si les agents procèdent directement à la saisie des contrats et avenants) ;
- la mise à jour rapide du fichier des polices à l'extinction des contrats, notamment en cas de quittance Terme ; etc.

1.2.2.2 Exhaustivité des enregistrements

L'exhaustivité des opérations enregistrées peut être réalisée à travers :

- le contrôle du correct suivi séquentiel des polices enregistrées sans double emploi ni omission ;
- le contrôle du correct transfert de toutes les informations issues des chaînes techniques de production vers la comptabilité ; etc.

1.2.2.3 Correcte évaluation des opérations

Cette correcte évaluation repose sur :

- la correcte saisie de toutes les caractéristiques du contrat y compris le tarif et la date d'effet de la police;
- la vérification des données enregistrées par rapport à la proposition d'assurance, la police et la quittance ;
- au niveau du quittancement à terme, la correcte mise à jour des indices de révision ;
- pour les primes assises sur des déclarations des assurés, la mise en place d'une procédure de demande d'information aux assurés.

La correcte valorisation des enregistrements doit être poursuivie à travers l'identification rapide des primes dont le recouvrement paraît compromis, afin que celles-ci fassent l'objet des dépréciations adéquates.

1.2.2.4 Correcte comptabilisation des opérations

La vérification de la correcte comptabilisation est effectuée principalement à travers la justification régulière des comptes concernés. Celle-ci s'opère au moyen du lettrage des comptes d'assurés, de courtiers, d'agents, de coassureurs, etc.

La confirmation du solde des intermédiaires est un des aspects les plus importants du contrôle interne. Ce rapprochement périodique assure l'exhaustivité et l'exactitude des primes et sinistres enregistrés. Cependant, les intermédiaires ne sont pas toujours organisés pour produire une information périodique exacte et exhaustive. Ils se basent souvent sur les situations des compagnies.

Afin de s'assurer qu'il a correctement décrit les systèmes de contrôle interne, le réviseur effectuera ensuite des tests de conformité en sélectionnant une ou plusieurs transactions représentatives du circuit étudié et en effectuant leur suivi tout au long de ce circuit.

Après la réalisation de la première étape et, tel que le précise le Manuel des Normes d'Audit Légal et Contractuel, l'auditeur peut, pour orienter sa mission, rédiger une note qui résume pour chaque compte significatif :

- le ou les systèmes comptables qui l'alimentent ;

- le processus de jugement qui l'affecte ;
- les contrôles internes sur lesquels il a décidé de s'appuyer et les conséquences sur l'étendue des contrôles sur les soldes, si les résultats des tests sur ces contrôles internes sont satisfaisants ;
- la nature, l'étendue et le calendrier des autres contrôles pour s'assurer, lorsqu'il n'y a pas de contrôles internes sur lesquels il puisse s'appuyer, qu'il n'y a pas eu d'erreurs significatives ou pour quantifier les erreurs qui se sont produites.

L'auditeur devra ensuite sélectionner un échantillon de transactions couvrant la totalité de la période.

Les différents flux de production sur lesquels peuvent être effectués ces contrôles sont les suivants :

- les émissions au comptant ;
- les émissions à terme ;
- les annulations de primes ;
- les résiliations et extinctions de contrats.

Les résultats seront matérialisés dans une évaluation finale du contrôle interne.

1.2.3 Evaluation finale du contrôle interne

Le Manuel des Normes d'Audit Légal et Contractuel marocain précise que :

- si le résultat de cette vérification (évaluation du contrôle interne) est satisfaisant, l'auditeur confirme que les contrôles sur les soldes des comptes concernés peuvent être limités ;
- si le résultat de cette vérification n'est pas satisfaisant, l'auditeur remet en cause l'évaluation préliminaire des risques d'erreurs dans le système étudié et élabore un programme de travail permettant soit de s'assurer qu'aucune erreur significative ne s'est produite, soit de quantifier les erreurs qui se sont produites.

En effet, l'évaluation finale du contrôle interne découle de toutes les analyses qui ont été réalisées jusqu'à présent : identification des contrôles et résultat des tests de vérification de leur permanence. Elle permet de définir la nature et l'étendue des tests à effectuer sur les comptes au final.

En outre, elle permet de formuler un certain nombre de recommandations aux dirigeants. Le plus souvent, ces recommandations tendent à sensibiliser les dirigeants sur la qualité et la régularité des contrôles effectués.

1.3 Contrôle des comptes liés aux primes émises

Tel qu'il a été cité en introduction de ce chapitre, la démarche proposée pour l'audit des comptes liés aux primes émises non-vie se base principalement sur le contrôle interne ; les contrôles substantifs sur les comptes seront allégés par rapport aux tests de permanence.

Ainsi, pour l'audit des comptes de primes émises, l'auditeur devra s'assurer du correct rapprochement entre la balance générale et les listings techniques, détaillant opération par opération les émissions, annulations de primes et commissions enregistrées au cours de l'exercice contrôlé. Les écarts seront étudiés, justifiés et leur impact calculé.

L'auditeur procédera aussi à l'analyse des émissions de primes pour s'assurer de la cohérence du chiffre d'affaires comptabilisé. Pour ce faire, il procédera à un examen analytique détaillé par rapport à l'exercice précédent, par rapport aux données du secteur, etc. :

- des primes émises nettes d'annulations ;
- des primes acquises (qui intègrent la variation des provisions de primes cf. infra) ;
- des commissions correspondantes.

Ces éléments d'analyse seront détaillés dans la seconde partie de ce mémoire.

Par ailleurs, l'auditeur validera l'estimation des PANE et l'estimation des PAP. Les compagnies peuvent utiliser une méthode statistique ou tenir compte des données réelles :

- Données réelles : Cette méthode consiste à observer, avec les deux ou trois mois de recul que fournissent le délai d'arrêté des comptes, les primes émises en N+1 au titre de l'exercice d'origine N. Cette méthode a pour avantage de ne recourir à aucune estimation. Cependant, elle peut se révéler totalement insuffisante si les PANE s'étalent dans la réalité sur plus de trois mois. De plus, elle nécessite un certain délai d'observation alors que les services comptables en disposent de moins en moins pour arrêter les comptes.
- Méthode statistique : Elle consiste en l'observation des cadences d'émissions rétroactives sur une période donnée, et ce, sur l'ensemble du portefeuille. Le taux de cadence ainsi observé

sera appliqué aux primes émises de l'exercice pour déterminer le montant des primes acquises non émises.

Des démarches symétriques sont appliquées aux annulations pour la détermination des primes à annuler.

Quelles sont à présent les principales anomalies relevées lors de l'audit de compagnies d'assurance ?

1.4 Exemples d'anomalies relevées

Les principales anomalies relevées lors des missions d'audit réalisées sont les suivantes (cette liste n'est pas exhaustive ; l'objectif est d'orienter l'auditeur vers certains aspects à risques) :

- Le suivi de la sinistralité des contrats en cours est rarement effectué police par police. Les excès de sinistralité ne sont donc pas identifiés ou identifiés avec un retard important.
- La signature des polices et avenants d'assurance par les assurés n'est pas contrôlée. En effet, le suivi du retour des polices que les intermédiaires font signer aux assurés n'est, en général, pas effectué.
- Les polices sont saisies avec un retard important. Les tests effectués révèlent souvent qu'un délai important sépare la date d'effet et la date de saisie de ces polices.
- Les intermédiaires n'envoient pas tous systématiquement un état journalier des affaires nouvelles souscrites notamment pour la branche automobile. La compagnie n'étant pas informée des affaires nouvelles réalisées par l'intermédiaire se trouve exposée à un risque important dans la mesure où ce dernier a la possibilité d'antidater les attestations de garanties et couvrir ainsi des sinistres dont la compagnie n'a pas été informée⁵.
- Le suivi séquentiel des numéros de polices enregistrées pour éviter les doubles-saisies et les omissions n'est souvent pas effectué.
- Les pièces reçues des agents ne sont pas toujours rapprochées avec les données enregistrées (si les agents procèdent à la saisie des contrats et avenants) pour contrôler l'exhaustivité, la réalité et l'évaluation (tarifs appliqués). Les tests effectués ont souvent révélé l'existence d'un nombre important de dossiers incomplets.

- Au niveau du quittance terme, il n'y a souvent pas de procédure de mise à jour des indices de révision sauf si celle-ci est mise à jour automatiquement (exemple : bonus accordé dans la branche Responsabilité Civile Automobile sous certaines conditions).
- La production de la branche Automobile se caractérise par l'existence d'un système d'attestations²⁴. Le suivi et la gestion de ces attestations restent un des aspects perfectibles dans les compagnies d'assurance :
 - Absence de procédure formalisée fixant les modalités de livraison des attestations et les quantités à livrer par intermédiaire ;
 - Absence d'inventaire physique du stock d'attestations rapproché avec l'inventaire permanent ;
 - Pas de stock maximum d'attestations à attribuer par intermédiaire selon la solvabilité de ce dernier ;
 - Retard important au niveau de l'envoi par les intermédiaires des états d'utilisation des attestations (les procédures de relance ne sont pas toujours fonctionnelles).
- La procédure de réconciliation des comptes, effectuée par les compagnies d'assurance avec les intermédiaires, souffre en général des insuffisances suivantes :
 - Absence d'une procédure formalisée et claire ;
 - Absence d'une synthèse permettant d'identifier le volume global des opérations à régulariser (quittances erronées, retournées, annulées, encaissées, etc.).
- L'accès aux applications et la modification des données ne sont pas toujours soumis à autorisation. C'est le cas notamment des tarifs et commissions d'intermédiaires appliqués, des ristournes accordées (branche Accidents de Travail par exemple), des annulations, etc.
- La matérialisation des contrôles hiérarchiques est quasi-absente en général.

Qu'en est-il à présent des prestations et comptes liés aux sinistres payés ?

²⁴ "Les provisions techniques des compagnies d'assurance : réflexion sur une approche d'audit sectorielle", Khalid Mountassir, mai 2000, mémoire d'expertise comptable

2. CYCLE DES PRESTATIONS ET COMPTES LIES AUX SINISTRES PAYES

Le nouveau code des assurances définit le sinistre comme étant la survenance de l'événement prévu par le contrat d'assurance et l'indemnité d'assurance comme étant la somme versée par l'assureur conformément aux dispositions du contrat en réparation du préjudice subi par l'assuré ou par la victime.

Il précise par ailleurs dans son article 17 que les pertes et les dommages occasionnés ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur sauf exclusion formelle et limitée contenue dans le contrat.

Il ajoute, dans son article 19, que, lors de la réalisation du risque garanti ou à l'échéance du contrat d'assurance, l'assureur est tenu de payer dans le délai convenu l'indemnité ou la somme déterminée dans le contrat.

De son côté, l'assuré est obligé (article 20) de donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les cinq (5) jours de sa survenance de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur.

Dans une compagnie d'assurance non-vie, la vie d'un sinistre comporte en général quatre phases successives :

1. ouverture du dossier sinistre et première évaluation ;
2. suivi du dossier ;
3. règlement (s) du sinistre ;
4. clôture du dossier de sinistre.

Un dossier peut être réouvert ou classé sans suite (prescriptions, absence de faits nouveaux, etc.) par la compagnie.

L'évaluation d'un sinistre à une date "t" de la vie d'un dossier représente à la fois la somme des montants réglés à l'assuré (sinistres payés) et de l'évaluation des sommes restant à verser au titre de ce dossier (provisions pour sinistres à payer). C'est ce qu'il est convenu d'appeler la charge de sinistre. Ainsi, traiter de l'audit des sinistres payés revient à traiter de la charge de sinistre dans sa globalité.

S'agissant, là encore, d'une opération répétitive "pouvant avoir une incidence significative sur les comptes annuels"²⁵, l'auditeur procédera à une appréciation du contrôle interne et s'assurera de la fiabilité de son fonctionnement. Il procédera ensuite au contrôle des comptes liés aux sinistres payés ; l'audit des provisions de sinistres, sera traité dans le chapitre relatif à l'audit des données non répétitives.

Comment se manifestent donc les différentes étapes de la vie d'un sinistre dans une compagnie d'assurance non-vie ? Quelle démarche adopter pour l'évaluation du contrôle interne ? Quelle démarche adopter pour le contrôle des comptes liés aux sinistres payés ? Quelles sont les principales anomalies relevées lors de l'audit de ces comptes ?

2.1 Traitement d'un sinistre par une compagnie d'assurance non-vie²⁶

Seront examinés :

- les traitements effectués par le ou les services ou départements sinistres d'une compagnie d'assurance
- et la comptabilisation du sinistre.

2.1.1 Traitements effectués par le ou les services ou départements sinistres

Le ou les services ou départements sinistres des compagnies sont constitués d'un grand nombre de rédacteurs dont la tâche est de recevoir les déclarations de sinistres et de procéder à l'ouverture des dossiers et leur évaluation.

A chaque sinistre est affecté un numéro de façon chronologique et un dossier contenant les différentes pièces reçues par la compagnie.

Ce dossier contient en général :

- une couverture de dossier dans laquelle figurent notamment le numéro précité, la nature du sinistre (matériel automobile, ...), les dates de survenance du sinistre, d'ouverture du dossier, des différentes évaluations, les évaluations, règlements et encaissements successifs (recours, etc.), une très brève synthèse du dossier (pourcentage de

²⁵ "Appréciation du contrôle interne", collection notes d'information CNCC n°3, février 1992.

²⁶ Cf. Annexe 9 : Exemple de processus de prestations payées et Annexe 4 : Arrêté du Ministre des Finances n° 369-95 du 10 juin 1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes-rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation, articles 35 et 36.

responsabilité, nature des dommages, stade de la procédure judiciaire, etc.), le nom du rédacteur.

- un classeur des pièces justificatives dans lequel figurent notamment les rapports d'expertise, les procès-verbaux de police ou de gendarmerie, les déclarations de sinistres, les dépôts de plaintes, les jugements et arrêtés, les factures de réparation, les frais médicaux ; etc.
- une chemise "évaluation" qui donne le détail de l'évaluation d'origine et des majorations ou minorations ultérieures ;
- une chemise "recours" justifiant la prévision enregistrée ou l'absence de prévision de recours ;
- une chemise "réassurance" regroupant les avis de déclaration aux réassureurs ;
- une chemise "comptabilisation" où sont regroupés tous les documents de saisie.

Pour l'estimation des sinistres, les rédacteurs²⁷ sont généralement investis de pouvoirs au-delà desquels il ne leur est pas autorisé de procéder à des évaluations, soit en raison de la complexité des affaires, soit en raison de l'importance de l'engagement pour la compagnie qu'implique la survenance de tels événements. Dans ce cas, les évaluations sont effectuées par la hiérarchie ou revues par elle.

Certaines compagnies sont organisées de telle manière que des listes d'évaluations supérieures aux pouvoirs des rédacteurs soient éditées périodiquement afin de permettre au responsable Sinistres de revoir les évaluations ou de les confirmer.

Par contre, certains sinistres, en raison de leurs caractéristiques et de leur répétition sont souvent évalués automatiquement selon une estimation forfaitaire correspondant au coût moyen de tous les sinistres répondant aux mêmes critères. Il en est ainsi, par exemple, des sinistres "bris de glace" dont la fréquence permet de mesurer avec précision le coût qu'ils engendrent pour la compagnie.

De plus, pour certaines branches d'assurance, comme la branche Accidents de Travail et la branche Automobile, le législateur a prévu un barème d'indemnisation qui doit être appliqué par les assureurs. Ainsi, l'indemnisation des victimes d'accidents causés par les véhicules terrestres à moteur est prévu par le dahir du 2 octobre 1984.

Pour que la compagnie puisse mesurer le plus justement possible ses engagements vis-à-vis de ses assurés et présenter des comptes les plus justes possibles, les évaluations de sinistres doivent être revues périodiquement afin que chacune d'elles soit conforme à l'évolution du

²⁷ Personnes chargées du suivi du dossier (évaluations, règlements, etc.)

sinistre et de la situation représentée par les différentes pièces contenues dans le dossier (rapports d'expertises, factures, pièces de procédure judiciaire, etc.) et à la réglementation le cas échéant.

Les règlements peuvent être partiels et ils le sont souvent.

La clôture d'un dossier sinistre se traduit par une charge de sinistre nulle. Un dossier est clôturé lorsque la compagnie a réglé l'ensemble des éléments constituant la charge de sinistre et a, le cas échéant, encaissé les recours correspondants.

Toute l'année, un "inventaire permanent" des sinistres est tenu pour constater, pour chaque sinistre survenu, les différentes évaluations successives. Toutes les opérations d'ouverture, d'évaluation, de règlement ou de clôture doivent être immédiatement visibles sur l'inventaire permanent.

Comment sont comptabilisés ces différents mouvements ?

2.1.2 Comptabilisation des sinistres

Comme pour les primes émises, en général, l'enregistrement des sinistres payés est effectué sur un état extra-comptable. Lorsqu'il existe une interface informatique entre le fichier extra-comptable et le système comptable, la comptabilisation est effectuée automatiquement, habituellement à la fin du mois. Sinon, la comptabilisation est effectuée au moyen d'une centralisation de ces états.

Les règlements de sinistres sont comptabilisés dans les subdivisions du compte "6012 Prestations et frais payés non-vie" prévues par le plan comptable des assurances, à savoir²⁸ :

- 60121 Sinistres en principal : reçoit les sommes qui ont été effectivement payées ;
- 60122 Capitaux constitutifs de rentes, 60123 Arrérages après constitution et 60124 Rachats : Lors de la constitution d'une rente, le compte 60122 est débité par le crédit du compte 44946 "capitaux constitutifs de rentes". Les arrérages payés à partir de ce moment viennent au débit du compte 60123 "Arrérages après constitution". Si la rente constituée fait l'objet d'un rachat, le compte 60124 "Rachats" est débité par le crédit d'un compte de trésorerie.

²⁸ Plan comptable des assurances

- 60125 Participation des assurés aux bénéfices : enregistre les participations aux bénéfices payées aux cours de l'exercice
- 60126 Frais accessoires : ils sont individualisés par dossier de sinistre ou de recours (tel que frais d'expertise, honoraires d'avocats, frais de justice, honoraires médicaux, etc.)
- 60129 Recours et sauvetages

A présent, quelle démarche adopter pour l'évaluation du contrôle interne de ce circuit ?

2.2 Evaluation du contrôle interne du circuit des prestations

Définir une démarche d'évaluation du contrôle interne du circuit des sinistres revient à répondre à la question suivante : Quelles sont les procédures qui, dans une compagnie d'assurance non-vie, permettent de satisfaire les objectifs de contrôle interne et la fiabilité des enregistrements comptables ?

Là encore, les tests à mettre en place pour vérifier la permanence des contrôles internes découlent de ces procédures. Ils doivent bien évidemment être adaptés par l'auditeur à chaque compagnie, en fonction des procédures appliquées et en fonction des branches d'assurance sélectionnées, et plus ou moins développées, en fonction de l'évaluation préliminaire du contrôle interne.

2.2.1 Procédures permettant de satisfaire les objectifs de contrôle interne

Les procédures mises en place pour la gestion des sinistres par la compagnie doivent permettre:

- une constatation rapide du sinistre ;
- une retranscription exacte des informations dans les fichiers extra-comptables ;
- un contrôle de la validité de ces informations ;
- des évaluations raisonnables, retenues avec prudence et conforme à la réglementation pour les branches dans lesquelles un barème d'indemnisation est prévu par les textes.

Pour cela, l'auditeur se penchera principalement sur :

- les méthodes d'évaluations et la validité des barèmes utilisés ;
- le niveau de compétence des personnes chargées de l'évaluation des dossiers ;
- la fréquence d'évaluation et de révision des dossiers.

2.2.1.1 Méthodes d'évaluations et la validité des barèmes utilisés

L'existence de barèmes ou de listes d'évaluations est cruciale pour l'homogénéité de l'évaluation des sinistres car, sans barème, chaque rédacteur évaluera selon ses propres critères qui pourraient être différents de ceux de son collègue.

Les barèmes utilisés doivent tenir compte notamment de l'inflation des coûts des sinistres, de l'évolution de la jurisprudence et de l'évolution des accords amiables.

Les règles d'évaluation doivent être établies dans une perspective prudente et selon des méthodes constantes en ce qui concerne notamment la prise en compte des responsabilités, des incapacités, de l'évolution des coûts et des délais de règlement.

2.2.1.2 Niveau de compétence des personnes chargées de l'évaluation des dossiers

Bien que les rédacteurs²⁹ se réfèrent à des barèmes précis, il n'en demeure pas moins que ceux-ci devront avoir des connaissances de base notamment sur les contrats de la société afin de savoir par exemple si la société a à intervenir pour un sinistre donné (la personne était-elle assurée pour ce type de sinistre ?).

De même, des connaissances en matière de jurisprudence devront être acquises notamment pour les niveaux de responsabilité en cas de sinistre (la responsabilité de l'assuré est-elle engagée ?).

2.2.1.3 Fréquence d'évaluation et de révision des dossiers

Les procédures mises en place par la compagnie doivent permettre la mise à jour systématique et immédiate de l'évaluation du dossier à chaque fait nouveau. Des relances des experts, médecins, compagnies, etc. doivent être effectuées également lorsque certains délais de réponse sont dépassés.

²⁹ Personnes chargées du suivi du dossier (évaluations, règlements, etc.)

Par ailleurs, un contrôle devra être effectué sur les dossiers pour lesquels aucun mouvement n'a été constaté depuis une date donnée et sur les dossiers réouverts (quelles sont les raisons de la réouverture ?).

Plusieurs compagnies d'assurance effectuent une revue annuelle des dossiers sinistres pour le contrôle des évaluations en fin d'exercice. Il s'agit d'un travail lourd qui demande beaucoup de temps et la mobilisation de compétences.

2.2.2 Procédures permettant d'assurer la fiabilité des enregistrements comptables

2.2.2.1 Réalité des opérations enregistrées

La réalité des opérations enregistrées repose sur :

- l'existence d'une déclaration de sinistre ;
- l'existence, dans chaque dossier sinistre, d'une documentation pour justifier toutes les évaluations et leurs mises à jour ;
- le rapprochement matérialisé entre les documents et les enregistrements (nouveaux dossiers, mises à jour des évaluations, règlements, clôtures, etc.) ;
- la mise à jour rapide de l'inventaire permanent à chaque règlement, changement d'évaluation, etc.

2.2.2.2 Exhaustivité des enregistrements

L'exhaustivité des enregistrements peut être réalisée à travers :

- la vérification que toutes les déclarations de sinistres ou bordereaux de sinistres (intermédiaires) arrivés à la compagnie font l'objet d'une saisie dans le fichier des sinistres (inventaire permanent) ;
- le contrôle que tous les sinistres saisis font l'objet d'une évaluation ;
- la vérification que toutes les informations complémentaires reçues dans le cadre de l'instruction du sinistre font l'objet d'une mise à jour de l'évaluation ; etc.

2.2.2.3 Correcte évaluation des opérations

Cette correcte évaluation repose sur :

- la correcte application des règles d'évaluation à l'ouverture définies par la compagnie ;
- la révision de l'évaluation à l'obtention d'informations nouvelles ;
- la revue périodique des évaluations, etc.

2.2.2.4 Correcte comptabilisation des opérations

Comme pour les primes, la vérification de la correcte comptabilisation est effectuée principalement à travers la justification régulière des comptes concernés. Celle-ci s'opère au moyen du lettrage des comptes d'assurés, de courtiers, d'agents, de coassureurs, etc.

Cette justification s'avère particulièrement difficile dans le cas où la compagnie enregistre dans ces comptes à la fois les primes et les sinistres.

Afin de s'assurer qu'il a correctement décrit les systèmes de contrôle interne, le réviseur effectuera ensuite des tests de conformité en sélectionnant une ou plusieurs transactions représentatives du circuit étudié et en effectuant leur suivi tout au long de ce circuit.

L'auditeur devra ensuite sélectionner un échantillon de transactions couvrant la totalité de la période.

Les résultats seront matérialisés dans une évaluation finale du contrôle interne.

2.2.3 Evaluation finale du contrôle interne

Il s'agit d'une conclusion permettant de définir la nature et l'étendue des tests à effectuer sur les comptes au final et de formuler aux dirigeants des recommandations sur la qualité et la régularité des contrôles effectués.

2.3 Contrôle des comptes liés aux prestations payées

S'agissant de données répétitives, la démarche proposée est principalement basée sur le contrôle interne.

Pour l'audit des comptes liés aux prestations payées, l'auditeur devra s'assurer du correct rapprochement entre la balance générale et l'inventaire permanent. Les écarts seront étudiés, justifiés et leur impact calculé.

Par ailleurs, il vérifiera :

- la correcte prise en compte des évènements postérieurs (sinistres importants...) : demander, par exemple, un état des sinistres > KMAD 500 et faire la revue du dossier en s'assurant que l'évaluation au 31/12 est correcte,
- le respect du principe de séparation des exercices (correcte évaluation des tardifs).

Il effectuera aussi un examen analytique détaillé par rapport à l'exercice précédent, par rapport aux données du secteur, etc. :

- des sinistres payés
- et de la charge de sinistre (qui intègre les provisions de sinistres cf. infra).

Comme pour les primes, cette analyse sera détaillée en seconde partie de ce mémoire.

Qu'en est-il à présent des principales anomalies relevées lors de l'audit de compagnies d'assurance ?

2.4 Exemples d'anomalies relevées

Les principales anomalies relevées lors des missions d'audit réalisées sont les suivantes (cette liste n'est pas exhaustive ; l'objectif est d'orienter l'auditeur vers certains aspects à risques) :

- La réception d'une déclaration de sinistre constitue la première étape dans le traitement d'un sinistre. Il arrive cependant que cette déclaration ne soit pas transmise par le bureau d'ordre au service sinistre sans délai. Or, toute déclaration non traitée implique un sinistre non provisionné ; à moins que la procédure d'évaluation des sinistres tardifs (cf. infra) ne soit fiable³⁰.

³⁰ "Les provisions techniques des compagnies d'assurance : réflexion sur une approche d'audit sectorielle", Khalid Mountassir, mai 2000, mémoire d'expertise comptable

- Il arrive fréquemment qu'un assuré déclare un faux sinistre en vue de sa prise en charge par la compagnie. Cette dernière est donc tenue de mettre en place un dispositif de contrôle interne lui permettant de détecter ce type de fraude.
- Lors de la réception de la déclaration de sinistre et avant l'ouverture du dossier, les rédacteurs s'assurent que la date de survenance du sinistre n'est pas antérieure à la date d'effet de la police ou postérieure à sa date d'échéance. Ce contrôle est souvent effectué manuellement ce qui est génère un risque d'erreur important.
- Les évaluations effectuées à l'ouverture des dossiers ne sont pas toujours actualisées d'une année à l'autre.
- Les évaluations effectuées sur les dossiers, quand elles sont mises à jour, ne sont pas régulières : les tests réalisés sur les procédures de mise à jour de ces évaluations mettent en évidence une disparité dans l'application des procédures mises en place.
- Il arrive que, lors des règlements de sinistres, les franchises et plafonds contractuels ne soient pas respectés. En général, les règlement dépassent ces limites à la conclusion du contrat.
- Les informations nouvelles sont classées dans les dossiers sinistres sans pour autant que la mise à jour des évaluations ne soit effectuée.
- Il arrive souvent que les rédacteurs ne mettent pas à jour l'évaluation de la charge à payer après un règlement. Cette anomalie a un impact sur l'évaluation des provisions pour sinistres à payer "dossier par dossier" (cf. infra).
- La revue annuelle des dossiers sinistres n'est pas effectuée par toutes les compagnies. Par ailleurs, quand elle est réalisée, cette opération est effectuée avec retard et ne coïncide pas avec l'arrêté des comptes.
- Les contrôles "par exception" sont utilisés de manière insuffisante par les compagnies d'assurance au Maroc. Ces contrôles permettent, en effet, d'extraire des fichiers informatiques les dossiers importants, sensibles ou comportant a priori des anomalies (exemples : dossiers dont la provision n'a pas subi de variation importante, dossiers ayant connu des paiements importants sans que les provisions ne soient réduites, etc.)³¹.

³¹ "Les particularités de l'audit des provisions pour sinistres à payer dans une compagnie d'assurance dommages au Maroc", Ahmed Nadif, novembre 1998, mémoire d'expertise comptable

CH3 : AUDIT DES DONNEES NON REPETITIVES

Tel qu'il a été cité dans l'introduction de cette première partie, les informations appelées données non répétitives représentent celles qui ne sont traitées que périodiquement, généralement en conjonction avec la préparation des états financiers.

Les données non répétitives comprennent principalement (cf. infra pour la justification de ce choix) :

- les provisions de primes et les provisions de sinistres ;
- la réassurance.

Etant donné que les comptes de provisions ont fait l'objet de nombreux travaux au Maroc³², elles seront traitées de manière sommaire par rapport à la réassurance.

1. PROVISIONS DE PRIMES ET PROVISIONS DE SINISTRES

Dans son article 238, le nouveau code des assurances marocain précise que "les entreprises d'assurance et de réassurance doivent, à toute époque, inscrire à leur passif les provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral des engagements contractés à l'égard des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats ; elles sont calculées sans déduction des réassurances cédées."

De plus, ces provisions techniques "sont constituées selon la nature des opérations exercées par les entreprises d'assurance et de réassurance. Les conditions de leur constitution, de leur évaluation et de leur dépôt sont fixées par l'administration."

L'estimation des provisions techniques est réglementée par les articles 6 à 12 de l'arrêté du Ministère des Finances du 10/6/1996 repris par l'arrêté du 29/12/1997.

Les provisions techniques représentent le poste du bilan le plus délicat à cerner, tant pour les responsables financiers des compagnies d'assurance, que pour les contrôleurs externes.

En effet, une évaluation de provisions insuffisamment maîtrisée aurait un impact direct sur la sincérité du résultat technique de la société. Le management de l'entreprise peut y trouver un

³² "Les provisions techniques des compagnies d'assurance : réflexion sur une approche d'audit sectorielle", Khalid Mountassir, mai 2000, mémoire d'expertise comptable

terrain de prédilection pour faire varier ses résultats en fonction des besoins : diminution de l'impôt ou amélioration du résultat technique.

Les provisions techniques se composent principalement :

- des provisions pour sinistres à payer ;
- des provisions pour ajustement de primes : provisions pour primes non acquises et provisions pour risques en cours.

Quelles sont donc les particularités des différents types de provisions techniques ? Quelle approche d'audit adopter pour chacun ? Et quelles sont les principales faiblesses relevées ?

1.1 Particularités des différents types de provisions techniques

1.1.1 Provisions pour sinistres à payer (S.A.P.)

Ce sont des provisions pour sinistres survenus mais non encore payés à la clôture des comptes. Elles représentent les dettes de l'assureur envers les bénéficiaires de contrats au titre des sinistres survenus.

Les provisions pour sinistres à payer constituent un facteur de solvabilité de grande importance ; aussi font-elles l'objet d'une évaluation minutieuse, surtout celles se rapportant à des branches d'assurance qui se caractérisent par une grande sinistralité telles que l'automobile et l'accident de travail.

Les provisions pour SAP se composent du coût du sinistre et du coût de gestion. Elles sont calculées exercice par exercice et dossier par dossier pour leur montant brut sans tenir compte des cessions en réassurance et des recours à exercer. Elles sont augmentées d'une estimation du coût des sinistres survenus non déclarés à la date de l'inventaire³³ (sinistres tardifs ou IBNR "incurred but not registered"). Elles sont également majorées d'un pourcentage de 5% au titre de chargement de gestion suivant les cas.

Les provisions techniques pour SAP relatives à la branche automobile représentent 49,2% des provisions constituées par l'ensemble du secteur en 2001³⁴.

³³ Cf. Annexe 10 : Circulaire de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale relative aux méthodes d'évaluation des réserves techniques et dispositions relatives à la représentation des réserves techniques (n°01/2002 du 23 mai 2002).

³⁴ Source : Situation liminaire du secteur des assurances au Maroc en 2001 de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale

Les provisions pour SAP afférentes à la catégorie d'assurance automobile sont déterminées séparément pour les sinistres RC (responsabilité civile) corporels correspondant à des sinistres engageant la responsabilité civile de l'assuré au titre des dommages corporels même s'ils comportent également des dommages matériels et autres sinistres RC correspondant à des sinistres autres que les sinistres RC corporels.³⁵

Il est prévu des règles spécifiques (méthodes réglementaires) pour le calcul de ces provisions.

Pour ce qui est des provisions pour sinistres à payer de la branche AT (accidents de travail), il est fait application des mêmes méthodes de calcul que celle utilisées pour les sinistres RC corporels³⁶.

1.1.1.1 Sinistres Responsabilité Civile Automobile corporels

Le montant des provisions pour sinistres à payer calculé dossier par dossier augmenté des coûts des sinistres survenus non déclarés ne doit pas être inférieur au plus élevé des montants dégagés :

- par la méthode du coût moyen
- et par la méthode de la cadence des règlements.

Un complément de provision est constitué dans le cas où il serait inférieur (majoration ou provision complémentaire).

Méthode dossier par dossier (D/D)

La provision SAP calculée par la méthode D/D comprend le montant de la provision figurant dans l'inventaire permanent augmenté des tardifs (sinistres survenus avant la clôture des comptes mais non encore déclarés à cette date).

Cette méthode est validée par la revue du contrôle interne du circuit « sinistres » (cf. supra).

L'estimation des tardifs est prévue par la circulaire du Ministère des Finances du 8 février 2002³⁷.

³⁵ Cf. Chapitre 2 de la deuxième partie de ce mémoire

³⁶ Cf. Annexe 10 : Circulaire de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale relative aux méthodes d'évaluation des réserves techniques et dispositions relatives à la représentation des réserves techniques (n°01/2002 du 23 mai 2002)

Méthode du coût moyen

Il s'agit d'une méthode consistant à déterminer rétrospectivement un coût moyen de sinistre sur les cinq dernières années et à appliquer ce coût moyen au nombre de sinistres déclarés à la clôture des comptes.

Le coût moyen est obtenu en divisant le coût total des sinistres terminés au cours des cinq derniers exercices comptables par le nombre de sinistres terminés au cours de la même période.

Le coût d'un sinistre terminé au cours d'un exercice est représenté par tous les règlements intervenus au cours de l'exercice où il a été déclaré terminé et l'ensemble des règlements intervenus, sur le même dossier, au cours des exercices qui ont précédé l'exercice de fermeture³⁸.

$$\text{Coût moyen} = \frac{\text{Cumul des règlements des sinistres terminés au cours des cinq derniers exercices}}{\text{Nombre de sinistres terminés pendant les cinq derniers exercices}}$$

$$\text{SAP Coût moyen} = (\text{Nombre de sinistres survenus y compris tardifs} \times \text{Coût moyen}) - \text{Cumul des règlements déjà effectués à la clôture des comptes}$$

La méthode du coût moyen est appliquée aux exercices pour lesquels la provision résiduelle est supérieure à 30% de la charge de sinistres (y compris IBNR).

Méthode de la cadence des règlements

C'est une méthode rétrospective consistant à :

1. déterminer les cadences de règlements : calcul statistique qui permet de dégager, sur la base des données des 10 derniers exercices, le pourcentage de règlement de la première année, des 2 premières années..., jusqu'à la 10ème année ;

³⁷ Cf. Annexe 10 : Circulaire de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale relative aux méthodes d'évaluation des réserves techniques et dispositions relatives à la représentation des réserves techniques (n°01/2002 du 23 mai 2002).

³⁸ Cf. Annexe 10 : Circulaire de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale relative aux méthodes d'évaluation des réserves techniques et dispositions relatives à la représentation des réserves techniques (n°01/2002 du 23 mai 2002).

2. déterminer la provision pour SAP par année de survenance de sinistre en rapportant le cumul des règlements (décaissements effectifs) au taux de cadence de règlement de l'année de survenance.

Les modalités d'application de la méthode nécessitent, au préalable, l'établissement d'un tableau triangulaire sur une période de 10 ans. Ce tableau donne, pour chaque exercice de survenance, l'évolution de la charge des sinistres, telle qu'arrêtée dossier par dossier et compte non tenu du coût des sinistres survenus non déclarés.

Pour chaque exercice comptable et pour chaque exercice de survenance, la charge de sinistre est ventilée en règlements de l'année, règlements cumulés et en provisions pour SAP.

La cadence de règlement, pour un exercice de survenance donné, est calculée à la fin de chaque exercice comptable de liquidation en divisant les règlements cumulés à la fin dudit exercice comptable par la dernière charge de sinistre connue.

Une cadence de liquidation des sinistres est dégagée pour chaque exercice de survenance. La cadence moyenne de règlement des sinistres de l'entreprise d'assurance est obtenue en pondérant les cadences de liquidation par les charges de sinistres du derniers exercice inventorié.

$$\text{Cadence } N = \text{Cumul des règlements } N / \text{Charge de sinistre } N$$

Un cas chiffré figure dans la Circulaire de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale relative aux méthodes d'évaluation des réserves techniques et dispositions relatives à la représentation des réserves techniques (n°01/2002 du 23 mai 2002), annexe 10.

Une fois cette cadence moyenne arrêtée, il est fait application de la formule suivante pour dégager la provision pour SAP.

$$\text{Provisions pour SAP } N = \text{Règlements cumulés } x (100 - \text{Cadence } N) / \text{Cadence } N$$

Un exemple de calcul est en annexe 18.

Majoration ou provision complémentaire

Si le montant de la provision calculé dossier par dossier augmenté du coût des sinistres survenus non déclarés est inférieur au montant le plus élevé calculé par les méthodes forfaitaires (coût moyen ou cadence de règlement), un complément de provision est constitué globalement et par sous-catégorie pour un montant de :

$$\text{Provision complémentaire} = \text{Max (provision coût moyen ; provision cadence des règlements)} \\ - (\text{provision dossier par dossier} + \text{tardifs})$$

Cette provision complémentaire est ensuite répartie sur les exercices de survenance pour lesquels la provision dossier par dossier (y compris tardifs) est inférieure au montant le plus élevé dégagé par les méthodes forfaitaires. Cette répartition est effectuée proportionnellement aux insuffisances respectives par rapport à la méthode retenue.

1.1.1.2 Autres sinistres Responsabilité Civile

Il s'agit des sinistres Responsabilité Civile Automobile matériels.

Le montant de la provision pour sinistres à payer calculé dossier par dossier augmenté du coût des tardifs ne doit pas être inférieur au montant dégagé par la méthode du coût moyen.

La détermination de la provision par référence au coût moyen est similaire à celle pratiquée pour les sinistres RC corporels.

Si le montant de la provision calculé dossier par dossier augmenté du coût des tardifs est inférieur au montant déterminé par la méthode du coût moyen, un complément de provision est constitué globalement et par sous-catégorie pour un montant de :

$$\text{Provision complémentaire} = \text{provision coût moyen} - (\text{Provision dossier par dossier} + \text{tardifs})$$

Cette provision complémentaire est ensuite répartie sur les exercices de survenance pour lesquels la provision dossier par dossier (y compris tardifs) est inférieure au montant le plus élevé dégagé par la méthode du coût moyen. Cette répartition est effectuée proportionnellement aux insuffisances respectives par rapport à cette méthode.

1.1.1.3 Méthode de blocage des primes

La charge de sinistre (cumul des règlements + provision dossier par dossier + provision pour sinistres survenus non déclarés + provision complémentaire) des deux derniers exercices ne

doit pas être inférieure à 75% du total des primes acquises de ces deux exercices. Ceci concerne la branche Accident de Travail et les sous-catégories de la branche Responsabilité Civile Automobile autres que TPV (transport public de voyageurs) pour laquelle le taux est de 85%.

Dans le cas où la charge de sinistre serait inférieure, une majoration pour blocage de primes est constituée. Elle est égale à :

$$\text{Primes acquises} * [(\text{Charge de sinistre} / \text{Primes acquises}) - 75\%]$$

1.1.2 Autres provisions techniques

1.1.2.1 Provisions pour primes non acquises (PPNA)

Les provisions pour primes non acquises concernent les contrats à prime payable d'avance.

Elles sont destinées à constater, pour chacun des contrats à prime payable d'avance, la part des primes se rapportant à la période comprise entre la date de l'inventaire et la date de la prochaine échéance de prime ou, à défaut, du terme du contrat.

Elles sont calculées au prorata temporis pour chacune des catégories d'assurance, contrat par contrat, ou évaluées forfaitairement à la moitié des primes.

Des provisions ou réserves pour risques en cours sont constituées en complément des PPNA sur les branches dont la sinistralité est supérieure à 100%. Autrement dit, elles consistent à constater une provision relative aux contrats à primes payables d'avance dont la sinistralité est supérieur à 100%.

1.1.2.2 Provisions pour risques en cours (REC)

La méthode de calcul est la suivante :

- Pour les branches autres que maritime :

$$\text{REC} = [[S/P + \frac{1}{2} (\text{charges d'exploitation} / \text{primes émises brutes})] - 100\%] * \text{PPNA}.$$

Le rapport "charges d'exploitation / primes émises brutes" doit être, au minimum, égal à 10%.

- Pour la branche maritime :

$\text{REC} = \text{primes acquises} * 18\%.$

Il convient de préciser que les méthodes réglementaires précitées, imposées aux compagnies d'assurance, donnent souvent des résultats jugés soit aberrants par ces compagnies d'assurances et qu'elles refusent d'appliquer, soit insuffisants par les auditeurs externes ou commissaires aux comptes eu égard d'une part, aux réalisations observées lors des exercices précédents et aux autres méthodes actuarielles d'autre part.

Dans l'approche proposée, seront utilisées aussi bien les méthodes réglementaires que certaines méthodes actuarielles, non prévues par la réglementation, pour la validation du niveau global des provisions techniques et de leur variation comprise dans le résultat technique non-vie (cf. seconde partie).

1.2 Contrôle des comptes de provisions techniques

L'audit des provisions techniques repose principalement sur des tests de nature substantive, exceptée la provision pour SAP dossier par dossier (cf. supra).

Après obtention du détail des provisions techniques par branche et rapprochement avec la balance générale de l'exercice audité, l'auditeur procèdera aux travaux suivants (ces travaux doivent être adaptés à chaque compagnie) :

1.2.1 Provisions pour sinistres à payer (SAP)

Etant donné que le cas qui sera présenté en seconde partie se rapportera à la branche Responsabilité Civile Automobile, c'est celle-ci qui sera traitée. L'approche d'audit des provisions SAP des autres branches reste relativement simple puisqu'elle se base principalement sur validation de la provision SAP dossier par dossier et sur l'appréciation du caractère suffisant de celle-ci.

Avant tout, l'auditeur obtiendra les tableaux de calcul des provisions RC automobile par exercice de survenance et par sous-catégorie de véhicule (corporel et matériel) : A (tourisme),

B TPV (transport public voyageurs), C1 TP (transport public) véhicule utilitaire $\leq 3,5$ T, C2 TP (transport public) véhicule utilitaire $> 3,5$ T, D (cyclomoteurs) et E (divers)³⁹.

Ces tableaux de calcul doivent comprendre :

- les tableaux comparatifs des provisions SAP calculées selon la méthode dossier par dossier, selon la méthode du coût moyen et selon la méthode de la cadence des règlements et le calcul des majorations complémentaires ;
- les tableaux de calcul de la provision SAP selon la méthode du coût moyen (calcul du coût moyen et calcul de la provision SAP coût moyen) ;
- les tableaux de calcul de la provision SAP selon la méthode de la cadence des règlements (tableaux triangulaires).

1.2.1.1 Méthode dossier par dossier (D/D)

Les travaux à effectuer sont les suivants :

- Obtenir l'inventaire permanent au 31 décembre de l'exercice audité ;
- Rapprocher les provisions de l'inventaire permanent avec l'inventaire permanent obtenu (toujours par exercice de survenance et par sous-catégorie ex : SAP catégorie B corporel exercice de survenance 1998) ;
- Valider la méthode d'estimation des tardifs utilisée par la compagnie (conformité par rapport à la réglementation) et vérifier sa bonne application (calculs effectués) ;
- Demander un état des sinistres déclarés au cours de l'exercice et survenus les exercices antérieurs (par exercice de survenance) à rapprocher avec les tardifs retenus l'exercice précédent ;
- Obtenir la liste des sinistres importants (selon un seuil déterminé) des cinq derniers exercices et étudier l'évolution de leurs évaluations.

1.2.1.2 Méthode du coût moyen

Les travaux à effectuer sont les suivants :

- Rapprocher le cumul des règlements effectués par exercice de survenance avec tableaux triangulaires servant au calcul de la SAP cadence des règlements ;

³⁹ Cf. Annexe 10 : Circulaire de la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale relative aux méthodes d'évaluation des réserves techniques et dispositions relatives à la représentation des réserves techniques (n°01/2002 du 23 mai 2002).

- Obtenir l'état informatique des dossiers terminés au cours de l'exercice et valider le calcul des coûts moyens ;
- Rapprocher le nombre de dossiers terminés des exercices précédents avec dossier de l'exercice précédent (ou, sinon, avec l'inventaire permanent des exercices précédents) ;
- Rapprocher le nombre de dossiers déclarés au cours de l'exercice avec l'inventaire permanent et valider le calcul de la SAP coût moyen. Investiguer les écarts significatifs obtenus ;
- Effectuer une revue analytique du coût moyen par catégorie et investiguer les variations significatives.

1.2.1.3 Méthode de la cadence des règlements

Les travaux à effectuer sont les suivants :

- Obtenir les tableaux triangulaires de calcul des coefficients de cadence par catégorie ;
- Rapprocher les règlements et les provisions pour SAP de l'exercice audité avec l'inventaire permanent (si les règlements des exercices précédents ont été validés les exercices précédents).
- Recalculer et rapprocher la provision obtenue avec la provision de la compagnie (si nécessaire, effectuer un tableau récapitulatif des écarts par sous-catégorie). Investiguer les écarts significatifs obtenus.

1.2.1.4 Majoration de blocage de primes

Il faut calculer la majoration de blocage de primes, la rapprocher avec celle de la compagnie et investiguer les écarts significatifs.

L'auditeur devra procéder à un examen analytique des provisions techniques des deux exercices (règlements, coefficients de cadence, coût moyen, charge de sinistre / nombre de dossiers déclarés) et expliquer les variations significatives.

Cet examen sera détaillé en seconde partie dans le cadre de la revue analytique du résultat technique non-vie.

1.2.2 Provisions pour primes non acquises (PPNA)

Pour valider ces provisions, l'auditeur obtiendra l'état des primes à reporter et le rapprochera avec les PPNA constatées ou, à défaut, obtiendra l'état des primes payables d'avance et validera le calcul des PPNA pour les branches significatives.

Là encore, l'auditeur effectuera une revue analytique par branche des provisions pour primes non acquises par rapport à l'exercice précédent. Les variations significatives doivent être expliquées.

1.2.3 Provisions pour risques en cours (REC)

Les travaux à effectuer consisteront principalement à valider le calcul de la provision pour risques en cours pour les branches significatives et à effectuer une revue analytique par branche par rapport à l'exercice précédent.

1.3 Exemples d'anomalies relevées

En plus des anomalies citées, dans le chapitre précédent, relatives à l'audit des prestations, les principales faiblesses relevées lors de l'audit de compagnies d'assurance sont les suivantes :

- Les dispositions réglementaires ne sont pas toujours maîtrisées. Certaines compagnies, par exemple n'appliquent pas la majoration de 5% au titre des frais de chargement, d'autres calculent le coût moyen sur une durée plus ou moins longue que celle prévue par la réglementation, d'autres encore n'appliquent pas la méthode dite de blocage des primes.
- Au niveau des provisions de l'inventaire permanent (dossier par dossier), les anomalies suivantes ont été détectées :
 - Les compagnies d'assurance surestiment des dossiers sinistres importants ;
 - Certaines compagnies procèdent à des évaluations forfaitaires et imprudentes ;
 - Un pilotage des provisions pour SAP peut être effectué à travers l'augmentation ou la diminution des règlements en fin d'exercice.
- Pour ce qui est du calcul des majorations issues de l'application de la méthode de la cadence des règlements, il arrive que les compagnies pilotent les règlements de sinistres (les accélérer en fin d'exercice ou les retarder à l'exercice suivant) pour pouvoir piloter leurs provisions techniques.

- Des erreurs de totalisation et de centralisation des provisions par catégorie sont souvent détectées.

2. REASSURANCE

La réassurance constitue un des points d'audit significatifs pour l'auditeur du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance vu, d'une part, son caractère légal et d'autre part, la part significative que peuvent représenter les comptes concernés dans le résultat technique d'une compagnie :

- primes cédées,
- prestations cédées,
- part des réassureurs dans les provisions techniques.

Quels sont donc les particularités techniques et comptables de la réassurance ? Quelles démarche adopter pour l'audit des comptes de réassurance ?

2.1 Particularités techniques et comptables de la réassurance

2.1.1 Particularités techniques de la réassurance

En plus de la réassurance légale citée précédemment, on distingue :

- la réassurance obligatoire ;
- la réassurance facultative.

2.1.1.1 La réassurance obligatoire

La réassurance obligatoire est régie par des traités qui ont une valeur permanente et définissent les conditions générales de réassurance. Ces traités matérialisent l'engagement de cession pour l'assureur et l'engagement d'acceptation du réassureur.

Les conditions particulières (taux, tranches réassurées, prime minimum, etc.) sont arrêtées pour chaque exercice et matérialisées par des notes de couverture adressées par la compagnie au réassureur. Ces notes de couverture doivent être approuvées par la Direction des Assurances.

On distingue deux formes d'assurance conventionnelle :

- les traités proportionnels ;
- les traités non proportionnels.

Les traités proportionnels : réassurance en quote-part ou en participation

Dans la réassurance en quote-part, le réassureur est intéressé par une quote-part dans toutes les affaires réalisées par l'assureur dans une branche déterminée. Cette proportion s'applique tant aux primes qu'aux sinistres. Cependant, l'obligation du réassureur peut être limitée par un montant maximum exprimé en unités monétaires (engagement maximum des réassureurs).

Il faut, par ailleurs, préciser que le réassureur alloue à la cédante une commission dont les taux sont fixés par les traités ainsi qu'une participation aux bénéfices.

Cette forme de réassurance a pour avantage d'avoir une construction simple et une gestion peu onéreuse. Elle permet d'autre part à l'assureur direct de réduire le volume des pertes techniques qui peuvent se présenter sur certaines branches.

Elle ne peut cependant être une solution adaptée pour le cédant que si le portefeuille rassemble des risques homogènes, tant par leur nature que leur tarification. La réassurance en quote-part est par exemple incapable d'appréhender d'une manière efficace, des problèmes de réassurance spécifiques créés par la présence dans le portefeuille de l'assureur direct, de risques complexes, peut-être peu nombreux mais de grande valeur.

C'est le cas notamment de la sous-catégorie Responsabilité Civile Automobile TPV (Transport Public Voyageurs). En général, cette dernière est réassurée en Excédent de Sinistres (cf. infra).

Elle génère enfin une cession excessive de primes sur des risques peu importants qui n'ont nullement besoin d'être réassurés et entraîne, en cas de participation importante du réassureur, un transfert du potentiel de bénéfices à son profit.

Les traités non proportionnels

La réassurance non proportionnelle se compose des traités : Excédent de plein (ou de capitaux), excédent de sinistre ou excess of loss (XL) et excédent de taux de sinistre (Stop Loss):

- *Excédent de plein* : Le cédant ne remet au réassureur que les risques dont la somme assurée dépasse un certain montant, appelé plein de conservation ou de rétention. Ainsi, pour les polices qui ne dépassent pas le plein, il n'y a aucune cession⁴⁰.

Ce type de traité est souvent utilisé dans les branches composées de risques pour lesquels la somme assurée est très variable, soit : l'incendie, les accidents, l'assurance crédit ou maritime. Le traité en excédent de plein sera, en règle générale, réparti entre plusieurs réassureurs qui vont chacun accepter un ou plusieurs pleins, parfois même une fraction de plein. Leur part respective sera ensuite exprimée en pourcentage dans le traité.

A l'inverse du traité en quote-part, cette forme de réassurance permet à la cédante de moduler ses cessions. Elle évite ainsi de céder un pourcentage identique sur tous les risques et obtient un portefeuille net de cessions qui, en ce qui concerne les capitaux formant sa rétention, peut être qualifié d'homogène et d'équilibré.

- *Excédent de sinistre ou excess of loss (XL)* : Les réassureurs s'obligent à prendre à leur charge la partie de tous les risques individuels qui dépassent la « priorité » fixée contractuellement.

Par priorité, il faut entendre le montant maximal pris en charge par l'assureur sur le sinistre survenu (ce qui est conservé par l'assureur). A l'opposé, on parle de portée ; autrement dit l'engagement du réassureur sur un événement (ce qui est cédé au réassureur).

Le traité en excédent de sinistre par police est celui que l'on rencontre le plus. Il est utilisé en majorité pour les risques automobile, accident de travail, responsabilité civile et individuelle.

Ce type de réassurance protège l'assureur direct contre les grands sinistres qui pèsent de façon sensible sur son résultat et sa rentabilité. Il va permettre au cédant, d'homogénéiser son portefeuille en écrétant la partie nette des sinistres qu'il doit supporter et d'équilibrer son résultat sans céder trop de prime au réassureur. En effet, le réassureur ne participant pas aux petits sinistres isolés, la part de la prime y afférente est conservée par le cédant.

⁴⁰ Cf. Annexe 11 : Réassurance, traité en excédent de plein.

- *Excédent de taux de sinistre (Stop Loss)* : Le réassureur prend en charge, sur un exercice de survenance donné, pour une catégorie d'affaires, la différence entre la sinistralité (S/P) réelle et la sinistralité prévue par le traité.

La participation du réassureur est donc aléatoire et fixée *a posteriori*, en fonction des résultats. Mais la plupart des traités prévoient une limite à l'engagement des réassureurs, ce qui dépasse cette limite est à la charge du cédant.

Ce type de réassurance est surtout employé pour la couverture des risques liés aux catastrophes naturelles.

La réassurance en excédent de perte annuelle permet de garantir à la cédante que le résultat technique de la branche couverte par le traité et réalisé, sur un exercice de survenance donné, ne sera jamais pire que le chiffre qu'elle s'est fixé.

2.1.1.2 La réassurance facultative

Cette forme de réassurance consiste à se couvrir affaire par affaire. L'assureur contacte le réassureur pour un risque déterminé.

La réassurance facultative ne peut se faire qu'auprès du réassureur national. Toutefois, les apériteurs ont toute latitude de procéder à des consultations, auquel cas le réassureur national peut s'aligner. Ce dernier peut se désister ; et dans ce cas, la cédante est habilitée à placer l'affaire auprès d'un autre réassureur⁴¹.

L'assureur n'est lié par aucune obligation de céder une part de la souscription. De même, le réassureur est libre d'accepter ou de refuser l'engagement qu'on lui propose.

Cette forme de réassurance est utilisée pour les risques relatifs à l'aviation, les corps de navires, les grandes unités industrielles, etc.

La décision de céder sera prise par l'assureur direct en évaluant :

- la gravité des risques en question ;
- la capacité d'absorption des traités de réassurance obligatoire en vigueur ;
- et la force financière de l'assureur.

⁴¹ Instruction du Ministère des Finances n°19 du 29 mars 1996 relative à la réassurance.

Qu'en est-il à présent des particularités comptables de la réassurance ?

2.1.2 Particularités comptables de la réassurance

Les comptes prévus par le Plan Comptable des Assurances peuvent être résumés dans les tableaux ci-après (cessions et acceptations) :

Comptes de bilan

ACTIF	PASSIF
267 Dépôts auprès des cédantes <u>2672 Valeurs remises aux cédantes</u> <u>2675 Créances pour espèces remises aux cédantes</u>	
321 Part des cessionnaires dans les provisions pour primes non acquises <u>3212 Provisions pour primes non acquises (cessions)</u> 322 Part des cessionnaires dans les provisions pour sinistres à payer <u>3222 Provisions pour sinistres à payer non-vie (cessions)</u>	420 Dettes pour espèces remises par les cessionnaires <u>4200 Dettes pour espèces remises par les cessionnaires</u>
341 Cessionnaires, cédants, coassureurs et comptes rattachés débiteurs (a, b, c) <u>3411 Comptes avec les cessionnaires</u> <u>3412 Cessionnaires débiteurs</u> <u>3413 Comptes avec les cédants</u> <u>3414 Cédants débiteurs</u>	441 Cessionnaires, cédants, coassureurs et comptes rattachés créditeurs (a, b, c) <u>4412 Cessionnaires créditeurs</u> <u>4414 Cédants créditeurs</u>

- (a) L'ensemble des flux financiers constatés entre le cédant et son réassureur transite systématiquement par l'intermédiaire d'un compte courant. Le solde de ce compte est établi par la cédante à la cadence prévue dans le traité et permet de constater la situation comptable de cette dernière par rapport à ses réassureurs.
- (b) L'enregistrement des opérations de réassurance est effectué dans une comptabilité dite divisionnaire, dont les soldes à la clôture sont centralisés dans les états financiers définitifs.

(c) Etant donné les délais nécessaires à la cédante pour recueillir les informations chiffrées relatives aux opérations réalisées, les comptes courants sont transmis aux réassureurs avec un certain décalage.

Compte de résultat technique

- Pour ce qui est des primes et des prestations cédées (non-vie), les comptes concernés sont les suivants :

	Libellé	Exercice			Ex. Pré.
		Brut	Cessions	Net	Net
1	PRIMES				
	Primes émises		(1)		
	Variation des provisions pour primes non acquises		(2)		
3	PRESTATIONS ET FRAIS				
	Prestations et frais payés		(3)		
	Variation des provisions pour sinistres à payer		(4)		
	Variation des provisions d'équilibrage				
	Variation des autres provisions techniques				

(1) 7019 Part des cessionnaires dans les primes

70192 PART DES CESSIONNAIRES DANS LES PRIMES NON-VIE

701921 Primes brutes non-vie (cessions)

701922 Déductions de réassurance non-vie

701924 Primes à émettre non-vie (cessions)

701925 Sorties de portefeuille non-vie

701926 Entrées de portefeuille non-vie

701929 Annulations non-vie (Cessions)

(2) 7029 Variation des provisions pour primes non acquises non-vie (cessions)

(3) 6019 Part des cessionnaires dans les prestations et frais

60192 PRESTATIONS ET FRAIS NON-VIE (CESSIONS)

(4) 6029 Variation des provisions pour sinistres à la charge des cessionnaires
60292 VARIATION DES PROVISIONS POUR SINISTRES NON-VIE (CESSIONS)

- Les participations aux bénéficiaires sont comptabilisées dans le compte 7183 Participations aux bénéficiaires reçues des cessionnaires (71832 Participations aux bénéficiaires reçues des cessionnaires non-vie).

- Les commissions sont comptabilisées dans le compte 7184 Commissions d'apérition (71842 Commissions d'apérition non-vie).

- Les intérêts versés aux réassureurs au titre de leurs dépôts sont enregistrés dans le compte 6311 Intérêts sur dépôts des réassureurs.

Le traitement comptable des opérations de réassurance dans une compagnie d'assurance fait généralement l'objet d'une comptabilité auxiliaire dite divisionnaire, dont les soldes sont centralisés aux inventaires dans les états financiers définitifs de la société.

Dans la plupart des compagnies, les comptes de réassurance ont une incidence significative sur la présentation des états de synthèse et la détermination des résultats. Quelle approche adopter pour les auditer ?

2.2 Contrôle des comptes de réassurance

L'approche en matière de cession en réassurance est souvent de deux natures :

- Soit que le plan de réassurance de la compagnie est suffisamment simple pour qu'un contrôle global soit possible, autrement dit l'auditeur recalcule totalement les cessions. Les objectifs d'audit sont couverts par des tests de nature substantive.
- Soit que le plan est trop complexe pour qu'il puisse faire l'objet d'un contrôle exhaustif. Dans ce cas, l'approche doit reposer sur le contrôle interne de la compagnie.

Les plans de réassurance complexes sont relativement rares dans les entreprises d'assurance directe. L'expérience montre qu'il est possible de se baser sur des tests substantifs. Les cessions sont suffisamment simples pour qu'un contrôle quasi-exhaustif des calculs puisse être réalisé.

Le contrôle des comptes de réassurance consiste à :

- prendre en premier lieu connaissance des différentes formes et catégories de réassurance utilisées par la compagnie (cf. annexe) ;
- valider les cessions de l'exercice ;
- s'assurer de la réalité et de l'exhaustivité des soldes comptables des comptes courants réassureurs.

Cette approche est basée principalement sur la revue analytique et sur les contrôles de cohérence. Cet examen est destiné à apprécier la cohérence des résultats techniques par rapport à l'évolution de la politique de réassurance de la compagnie et des contraintes de marché, à mettre en évidence les tendances de l'activité et à orienter les contrôles.

Les techniques de revue analytique à mettre en place seront largement développées en seconde partie de ce mémoire.

2.2.1 Validation des cessions de l'exercice

La validation des cessions de l'exercice consiste à :

- Vérifier la cession légale de l'exercice par application du taux de 10 % aux primes, aux sinistres réglés et aux provisions techniques.
- S'assurer également que les commissions de réassurance légale ont été déterminées conformément aux taux prévus par la réglementation en vigueur.
- S'assurer de la correcte détermination des cessions conventionnelles et facultatives en contrôlant par sondage le calcul des montants cédés par rapport aux notes de couverture (primes, sinistres, provisions, ...).
- S'assurer de l'exhaustivité des cessions (exemple : pour les cessions XL, sélectionner à partir de l'inventaire permanent les charges de sinistre supérieures à la franchise et vérifier si la compagnie en a bien tenu compte dans ces cessions).

2.2.2 Validation des comptes courants de réassureurs

Cette validation permet de cerner plusieurs assertions d'audit comme la réalité, l'exhaustivité, la séparation des exercices et la correcte imputation.

Pour la validation des soldes comptables des comptes courants des réassureurs, les travaux suivants doivent être effectués :

- Comparaison des soldes comptables des réassureurs avec la situation du département réassurance. Les écarts entre les deux soldes doivent être investigués, expliqués et éventuellement remontés en ajustements.
- Confirmation des réassureurs.
- Comparaison des confirmations reçues avec les soldes comptables.
- Vérification de l'apurement des créances anciennes ou litigieuses et estimation de la provision éventuelle qu'il y a lieu de constituer.
- S'assurer également de l'existence de dettes anciennes qui correspondraient à des profits latents.

2.3 Exemples d'anomalies relevées

Les principales anomalies relevées lors de l'audit des comptes de réassurance sont (cette liste n'est pas exhaustive ; l'objectif est d'orienter l'auditeur vers certains aspects à risques) :

- Omission de cession de certaines provisions techniques. L'impact est une minoration de la cession de provisions ;
- Absence de suivi des situations des réassureurs de la part du département technique ;
- Existence d'écarts injustifiés entre les situations du département réassurance et le solde comptable des comptes courants des réassureurs ;
- Cession légale des provisions pour sinistres à payer déterminée sur la base du montant de la provision y compris les frais de chargement (cf. infra).

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

La démarche proposée pour l'audit du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance et comprenant :

- la prise de connaissance générale, la détermination des zones de risques d'audit et l'orientation de la mission,
- l'audit des données répétitives
- et l'audit des données non répétitives

doit permettre à l'auditeur de se faire une opinion sur le résultat technique de la compagnie auditée.

Celui-ci rédige une note de synthèse afin de :

- rappeler le contexte de la mission ;
- présenter les évènements caractéristiques de l'exercice ;
- expliquer les variations du bilan par rapport à l'exercice précédent (comptes ayant un impact sur le résultat technique non-vie) ;
- expliquer la formation du résultat et les principales variations observées par rapport à l'exercice précédent ;
- recenser les différents points de désaccord rencontrés et relater les ajustements relevés avec indication de leur incidence sur le résultat de l'exercice et sur les capitaux propres;
- formuler une conclusion débouchant directement sur l'opinion.

Pour ce qui est de l'explication de la formation du résultat et des principales variations observées par rapport à l'exercice précédent, elle est effectuée en fin de mission pour compléter les travaux de contrôle des comptes et obtenir des éléments probants quant à l'exhaustivité, l'exactitude et la validité des différentes composantes du résultat technique.

Une méthodologie de revue analytique est ainsi proposée, analysée et détaillée dans la seconde partie de ce mémoire.

CH1 : ELABORATION DU MODELE DE REVUE ANALYTIQUE DU RESULTAT TECHNIQUE NON-VIE

VENTILATION DU RESULTAT TECHNIQUE NON-VIE : UN PREALABLE NECESSAIRE A LA REVUE ANALYTIQUE

Le modèle de revue analytique du résultat technique non-vie d'une compagnie d'assurance est basé sur une ventilation de ce résultat en résultat technique brut et résultat de réassurance. Le résultat technique brut est ventilé à son tour par branche puis en résultat technique brut de l'exercice et en boni et mali réalisé sur exercices antérieurs.

Le résultat de réassurance est, quant à lui, ventilé par type de réassurance, proportionnelle, non proportionnelle et facultative.

Pour tous les tableaux présentés ci-après, il faudra distinguer :

- l'exercice de survenance qui correspond à l'exercice au cours duquel le sinistre a eu lieu et auquel il doit être rattaché ;
- l'exercice d'inventaire qui correspond à l'exercice d'évaluation du coût des sinistres.

Tel qu'il a été cité en introduction, pour ce qui est des provisions techniques incluses dans le calcul du résultat technique non-vie (variation), il ne sera tenu compte que des provisions pour sinistres à payer y compris les majorations complémentaires. La revue analytique de la variation des autres provisions est, en général, effectuée dans le cadre de la revue analytique des comptes de provisions techniques (cf. mémoires sur l'audit des provisions techniques)¹.

Il en est de même pour le résultat de réassurance (autres provisions techniques cédées). Par ailleurs, ce dernier ne comprend pas les commissions de réassurance et les éventuelles participations aux bénéfices.

Il est à noter que le recueil des données constitue un aspect fondamental de l'examen analytique. En effet, l'auditeur est amené à utiliser à la fois des données obtenues auprès des services techniques et des données comptables. Ces données existent souvent sous une

¹ "Les particularités de l'audit des provisions pour sinistres à payer dans une compagnie d'assurance dommages au Maroc", Ahmed Nadif, novembre 1998, "Les provisions techniques des compagnies d'assurance : réflexion sur une approche d'audit sectorielle", Khalid Mountassir, mai 2000.

terminologie et des formats différents selon qu'ils proviennent des services techniques ou des services comptables.

L'auditeur devra donc se fixer dès le départ une règle précise d'alimentation de la base de données utile à l'analyse et veiller au rapprochement des résultats obtenus avec ceux obtenus par les services de la compagnie.

L'outil informatique le plus souvent utilisé pour le recueil et l'analyse des données est le tableur Excel.

a. Ventilation du résultat technique par branche

Cette ventilation figure au niveau des états financiers et statistiques du dossier financier. En effet, les entreprises remettent au Ministère des Finances, au plus tard le 30 juin de chaque année, un dossier relatif aux opérations effectuées au cours de l'exercice écoulé. Ce dossier comprend :

- les renseignements généraux ;
- les états de synthèse ;
- les états financiers et statistiques établis suivant les modèles fournis par le Ministère des Finances.

Ces états doivent désormais être certifiés par les commissaires aux comptes des entreprises d'assurance.²

Les états utiles à l'analyse précitée sont les suivants (les modèles sont présentés en annexe 12):

- état D02 : Compte technique assurances non-vie (brut de cessions, cessions et net de cessions) par sous-catégorie³.
- état D03 : Détail des primes émises au cours de l'exercice par sous-catégorie.
- état D10 : Primes acquises, sinistres payés et réserves pour sinistres à payer. Il est établi, par sous-catégorie, pour les affaires directes des catégories d'assurances non-vie,

² Cf. Annexe 1 : Loi n° 17-99 portant code des assurances, article n° 245.

³ Cf. Annexe 4 pour la liste des branches, catégories et sous-catégories d'assurance : Arrêté du Ministre des Finances n° 369-95 du 10 juin 1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes-rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation, article 32.

autres que les accidents de travail et la responsabilité civile automobile comme les Accidents Corporels, Responsabilité Civile Générale, etc.).

- état D11 : Accidents de travail : primes acquises, sinistres payés et réserves pour sinistres à payer.
- état D12 : Assurances responsabilité civile automobile : Primes acquises, sinistres payés et réserves pour sinistres à payer. Il est établi pour chacune des sous-catégories responsabilité civile automobile.
- état D17 : Etat détaillé des résultats de réassurance : Il indique le résultat de la cession légale, celui des cessions conventionnelles et celui des cessions facultatives.

L'auditeur utilise ces informations non seulement pour procéder à la ventilation du résultat technique par branche mais aussi pour les travaux d'examen analytique (cf. infra).

Au terme de cette ventilation, l'auditeur procède, à une seconde ventilation du résultat technique en résultat technique brut de l'exercice, boni et mali réalisé sur exercices antérieurs et résultat de réassurance.

b. Ventilation du résultat technique en résultat technique de l'exercice, boni et mali réalisé sur exercices antérieurs

Tel qu'il a été cité en introduction de ce mémoire, le résultat de l'exercice rend compte d'une estimation du résultat de l'exercice courant (exercice d'inventaire) et des bonis et malis sur exercices antérieurs.

$\text{Résultat technique net} = \text{Résultat de l'exercice d'inventaire} \pm \text{Boni/mali réalisé sur exercices antérieurs} + \text{Résultat de réassurance}$

Ainsi, pour pouvoir effectuer son analyse, l'auditeur devra obligatoirement obtenir la ventilation des règlements de sinistres et des provisions pour sinistres à payer, telles qu'elles ont été calculées et en tenant compte des différentes majorations, par exercice de survenance (cette information est retrouvée au niveau du dossier financier).

Le résultat de l'exercice d'inventaire peut être ventilé comme suit :

$$\text{Résultat de l'exercice d'inventaire} = \text{Primes acquises de l'exercice d'inventaire} - (\text{Sinistres réglés relatifs à l'exercice d'inventaire} + \text{Provisions pour SAP relatives à l'exercice inventaire})$$

Le Boni/Mali réalisé sur exercices antérieurs (variation de la charge de sinistre), exercice d'inventaire non compris, est obtenu comme suit :

$$\text{Boni/Mali sur exercices antérieurs} = \text{Provision pour SAP relatives à l'exercice précédent} - (\text{Sinistres réglés hors exercice d'inventaire} + \text{Provision pour SAP hors exercice d'inventaire})$$

A ce stade, le tableau d'analyse du résultat technique non-vie, brut de réassurance, suivant peut être proposé :

	Branche X			Total		
	N	N-1	Var	N	N-1	Var
A- Primes émises nettes						
B- Variation des PANE (PANE N – PANE N-1)						
C- Variation des PAP (PAP N-1 – PAP N)						
D- Variation des PPNA (PPNA N-1 – PPNA N)						
E- Primes acquises= A + B + C + D						
<i>E1- Primes acquises à l'exercice d'inventaire (états D10 à D12)⁴</i>						
<i>E2- Primes acquises aux exercices précédents (états D10 à D12)</i>						
F- Sinistres payés						
<i>G- Provision pour SAP N</i>						
<i>H- Provision pour SAP N-1</i>						
I- Variation des provisions pour SAP = G – H						
J- Charge de sinistres = F + I						
K- Résultat technique brut = E – J						

Source : Etat D02 du dossier financier

⁴ Cette répartition peut être effectuée à l'aide des tableaux des primes acquises de l'état D12 du dossier financier (Cf. Annexe 12). Mais l'existence même de primes acquises aux exercices précédents pose problème puisqu'elles n'avaient pas été provisionnées.

Cette répartition pourra être obtenue auprès des services concernés dans la compagnie et validée par l'auditeur. De plus, le dossier financier comprend un état, D17 "Etat détaillé des résultats de réassurance", qui précise le résultat des cessions par type de réassurance (légale, conventionnelle et facultative) et par catégorie.

L'analyse du résultat technique non-vie est ainsi faite en trois étapes :

- Première étape : analyse du résultat technique brut de l'exercice ;
- Deuxième étape : analyse des bonis ou malis sur exercices antérieurs ;
- Troisième étape : analyse du résultat de réassurance.

1. REVUE ANALYTIQUE DU RESULTAT TECHNIQUE BRUT DE L'EXERCICE D'INVENTAIRE

Cette étape comprend principalement l'analyse de l'évolution du ratio de sinistralité issu du rapport entre la charge de sinistre nette de recours et les primes acquises nettes d'annulations. L'évolution de ce ratio est analysée :

- à travers l'évolution des primes acquises de l'exercice d'inventaire (comparaison par rapport à celles de l'exercice précédent, par rapport au prévision, par rapport aux tendances du marché, etc.) ;
- à travers l'évolution du coût moyen et du nombre de dossiers (analyse des sinistres par tranches, comparaison par rapport au secteur, etc.) ou des majorations réglementaires ou forfaitaires.

1.1 Ratio de sinistralité (S/P)

Le ratio de sinistralité est issu du rapport entre la charge nette de recours et les primes acquises nettes d'annulations.

$S/P = \text{charge nette de recours} / \text{primes acquises}$

Il peut être déterminé à partir des données techniques de l'exercice de survenance. Il est également retrouvé dans le dossier financier précité.

Exemple :

Le résultat technique, de l'exercice N, de la catégorie X se présente comme suit (seuil pour la revue analytique 5 MDHS) :

<i>En MDHS</i>	<i>Catégorie X</i>		
	<i>N</i>	<i>N-1</i>	<i>Var</i>
<i>Primes acquises de l'exercice d'inventaire</i>	236	244	(8)
<i>Règlements de l'exercice d'inventaire (a)</i>	9	10	(1)
<i>Provision pour SAP de l'exercice d'inventaire (b)</i>	205	221	(16)
<i>Variation des provisions pour REC (c)</i>	(19)	25	(44)
<i>Charge de sinistre de l'exercice d'inventaire (a+b+c)</i>	195	256	(61)
<i>Résultat de l'exercice d'inventaire</i>	41	(12)	53
<i>Boni/(Mali) sur exercices antérieurs</i>	20	8	12
<i>Résultat technique brut</i>	61	(4)	65

Le résultat technique de la catégorie a connu une augmentation de 65 MDHS. Cette évolution résulte de l'augmentation du résultat de l'exercice d'inventaire de 53 MDHS et de l'augmentation du boni réalisé sur exercices antérieurs de 12 MDHS.

Calcul du S/P de l'exercice d'inventaire :

<i>En MDHS</i>	<i>Catégorie X</i>		
	<i>N</i>	<i>N-1</i>	<i>Var</i>
<i>Primes acquises</i>	236	244	(8)
<i>Charge de sinistre de l'exercice d'inventaire (y compris majorations)</i>	195	256	(61)
<i>S/P de l'exercice d'inventaire</i>	82,6%	104,9%	-22,3%

Le ratio S/P est un indicateur très suivi par les professionnels de l'assurance car il indique le niveau de sinistralité de l'exercice de survenance en cours, celui-ci conditionnant l'équilibre technique et économique de la compagnie pour cet exercice.

1.2 Primes acquises

L'analyse des primes acquises à l'exercice d'inventaire à travers leurs composantes à savoir :

- les primes émises lors des exercices précédents acquises à l'exercice d'inventaire ;
- les primes émises au cours de l'exercice ;
- les primes à émettre ;
- les primes à annuler ;
- les primes émises au cours de l'exercice non acquises à l'exercice d'inventaire ;

peut ne pas être pertinente. En effet, si l'on suppose le cas où une entreprise d'assurance change le terme de ses émissions annuelles. Elle passe du 31 mars durant l'exercice N au 30 septembre durant l'exercice N+1. Les primes acquises se présentent comme suit :

En MDH	N	N+1	Var.
Primes émises les exercices précédents acquises à l'exercice d'inventaire	10	10	-
+ Primes émises au cours de l'exercice	210	240	(30)
+ Primes à émettre	50	50	-
- Primes à annuler	(10)	(10)	-
- Primes émises au cours de l'exercice non acquises à l'exercice d'inventaire	(20)	(50)	30
Primes acquises à l'exercice d'inventaire	240	240	-

Les primes émises ont connu une diminution de 30 MDHS. Mais cette diminution est sans impact sur l'évolution des primes acquises puisque cette évolution a été ajustée par les provisions pour primes non acquises à l'exercice d'inventaire.

L'évolution des primes acquises de l'exercice d'inventaire doit donc être effectuée à travers la comparaison par rapport à celles de l'exercice précédent, par rapport aux prévisions, par rapport aux tendances du marché, etc.

Pour cette dernière analyse, il est possible d'exploiter les statistiques professionnelles comme les publications de la Fédération Marocaine des Sociétés D'assurances et de Réassurance et les publications de la Direction des Assurances et de la prévoyance Sociale.

L'évolution des primes acquises peut résulter de variations dans le portefeuille de la compagnie, d'un changement de politique tarifaire, d'erreurs ou anomalies de provisionnement des primes, etc.

1.3 Charge de sinistre y compris les majorations

La charge de sinistre de l'exercice d'inventaire peut être analysée en la répartissant en :

- charge de sinistre y compris les tardifs et hors majorations complémentaires : cette charge sera analysée principalement en examinant le coût moyen des sinistres en cours et leur nombre ainsi qu'en examinant l'évolution de la structure des sinistres de la compagnie ;
- majorations complémentaires : les majorations sont principalement issues de l'application des méthodes réglementaires prévues pour les branches accidents de travail et responsabilité civile ; elles seront donc analysées différemment selon qu'il s'agit d'une majoration issue de l'application de la méthode de la cadence des règlements ou de l'application de la méthode du coût moyen.

Les majorations forfaitaires sont celles qui sont effectuées par les compagnies en plus des majorations réglementées précitées. Les compagnies qui appliquent ces majorations ont chacune une méthode de les déterminer. Certaines utilisent par exemple un ratio S/P "cible". La charge de sinistre est augmentée de majoration forfaitaire de manière à obtenir ce S/P cible. L'auditeur isolera donc ces majorations forfaitaires dans son examen analytique du résultat technique non-vie et les traitera au cas par cas.

1.3.1 Charge de sinistre y compris tardifs et hors majorations complémentaires

La charge de sinistre de l'exercice d'inventaire (premier exercice) comprend :

- les sinistres réglés au titre de cet exercice ;
- la provision pour SAP au titre de cet exercice.

La variation de la charge de sinistre de l'exercice d'inventaire (premier exercice) peut être expliquée par l'évolution du coût moyen (charge moyenne) et/ou du nombre de dossiers en cours, sachant que le coût moyen est égal à :

$\frac{\text{Charge de sinistre de l'exercice d'inventaire (y compris tardifs)}}{\text{nombre de sinistres en cours (y compris tardifs)}}$
--

Ainsi, une augmentation de la charge de sinistre de l'exercice d'inventaire peut résulter :

- de l'augmentation du coût moyen des sinistres ;
- de la diminution du nombre de dossiers.

Pour effectuer cette analyse, il est intéressant d'observer ces données au niveau des états D10, D11 et D12 du dossier financier de l'exercice et celui de l'exercice précédent (comparer uniquement les données de l'exercice d'inventaire). Il serait intéressant, là encore, de comparer ces coûts moyens par rapport à ceux obtenus au niveau du secteur.

Cependant, une telle analyse ne saurait être complète sans une étude de l'évolution de la structure des sinistres de la compagnie. Ceci revient à étudier l'évolution de la répartition des sinistres de l'exercice d'inventaire par tranche de coût et en nombre.

A titre indicatif, il est possible de retenir les niveaux suivants : 10.000, 50.000, 100.000, 500.000 et 1.000.000 DHS. Le tableau se présente de la manière suivante⁵ :

<u>Catégorie</u>	<u>Tranche</u>	<u>Charge de sinistre</u>		<u>Var %</u>	<u>Nombre</u>		<u>Var %</u>	<u>Coût moyen</u>		<u>Var %</u>
		<u>N</u>	<u>N-1</u>		<u>N</u>	<u>N-1</u>		<u>N</u>	<u>N-1</u>	
X	Moins de 10.000									
	10.000 à 50.000									
	50.000 à 100.000									
	100.000 à 500.000									
	500.000 à 1.000.000									
	1.000.000 et plus									
	Total									

Ainsi, une évolution de la charge moyenne des sinistres peut avoir pour origine :

- un changement dans la structure des sinistres enregistrés par la compagnie ;
- un changement dans la politique de provisionnement des sinistres par la compagnie ;
- une augmentation du portefeuille de la catégorie étudiée (primes acquises) d'où l'intérêt de l'analyse du S/P ;
- des erreurs d'appréciation du coût des sinistres par les services techniques ; etc.

⁵ Distinguer le matériel du corporel pour la branche Responsabilité Civile Automobile

1.3.2 Majorations réglementaires ou forfaitaires

Les majorations forfaitaires étant des majorations à traiter au cas par cas et en fonction des compagnies, cette partie concerne principalement les majorations réglementaires relatives aux branches responsabilité civile automobile et accidents de travail (montants souvent significatifs).

Les majorations complémentaires sont obtenues en appliquant la formule suivante : si le montant de la provision calculé dossier par dossier augmenté du coût des sinistres survenus non déclarés est inférieur au montant le plus élevé calculé par les méthodes forfaitaires (coût moyen ou cadence de règlement), un complément de provision est constitué globalement par sous-catégorie pour un montant de :

$$\text{Provision complémentaire} = \text{Max (provision coût moyen ; provision cadence des règlements)} \\ - (\text{provision dossier par dossier} + \text{provision des tardifs})$$

Les majorations réglementaires dépendent donc de plusieurs paramètres, à savoir :

- l'évolution de la provision dossier par dossier y compris les tardifs ;
- l'évolution de la provision cadence des règlements si cette méthode est retenue pour la sous-catégorie étudiée ;
- l'évolution de la provision coût moyen si cette méthode est retenue pour la sous-catégorie étudiée.

La première évolution a été détaillée en 1.3.1.

1.3.2.1 Evolution de la provision cadence des règlements

La cadence des règlements des sinistres est utilisée dans la détermination des provisions techniques⁶. Elle représente le rythme de règlement des sinistres sur l'ensemble de la période de liquidation des dossiers. Elle s'exprime à chaque exercice d'inventaire en pourcentage du coût total in fine.

Le taux de cadence qui sera appliqué à l'exercice d'inventaire est celui du "premier exercice". Ce taux est en général très faible puisque les règlements effectués le premier exercice sont minimales par rapport à la charge de sinistres, notamment lorsqu'il s'agit de sinistres corporels de la branche responsabilité civile automobile.

⁶ Voir première partie, chapitre 3

Et étant donné que la charge de sinistre calculée par la méthode de la cadence des règlements est inversement proportionnelle à ce taux (charge de sinistre = Règlements de l'exercice d'inventaire / taux de cadence), une faible variation de ce dernier peut conduire à des évolutions significatives au niveau des majorations réglementaires.

Exemple :

Pour la branche responsabilité civile automobile, véhicules de tourisme corporel, une compagnie X dispose des données suivantes :

	<u>N</u>	<u>N-1</u>
Taux de cadence (%)	1,25%	2,25%
Règlements de l'exercice d'inventaire (KDH)	278	278

La charge de sinistre cadence N est donc de 22.240 KDH contre une charge de sinistre en N-1 de 12.355 KDHS, soit un écart de 9.885 KDHS pour une variation à la hausse du taux de cadence de seulement un point.

Ainsi, la majoration cadence des règlements peut connaître des variations dont l'origine peut se situer au niveau des règlements de premier exercice servant de base pour le calcul du taux de cadence ou au niveau des règlements se rapportant à l'exercice d'inventaire.

Pour l'analyse de cette cadence, l'auditeur pourrait renseigner le tableau suivant :

	<u>N</u>	<u>N-1</u>	<u>Variation</u>
Taux de cadence de la 1 ^{ère} année (%)			
Règlements de l'exercice d'inventaire (KDH)			
Provision cadence des règlements			
Provision dossier par dossier (tardifs compris)			
Majoration			

1.3.2.2 Evolution de la provision coût moyen

Le coût moyen des sinistres, comme la cadence des règlements, est un paramètre utilisé dans la détermination des provisions techniques⁷. Il est obtenu par le rapport entre le coût total des

⁷ Voir première partie, chapitre 3

sinistres terminés au cours des cinq derniers exercices et le nombre des sinistres terminés ou classés sans suite pendant la même période. Il est appliqué au nombre total des sinistres survenus.

Le coût moyen est retenu pour les exercices de survenance dont la réserve résiduelle est supérieure ou égale à 30% de la charge de sinistre.

L'évolution de la majoration, obtenue en déduisant la provision calculée par la méthode du coût moyen et la provision dossier par dossier, peut donc résulter de changements :

- dans le coût moyen qui peuvent être expliqués soit par des changements dans le coût total des sinistres terminés au cours des cinq derniers exercices ou dans le nombre de sinistres terminés ou classés sans suite ;
- dans le nombre de sinistres survenus afférents aux exercices de survenance (pour l'exercice d'inventaire, la réserve résiduelle est, en général, toujours supérieure ou égale à 30% de la charge de sinistre).

Pour pouvoir apprécier l'évolution de la majoration coût moyen, l'auditeur pourra renseigner le tableau suivant :

	N	N-1	Var.
Règlements cumulés des sinistres terminés ou fermés sans suite (cinq derniers exercices)			
Nombre de dossiers terminés ou fermés sans suite (cinq derniers exercices)			
Coût moyen			
Nombre de sinistres survenus lors de l'exercice d'inventaire			
Charge de sinistre coût moyen			
Charge de sinistre D/D (tardifs compris)			
Majoration			

Une fois le résultat de l'exercice d'inventaire analysé, l'auditeur procède à l'examen de l'évolution des bonis ou malis réalisés sur exercices antérieurs.

2. ANALYSE DES BONIS OU MALIS REALISES SUR EXERCICES ANTERIEURS

Les bonis/malis sur liquidation mesurent l'évolution favorable ou défavorable des charges de sinistres d'un exercice comptable à un autre.

Une liquidation de provision représente un boni si la provision constituée en début d'exercice a permis de payer les règlements de l'exercice, de constituer la provision en fin d'exercice et de dégager un excédent et un mali dans le cas inverse.

Le boni ou mali sur un exercice de survenance donné est donc égal à la charge de sinistre telle qu'elle avait été estimée en N-1 diminuée de charge de sinistre estimée en N (pour le même exercice de survenance).

Si les estimations effectuées par les compagnies étaient justes à 100%, il n'y aurait ni boni ni mali réalisé. Mais il se trouve que dans la réalité, c'est rarement le cas. L'auditeur se retrouve souvent face à des bonis ou des malis qu'il est toujours difficile d'expliquer.

Exemple :

Exercice d'inventaire 2000

<i>En KDH</i>	<i>Exercices de survenance</i>				
	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>
<i>(+) Provision 1999</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>14</i>	<i>187</i>	<i>400</i>
<i>(-) Règlements 2000</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>10</i>	<i>177</i>	<i>294</i>
<i>(-) Provision 2000</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>15</i>	<i>150</i>
<i>Boni (mali) de liquidation</i>	<i>-</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>(5)</i>	<i>(44)</i>

- *Pour l'exercice 1999, la provision constituée en 1999 était sous-estimée de 44 KDH : mali de 44 KDH.*
- *Pour l'exercice 1998, la provision constituée en 1999 était sous-estimée de 5 KDH : mali de 5 KDH.*
- *Pour l'exercice 1996, la provision constituée en 1999 était surestimée de 1 KDH : boni de 1 KDH.*

Le principe de l'analyse des bonis ou malis réalisés sur exercices antérieurs repose sur le suivi et l'observation du coût total des sinistres tout au long de leur liquidation.

Les bonis ou malis réalisés sur exercices antérieurs peuvent être analysés en les décomposant en bonis ou malis réalisés :

- sur les provisions dossier par dossier y compris tardifs et hors majorations réglementaires (cf. supra),
- sur les majorations réglementaires
- et sur les éventuelles majorations forfaitaires qui seraient constituées par la compagnie auditée.

Mais, là encore, comme présenté dans l'exemple précédent, une ventilation, par exercice de survenance est nécessaire, et ce, sur une période minimum de 10 années (si l'historique de la compagnie le permet) pour la branche responsabilité civile automobile et accidents de travail (les majorations réglementaires sont calculées sur une période de 10 années). Pour les autres branches, une analyse sur cinq ans suffit dans la mesure où le niveau de complexité de détermination des provisions reste inférieur à celui des branches précitées.

Cette ventilation prendra la forme suivante :

	Antér.	N-10	N-2	N-1	Total
1. Provision SAP D/D N-1 y compris tardifs (a)							
2. Majorations réglementaires N-1 (b)							
3. Chargement de gestion (c)							
4. Total N-1 = 1 + 2 + 3							
5. Règlements N (d)							
6. Provision SAP D/D N y compris tardifs (a)							
7. Majorations réglementaires N (b)							
8. Chargement de gestion (c)							
9. Total N = 5 + 6 + 7 + 8							
10. Boni/mali (e) = 4 – 9							
11. Boni/mali sur provision SAP D/D = 1 – 5 – 6							
12. Boni/mali sur majorations réglementaires = 2 – 7							
13. Boni/mali sur chargement de gestion = 3 – 8							

(a) Il s'agit de la provision pour SAP calculée dossier par dossier

(b) Ce sont les majorations calculées selon les méthodes réglementaires.

(c) Il s'agit du chargement de gestion de 5% prévu par la loi (ce chargement n'est pas applicable à la branche accidents de travail).

(d) Ce sont les sinistres payés en N au titre de ces exercices de survenance.

(e) Il s'agit du boni ou du mali total réalisé (boni si > 0)

Ainsi, l'analyse des bonis ou malis significatifs identifiés sera ventilée en :

- analyse des B/M sur provision SAP dossier par dossier hors tardifs et hors majorations ;
- analyse des B/M sur majorations réglementaires.

Cependant, si cette analyse offre une vision parfaite a posteriori de la qualité des provisions de sinistres sur des exercices anciens, elle laisse cependant une faible visibilité sur le provisionnement des exercices récents. Or, ce sont ces exercices récents qui peuvent fortement varier d'un exercice sur l'autre et peser lourdement sur le résultat technique non-vie de la compagnie.

Elle est donc complétée par des analyses telles que les triangles de charges de sinistres et des ratios S/P.

2.1 Dossier par dossier

L'analyse des bonis ou malis réalisés dossier par dossier peut être effectuée à l'aide :

- des triangles de charges de sinistres et des ratios S/P afin de connaître les tendances de sinistralité et de détecter les incohérences dans le processus de détermination des provisions ;
- de l'analyse de l'état des bonis/malis sur liquidations de dossiers sinistres enregistrés durant l'exercice (à vérifier directement dans les dossiers).

2.1.1 Triangles de charges de sinistres et ratios S/P

2.1.1.1 Triangles de charges de sinistres

L'analyse des triangles de charges de sinistres consiste, dans un premier temps, à observer l'évolution de la charge de sinistre, par exercice de survenance, durant une longue période (d'une dizaine d'années environ). Une seconde phase de cette méthode consiste à calculer, par exercice de survenance, les écarts d'évaluation.

Il s'agit d'une des nombreuses variantes de la méthode "Chain Ladder". Cette méthode figure parmi les méthodes actuarielles les plus faciles à appliquer et à expliquer, mais elle met tout de même en œuvre des calculs probabilistes compliqués. C'est pourquoi, il ne sera retenu que la méthode dite simple.

Dans cette méthode dite simple, il est supposé que la liquidation des sinistres est en fonction de facteurs de déroulement ne dépendant que de l'exercice de survenance et que le passé se reproduit à l'identique.

Constitution des triangles de charges de sinistres

Le triangle de charges de sinistres est un tableau à double entrée qui comprend en colonnes les exercices de survenance (y compris l'exercice d'inventaire) et en lignes les exercices comptables.

Bien entendu, la charge de sinistre analysée doit être égale à la charge de sinistre dossier par dossier y compris tardifs puisque ces dernières provisions sont un complément indissociable de la provision dossier par dossier, à moins que la compagnie n'ait changé de méthode de détermination des tardifs ou que les tests de réalisation des tardifs aient révélé des écarts importants⁸.

Les données peuvent être puisées dans le dossier financier de l'exercice et celui des exercices précédents.

A partir de ces triangles, l'auditeur peut examiner l'évolution de la charge de sinistre d'un exercice de survenance donné.

Exemple :

TRIANGLE DES CHARGES DE SINITRE

<i>Charge de sinistres</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>
<i>Charge de sinistre en 95</i>	41.008					
<i>Charge de sinistre en 96</i>	45.986	51.835				
<i>Charge de sinistre en 97</i>	48.454	50.991	59.763			
<i>Charge de sinistre en 98</i>	48.154	60.580	73.325	73.236		
<i>Charge de sinistre en 99</i>	49.600	73.036	90.889	98.220	110.743	
<i>Charge de sinistre en 00</i>	43.484	62.489	77.953	85.061	94.901	77.949

Ainsi, la charge de sinistre relative à l'exercice 1995 est passée de 41.008 KDH en 1995 à 45.986 KDH en 1996 (mali par rapport à l'exercice précédent de 4.978 KDH). L'évaluation la

⁸ Certains auteurs isolent les tardifs puisqu'ils estiment que l'on ne peut pas effectuer d'extrapolation fiable sur la base de provisions résultant d'estimations.

plus proche est celle de l'exercice 2000 pour un montant de 43.484 KDH (mali par rapport à l'exercice 1995 de 2.476 KDH et boni par rapport à l'exercice précédent de 6.116 KDH)

Calcul des écarts d'évaluation

Calculer les écarts d'évaluation revient à calculer les différences entre les différentes évaluations d'un exercice à l'autre, par exercice de survenance. La question à se poser est la suivante : de combien, en pourcentage, était sous-évaluée ou bien surévaluée la provision relative à l'exercice de survenance N en N+x par rapport N+y ?

Exemple :

Suite de l'exemple précédent.

ECARTS D'EVALUATION

	5 ^{ème} année	4 ^{ème} année	3 ^{ème} année	2 ^{ème} année	1 ^{ère} année
2000					
1999					-14,30%
1998				-13,40%	16,15%
1997			-14,23%	6,31%	30,44%
1996		-14,44%	3,15%	22,55%	20,55%
1995	-12,33%	-9,70%	-10,26%	-5,44%	6,04%

(-) pour les bonis et (+) pour les malis

Formules de calcul :

	5 ^{ème} année	4 ^{ème} année	3 ^{ème} année	2 ^{ème} année	1 ^{ère} année
2000					
1999					$=(94.901-110.743)-1$
1998				$=(85.061-98.220)-1$	$=(85.061-73.235)-1$
1997			$=(77.953/90.889)-1$	$=(77.953/73.325)-1$	$=(77.953/59.763)-1$
1996		$=(62.489/73.036)-1$	$=(62.489/60.580)-1$	$=(62.489/50.991)-1$	$=(62.489/51.835)-1$
1995	$=(43.484/49.600)-1$	$=(43.484/48.154)-1$	$=(43.484/48.454)-1$	$=(43.484/45.986)-1$	$=(43.484/41.008)-1$

Ainsi, en prenant l'exercice 2000 comme exercice de référence, la lecture des écarts d'évaluation relatifs à l'exercice 1995 serait :

- la provision constituée en 1999 (5^{ème} année) est sur-estimée de 12,33% par rapport à celle constituée en 2000 (le boni est réalisé en 2000) ;
- la provision relative à l'exercice 1997 (3^{ème} année) est sur-estimée de 10,26% par rapport à celle constituée en 2000 ;

La méthode des triangles de charges de sinistre offre donc plus de visibilité à l'auditeur dans la mesure où elle s'étale sur une période relativement longue.

Elle permet de fournir des pistes afin d'expliquer les bonis ou malis significatifs pouvant apparaître dans un exercice de survenance donné, de connaître le plus tôt possible les tendances de la sinistralité et de détecter les incohérences dans le processus de détermination des provisions.

Il faut noter cependant que la fiabilité des estimations sur les exercices de survenance récents se révèle assez faible en raison du manque d'historique.

2.1.1.2 Triangles de ratios S/P

Tel qu'il a été précisé en début de ce chapitre, le ratio de sinistralité S/P est issu du rapport entre la charge de sinistre et les primes acquises. Il indique le niveau de sinistralité de l'exercice de survenance concerné.

Les triangles de ratio S/P s'inscrivent dans la même lignée de méthode que les triangles de charges de sinistre.

Ainsi, une fois les triangles de charges de sinistre établis, l'auditeur constituera les triangles de primes acquises correspondantes (cette information se trouve dans le dossier financier de l'exercice audité et des exercices antérieurs).

Exemple :

Suite de l'exemple précédent

Charge de sinistres	1996	1997	1998	1999	2000
Charge de Sin 96	51.835				
Charge de Sin 97	50.991	59.763			
Charge de Sin 98	60.580	73.325	73.236		
Charge de Sin 99	73.036	90.889	98.220	110.743	
Charge de Sin 00	62.489	77.953	85.061	94.901	77.949

Primes acquises	1996	1997	1998	1999	2000
Primes acquises 96	92.421				
Primes acquises 97	92.421	90.588			
Primes acquises 98	92.421	90.588	104.024		
Primes acquises 99	92.421	90.588	104.024	110.385	
Primes acquises 00	92.421	90.588	104.024	110.385	121.956

Taux de sinistralité (S/P)	1996	1997	1998	1999	2000
1996	56%				
1997	55%	66%			
1998	66%	81%	70%		
1999	79%	100%	94%	100%	
2000	68%	86%	82%	86%	64%

Formules de calcul du taux de sinistralité

Taux de sinistralité (S/P)	1996	1997	1998	1999	2000
1996	=51.835/92.421				
1997	=50.991/92.421	=59.763/90.588			
1998	=60.580/92.421	=73.325/90.588	=73.236/104.024		
1999	=73.036/92.421	=90.889/90.588	=98.220/104.024	=110.743/110.385	
2000	=62.489/92.421	=77.953/90.588	=85.061/104.024	=94.901/110.385	=77.949/121.956

Il faut noter que le modèle proposé est très sensible à l'existence de données erratiques dans l'historique. C'est pourquoi, il faut faire précéder la phase de calcul d'une analyse de la cohérence des données historiques afin d'éliminer toutes les anomalies et tous les montants exceptionnels des statistiques.

2.1.2 Détail des bonis/malis réalisés sur liquidation

L'auditeur obtient, auprès des services techniques concernés (services sinistres et/ou services informatiques), un état informatique des bonis/malis sur liquidation.

Il s'agit, en définitive, d'un détail, sinistre par sinistre, des bonis et malis réalisés,

Le total de cet état doit être, pour la sous catégorie considérée, égal à celui obtenu à la ventilation du résultat technique en résultat de l'exercice d'inventaire et bonis/malis sur exercices antérieurs.

Cet état peut être classé par montant et prendre la forme suivante :

<u>Sous-catégorie</u>	<u>N° sinistre</u>	<u>Date sinistre</u>	<u>Etat du dossier à la date de clôture ^a</u>	<u>Eval. N-1</u> A	<u>Règl. N</u> B	<u>Eval. N</u> C	<u>Bonis/malis réalisé</u> = A – B – C

a : ouvert, clôturé, classé sans suite, réouvert, etc.

L'auditeur pourra sélectionner les bonis et malis les plus significatifs et examiner les dossiers correspondants directement.

Il faut également examiner la justification faite par les gestionnaires du boni ou du mali réalisé sur chacun des dossiers sélectionnés. Les principaux axes de cet examen sont les suivants :

- vérifier la prise en compte des clauses contractuelles dans l'évaluation du sinistre (franchise, indemnisation en valeur à neuf, plafond de garantie, etc.) ;
- vérifier l'application des procédures internes de gestion et d'évaluation des sinistres (justification des dossiers, habilitation de niveau de provisionnement, évaluation des recours, utilisation du coût moyen, suivi des dossiers, etc.) ;
- vérifier la justification des changements de provisionnement ;
- détecter les éventuelles erreurs de saisie des provisions et règlements dans le système informatique ;
- expliquer le boni ou le mali réalisé sur ce dossier.

L'auditeur pourra aussi axer ses travaux sur les bonis et malis réalisés sur dossiers clôturés, réouverts et classés sans suite (les plus significatifs) et en examiner les raisons.

La mise en œuvre de cette technique nécessite cependant une intervention lourde auprès des services sinistres et en collaboration avec ces derniers.

Qu'en est-il à présent de l'analyse des bonis ou malis réalisés sur les majorations réglementaires ?

2.2 Majorations réglementaires

Les majorations réglementaires dépendent de plusieurs paramètres, à savoir :

- l'évolution de la provision dossier par dossier y compris tardifs ;
- l'évolution de la provision cadence des règlements si cette méthode est retenue pour la sous-catégorie étudiée ;
- l'évolution de la provision coût moyen si cette méthode est retenue pour la sous-catégorie étudiée.

Ainsi, les variations que peuvent connaître les majorations réglementaires sont revues au moyen :

- de l'analyse de l'évolution de la charge de sinistre dossier par dossier précitée ;
- de l'analyse de l'évolution des règlements par exercice de survenance et de la cadence des règlements ;
- de l'analyse de l'évolution des dossiers clôturés et fermés sans suite, base de calcul du coût moyen.

2.1.1 Analyse de l'évolution des règlements et de la cadence des règlements

Les variations des majorations issues de l'application de la méthode de la cadence peuvent provenir :

- d'une variation de la charge de sinistre dossier par dossier (cf. supra) ;
- d'une variation de charge de sinistre calculée par la méthode de la cadence.

Cette dernière, peut résulter :

- d'une variation du taux de cadence appliqué durant l'exercice audité par rapport à celui de l'exercice précédent (de la n^{ième} année) ;
- d'une variation des règlements cumulés de l'exercice de survenance concerné.

Les variations de taux peuvent résulter d'une variation des règlements cumulés de la n^{ième} année concernée.

Pour pouvoir effectuer cette analyse, il est donc nécessaire de reclasser les majorations, non pas par exercice de survenance, mais par numéro d'ordre par rapport à l'exercice d'inventaire.

Exemple :

L'exercice de survenance 1998 est le 3^{ème} pour l'exercice d'inventaire 2000 et le 2^{ème} pour l'exercice d'inventaire 1999 :

Numéro d'ordre	5^è	4^è	3^è	2^è	1^è
Exercice d'inventaire 2000	1996	1997	1998	1999	2000
Majorations réglementaires 2000	9	15	18	1	8
Exercice d'inventaire 1999	1995	1996	1997	1998	1999
Majorations réglementaires 1999	7	14	31	51	4
Variation des majorations	2	1	(13)	(50)	4

Pour expliquer les variations de majorations, l'analyse suivante devra être effectuée :

	N	N-1	Var.
Règlements cumulés n ^{ième} année (KDH) ⁹			
Taux de cadence de la n ^{ième} année (%) ^{idem}			
Règlements cumulés (KDH) ^{idem}			
Provision cadence des règlements (KDH)			
Provision D/D tardifs compris (KDH)			
Majoration (KDH)			

⁹ Source : tableaux triangulaires de calcul des taux de cadence (dossier financier de l'exercice et de l'exercice précédent)

Exemple :

Exercice d'inventaire 2001.

Pour la sous-catégorie Véhicules de tourisme corporel (responsabilité civile automobile), le tableau des bonis/malis réalisés fait ressortir les éléments suivants (par mesure de simplification, il ne sera tenu compte que des cinq premières années) :

En KDH	<u>Antér.</u>	<u>1.996</u>	<u>1.997</u>	<u>1.998</u>	<u>1.999</u>	<u>2.000</u>	<u>Total</u>
Provision SAP D/D 2000	126.250	32.500	67.500	128.750	156.250	185.000	696.250
Majorations 2000	33.750	3.750	18.750	23.750	86.250	12.500	178.750
Chargement de gestion	8.000	1.813	4.313	7.625	12.125	9.875	43.750
Total 2000	185.438	42.500	96.250	167.500	255.000	210.000	956.688
Règlements 2001	22.500	5.000	10.000	17.500	16.250	18.750	90.000
Provision SAP D/D 2001	93.750	15.000	51.250	97.500	110.000	141.250	508.750
Majorations 2001	11.250	10.000	11.250	12.500	26.250	5.000	76.250
Chargement de gestion	5.250	1.250	3.125	5.500	6.813	7.313	29.250
Total 2001	132.750	31.250	75.625	133.000	159.313	172.313	704.250
Boni/mali	52.688	11.250	20.625	34.500	95.688	37.688	252.438
B/M sur provision SAP D/D	10.000	12.500	6.250	13.750	30.000	25.000	97.500
B/M sur majorations	22.500	-6.250	7.500	11.250	60.000	7.500	102.500
B/M sur chargement	2.750	563	1.188	2.125	5.313	2.563	14.500

La compagnie a réalisé un boni sur exercices antérieurs de 252.438 KDH. Ce boni résulte principalement du boni réalisé sur la provision dossier par dossier y compris tardifs pour un montant de 97.500 KDH et du boni réalisé sur les majorations réglementaires pour un montant de 102.500 KDH.

L'évolution de la majoration peut être détaillée comme suit :

<u>Numéro d'ordre</u>	<u>5è</u>	<u>4è</u>	<u>3è</u>	<u>2è</u>	<u>1è</u>
<u>Exercice d'inventaire 2001</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>
Majorations 2001	11.250	12.500	26.250	5.000	132.500
<u>Exercice d'inventaire 2000</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>
Majorations 2000	3.750	18.750	23.750	86.250	12.500
Variation des majorations	7.500	-6.250	2.500	-81.250	120.000

Pour la première année, la variation avait été expliquée lors de la revue analytique du résultat de l'exercice d'inventaire.

C'est la méthode de la cadence des règlements qui a été retenue.

Ainsi, pour la deuxième année, la variation des majorations de 81.250 KDH est expliquée de la manière suivante :

	<u>2001</u>	<u>2000</u>	<u>Var.</u>
<i>Règlements de 2ème année (KDH)</i>	56.408	45.902	10.506
<i>Taux de cadence de la 2^{ème} année (%)</i>	14,29	13,06	1,23
<i>Règlements cumulés(KDH)</i>	24.384	36.428	-12.044
<i>Provision cadence des règlements (KDH)</i>	146.250	242.500	-96.250
<i>Provision D/D tardifs compris (KDH)</i>	141.250	156.250	-15.000
<i>Majoration (KDH)</i>	5.000	86.250	-81.250

La diminution des majorations réglementaires cadence de 81.250 KDH s'explique donc par :

- *la diminution des règlements cumulés de 12.044 KDH ;*
- *l'augmentation du taux de cadence de 1,23 points suite à l'augmentation des règlements de deuxième année de 10.506 KDH.*

La diminution a été compensée par l'impact de la diminution de la provision dossier par dossier y compris tardifs (a généré une légère augmentation de la majoration).

2.1.2 Analyse de l'évolution des dossiers clôturés et fermés sans suite, base de calcul du coût moyen

La méthode d'évaluation des provisions par les coûts moyens consiste à estimer la charge finale des sinistres pour chaque exercice de survenance par extrapolation des sinistres survenus à la date d'inventaire. Pour ce faire, il faut estimer les nombres finaux de sinistres à partir des données historiques des derniers exercices de la compagnie, puis appliquer, à ces nombres, un coût moyen futur, estimé (cf. supra).

L'explication du boni ou mali réalisé sur les majorations coût moyen (si la méthode du coût moyen est retenue) peut, comme pour l'examen analytique du résultat de l'exercice d'inventaire, être expliquée à travers les variations :

- dans le nombre de sinistres survenus (par exercice de survenance) ;

- dans le coût moyen (ces variations peuvent être expliqués soit par des changements dans le coût total des sinistres terminés au cours des cinq derniers exercices ou dans le nombre de sinistres terminés ou classés sans suite).

Pour pouvoir apprécier l'évolution de la majoration coût moyen, l'auditeur pourra renseigner le tableau suivant (un tableau par exercice de survenance) :

	N	N-1	Var.
Règlements cumulés des sinistres terminés ou fermés sans suite (cinq derniers exercices) ^a			
Nombre de dossiers terminés ou fermés sans suite (cinq derniers exercices) ^a			
Coût moyen ^a			
Nombre de sinistres survenus lors de l'exercice d'inventaire			
Charge de sinistre coût moyen			
Charge de sinistre D/D (tardifs compris)			
Majoration			

^a : Les trois premières lignes seront renseignées une fois pour l'ensemble des exercices de survenances.

Qu'en est-il à présent de la revue analytique du résultat de réassurance ?

3. REVUE ANALYTIQUE DU RESULTAT DE REASSURANCE

La revue analytique du résultat de réassurance est destinée à apprécier la cohérence des résultats techniques par rapport à l'évolution de la politique de réassurance de la compagnie et des contraintes de marché et à mettre en évidence les tendances de l'activité.

Etant donné les tests limités de validation des soldes, la revue analytique occupe une place prépondérante dans la stratégie d'audit du résultat de réassurance de la compagnie. Analyse comparative enrichie par le calcul de divers ratios, elle demeure en effet un outil très fiable permettant de s'assurer de la cohérence des opérations comptabilisées sur l'exercice.

Pour cette activité spécifique, l'examen analytique du résultat de réassurance non-vie reposera sur une analyse de la variation des montants par mode de réassurance combinée avec une analyse indiciaire qui consiste à étudier l'évolution de ratios spécifiques aux cessions.

Les variations qui seront relevées par l'auditeur lors de cet examen, outre la survenance d'évènements exceptionnels non récurrents aisément identifiables, pourront provenir par

exemple d'une variation des taux de cession, d'assiettes, des pleins de conservation, des priorités, d'une hausse de la sinistralité, etc.

L'évolution de la réassurance facultative est analysée contrat par contrat.

3.1 Revue analytique des cessions proportionnelles

3.1.1 Cession légale

Dans la réassurance légale, les montants cédés représentent 10% du total des charges de sinistre de l'ensemble des risques garantis et 10% des primes émises.

Une variation des cessions ne peut donc avoir pour origine qu'une variation de la base de calcul, autrement dit des primes ou des charges de sinistres.

La revue analytique des primes émises et des charges de sinistres étant effectuée lors de la revue du résultat technique brut, l'auditeur pourra en exploiter les conclusions pour expliquer les variations des cessions.

Afin de faciliter l'analyse, le tableau suivant peut être renseigné :

	N	N-1	Var.	Var. %
Primes cédées				
Primes brutes				
<i>Taux de cession^a</i>				
Sinistres payés cédés				
Sinistres payés bruts				
<i>Taux de cession^a</i>				
Variation des provisions pour SAP cédées				
Variation des provisions pour SAP brute				
<i>Taux de cession^a</i>				
Variation des autres provisions cédées				
Variation des autres provisions brutes				
<i>Taux de cession^a</i>				
Résultat de réassurance légale				

a : Taux de cession = montant cédé / montant brut. Ce taux doit être égal à 10%. Les écarts doivent être expliqués.

3.1.2 Cessions en quote-part

Dans la réassurance en quote-part, le réassureur est intéressé par une quote-part dans toutes les affaires réalisées par l'assureur dans une branche déterminée. Cette proportion s'applique tant aux primes qu'aux sinistres. Cependant, l'obligation du réassureur peut être limitée par un montant maximum exprimé en unités monétaires (engagement maximum des réassureurs).

Ainsi, à partir de la répartition du résultat technique par branche, l'auditeur obtient les primes et charges de sinistre des branches concernées par les cessions en quote-part et complète le tableau suivant :

	 Branche X 				 Total 			
	 N 	 N-1 	 Var. 	 Var. % 	 N 	 N-1 	 Var. 	 Var. %
Primes cédées								
Primes brutes								
 Taux de cession ^a 								
Sinistres payés cédés								
Sinistres payés bruts								
 Taux de cession ^a 								
Variation des provisions pour SAP cédées								
Variation des provisions pour SAP brute								
 Taux de cession ^a 								
 Résultat de réassurance en quote-part 								

a : Taux de cession = montant cédé / montant brut.

Là encore, pour expliquer la variation des cessions en quote-part, l'auditeur pourra utiliser les conclusions de l'examen analytique du résultat technique brut (pour les branches concernées par les cessions en quote-part uniquement). La variation des cessions peut également être expliquée par la cession de branches supplémentaires ou par l'abandon, pendant l'exercice, de la cession d'une ou de plusieurs branches déterminées.

La revue du taux de cession, quant à elle, doit être effectuée par exercice de survenance. En effet, la quote-part appliquée à chacun de ces derniers dépend du plan de réassurance qui était applicable durant cet exercice.

Un détail des cessions par exercice de survenance serait, dans ce cas, nécessaire. Il peut être obtenu auprès des services concernés dans la compagnie.

Il peut prendre la forme suivante, pour une branche déterminée :

	Exercices de survenance							
	<u>Etc.</u>	<u>N-6</u>	<u>N-5</u>	<u>N-4</u>	<u>N-3</u>	<u>N-2</u>	<u>N-1</u>	<u>N</u>
Primes cédées N								
Primes brutes N								
<i>Quote-part appliquée N</i>								
Primes cédées N-1								
Primes cédées N-1								
<i>Quote-part appliquée N-1</i>								
Sinistres payés cédés N								
Sinistres payés bruts N								
<i>Quote-part appliquée N</i>								
Sinistres payés cédés N-1								
Sinistres payés bruts N-1								
<i>Quote-part appliquée N-1</i>								
Variation des provisions pour SAP cédées N								
Variation des provisions pour SAP brute N								
<i>Quote-part appliquée N</i>								
Variation des provisions pour SAP cédées N-1								
Variation des provisions pour SAP brute N-1								
<i>Quote-part appliquée N-1</i>								

3.2 Revue analytique des cessions non proportionnelles

3.2.1 Cessions en excédent de plein

Dans un traité en excédent de plein, le cédant ne remet au réassureur que les risques dont la somme assurée dépasse un certain montant, appelé "plein de conservation ou de rétention".

Effectuer une revue analytique des cessions en excédent de plein revient donc à obtenir un état des polices dont le risque assuré dépasse le plein de conservation et à le comparer avec celui de l'exercice précédent.

Une revue analytique par tranche de plein et en nombre de polices peut d'abord être effectuée par l'auditeur puis, en cas de variations importantes, détaillée par police.

<u>Branche</u>	<u>Tranche</u>	<u>Plein de conservation</u>		<u>Var %</u>	<u>Nombre</u>		<u>Var %</u>
		<u>N</u>	<u>N-1</u>		<u>N</u>	<u>N-1</u>	
	Plein à X						
	X à Y						
	Y à Z						
	Z et plus						
	Total						

Ce test peut également révéler des erreurs dans les cessions effectuées (polices non cédées ou cédées avec un retard de quelques exercices, etc.).

Il ne faut cependant pas oublier d'intégrer dans l'analyse l'engagement des réassureurs.

3.2.2 Cessions en excédent de sinistres

Les réassureurs s'obligent à prendre à leur charge la partie de tous les risques individuels qui dépassent la priorité (montant maximal pris en charge par l'assureur sur le sinistre survenu).

En contrepartie, le réassureur perçoit une prime déterminée sur la base des primes émises multipliée par le taux de cession qui est égal au rapport (charges de sinistre / primes totale nettes de cession légale) multiplié par 100/75. Des taux de cession minimal et maximal sont fixés par les traités.

Pour effectuer la revue analytique des cessions, l'auditeur obtiendra auprès du département concerné un état des charges de sinistre dépassant la priorité. Cet état sera comparé à celui de l'exercice précédent.

Une revue analytique par tranche de priorité et en nombre de sinistres peut d'abord être effectuée par l'auditeur puis, en cas de variations importantes, détaillée par sinistre.

 Branche 	 Tranche 	 Priorité 		 Var % 	 Nombre 		 Var %
		 N 	 N-1 		 N 	 N-1 	
	Priorité à X						
	X à Y						
	Y à Z						
	Z et plus						
	 Total 						

Là encore, ce test peut révéler des erreurs dans les cessions effectuées.

3.2.3 Cessions en excédent de taux de sinistre

Le réassureur prend en charge, sur un exercice de survenance donné, pour une catégorie d'affaires, la différence entre la sinistralité (S/P) réelle et la sinistralité prévue par le traité.

La plupart des traités prévoient une limite à l'engagement des réassureurs, ce qui dépasse cette limite est à la charge du cédant.

Ainsi, les variations des cessions peuvent résulter :

- des variations dans la sinistralité des branches et exercices de survenance concernés, cette variation de la sinistralité a été analysée (cf. supra) ;
- de l'intégration ou de la suppression de branches ou d'exercices de survenance.

BIBLIOGRAPHIE

1. OUVRAGES (PAR ORDRE ALPHABETIQUE)

- ◆ Axa, Befec PriceWaterhouse, "Assurances : Comptabilité, gestion, finances : Gestion et analyse financière", L'Argus, 1994, 682 pages
- ◆ Besri Hamid, "La réassurance au Maroc : L'expérience de la SCR", Imprimerie Najah el Jadida, 1992, 306 pages
- ◆ Bonnard Jérôme, "Droit et pratique des assurances", Dalloz, 1997, 336 pages
- ◆ Conseil National de la Comptabilité, "Plan comptable des assurances", 1997, 168 pages
- ◆ Couilbault François, Eliashberg Constant, Latrasse Michel, "Les grands principes de l'assurance", L'Argus, 1999, 493 pages
- ◆ Dessal René, Barroux Jean, "L'assurance", PUF, 1983, 126 pages
- ◆ Durry Georges, "L'assurance automobile", Dalloz, 1998, 138 pages
- ◆ Ecole Marocaine d'Assurances, "Cours d'assurances", Imprimerie Sipar, 1980, 800 pages
- ◆ Ecole Marocaine d'Assurances, "L'assurance à la portée de tous", Imprimerie Sipar, 1979, 130 pages
- ◆ Ecole Nationale d'Assurances, "L'assurance : Théorie, pratique, comptabilité", AA Editeurs, 1979, 375 pages
- ◆ El Gadi Abdelhamid, "Lexique des termes d'audit : Français-Arabe", Imprimerie Omina, 2000, 80 pages

- ◆ Ewald François, Lirenzi Jean-Hervé, "Encyclopédie de l'assurance", Economica, 1997 :
 - Albert Michel "Le rôle économique et social de l'assurance"
 - Lutfalla Michel, Outreville Jean-François "L'assurance dans les marchés émergents"
 - Petauton Pierre "L'opération d'assurance : Définitions et principes"
 - Tribouillois Sylvain "Les assurances de dommages"
 - Santini Dominique "Tableau des assurances de dommages"
 - Giraud Pierre-Noël, Jacques Mistral "La globalisation"
 - Bébéar Claude "Les réponses des assureurs aux défis d'un monde en mutation"

- ◆ Guellaf Adbeslam, "Le contrôle de l'Etat sur le secteur des assurances", Arabian al Hilal, 1998, 190 pages

- ◆ Kettani Azzedine, "L'assurance au Maroc : réalité et perspectives", Imprimerie Najah el Jadida, 1983, 407 pages

- ◆ Lambert Alain, "Assurons l'avenir de l'assurance" Les rapports du Sénat, 98-99

- ◆ Lambert Denis-Clair, "Économie des assurances", Armand colin, 1996, 392 pages

- ◆ Laparra Michel, Hagopian Mikaël, "Aspects théoriques et pratiques de la réassurance", L'Argus, 1991, 252 pages

- ◆ Nasri Zoulikha, "Le droit de l'assurance au Maroc", La Porte, 1984, 610 pages

- ◆ OCDE, "L'assurance et les autres services financiers : tendances structurelles", Editions de l'OCDE, 1992, 164 pages

- ◆ OCDE, "Le contrôle de la solvabilité de l'assurance", Editions de l'OCDE, 1995, 168 pages

- ◆ OCDE, "Glossaire des termes d'assurance", Editions de l'OCDE, 2000 : Annexe "Principes directeurs en matière d'assurance pour les économies en transition".

- ◆ Ordre des Experts Comptables (Maroc), "Manuel des Normes : Audit légal et contractuel"

- ◆ Ramel Maurice, "La réassurance", Duloc, 1980, 344 pages
- ◆ Simonet Guy, "La comptabilité des entreprises d'assurance", L'Argus, 1990, 382 pages
- ◆ Simonet Guy, "Ratioscopie de l'assurance : 220 ratios et concepts-clé au service de l'épargnant et de l'assuré", L'Argus, 1987
- ◆ Tosetti Bernard, Behar Thomas, Fromenteau Michel, "Assurance : comptabilité, réglementation, actuariat", Economica, 2002, 354 pages
- ◆ Valin Gérard, "Gestion des entreprises d'assurance : mécanismes économiques et financiers", 1983
- ◆ Yeatman Jérôme, "Manuel international de l'assurance", Economica, 1998
- ◆ Zerhouni Mohammed, "Contrôle des entreprises d'assurance au Maroc", Imprimerie de Fedala, 1988, 222 pages

2. TEXTES OFFICIELS

2.1 Lois

- ◆ Loi n° 17-99 portant code des assurances
- ◆ Loi n° 17-95 relative aux sociétés anonymes
- ◆ Loi n° 1-76-591 du 9 octobre 1977 modifiant l'annexe du dahir n° 1-60-223 du 6 février 1963 portant modification en la forme du dahir du 25 juin 1927 relatif à la réparation des accidents de travail
- ◆ Loi n°30-85 relative à la Taxe sur la Valeur Ajoutée
- ◆ Loi n°24-86 relative à l'Impôt sur les Sociétés
- ◆ Loi n° 1-84-177 du 2 octobre 1984, relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents causés par des véhicules terrestres à moteur

- ◆ Loi n° 18-01 modifiant et complétant le dahir n° 1-60-223 du 6 février 1963 portant modification en la forme du dahir du 25 juin 1927 relatif à la réparation des accidents de travail

2.2 Décrets

- ◆ Annexe II du décret n° 2-58-1151 du 24 décembre 1958 portant codification des textes sur l'enregistrement et le timbre.

2.3 Arrêtés

- ◆ Arrêté du Ministre des Finances n°369-95 du 10 juin 1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes-rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation (Mise à jour février 1998)
- ◆ Arrêté du Ministre des Finances n°730-89 du 2 janvier 1989 modifiant l'arrêté du ministre de l'économie et des finances n° 367-61 du 25 juillet 1961 relatif aux avis de cession, avis de sinistre, commissions de réassurance et participation aux bénéficiaires afférents à la réassurance légale concédée à la Société Centrale de Réassurance.

2.4 Instructions et circulaires

- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale : Instruction du Ministère des Finances n°19 du 29 mars 1996 relative à la réassurance
- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale : Instruction du Ministère des Finances n°18 du 29 mars 1996 relative aux indicateurs de solvabilité et aux règles de fonctionnement des entreprises d'assurances et de réassurances.
- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale : Documents et comptes-rendus financiers et statistiques exigibles des entreprises d'assurances et de réassurances et de capitalisation

- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale : Circulaire n° 1/99 sur l'application de l'arrêté relatif aux documents et comtes rendus financiers et statistiques exigibles des entreprises d'assurances, de réassurance et de capitalisation.
- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale : Circulaire relative aux méthodes d'évaluation des réserves techniques et dispositions relatives à la représentation des réserves techniques (2002)
- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale : Instruction n° 22 du 28 octobre 1996 portant sur les modalités d'application de l'obligation de couverture des risques automobiles

3. MEMOIRES

3.1 CYCLE MAROCAIN

- ◆ Nadif Ahmed, "Les particularités de l'audit des provisions pour sinistres à payer dans un compagnie d'assurances de dommages au Maroc", nov-98
- ◆ Mountassir Khalid, "Les provisions techniques des compagnies d'assurances : Réflexion sur une approche d'audit sectorielle", mai-00
- ◆ Abounaim Hassan, "Pratique de l'audit fiscal en milieu financier : cas des établissements de crédit et des sociétés d'assurances", nov-99

3.2 CYCLE FRANCAIS

- ◆ El Arif Brahim, "Les entreprises d'assurance assurant le risque Transport Public de Voyageurs (TPV) au Maroc : Spécificités et risques d'audit", nov-02, 101 pages
- ◆ Laforce Michel, "Eléments d'analyse financière appliqués aux compagnies d'assurances dommages", mai-84, 101 pages

- ◆ Dupuy Xavier, "Le risque responsabilité civile es entreprises dans une compagnie d'assurance : aspects économiques, juridiques et comptables - Les difficultés d'audit - Proposition d'une démarche d'audit adaptée aux spécificités de ce risque pour la révision des provisions de sinistres", mai-95, 101 pages
- ◆ Fontaine Guillaume, "Société d'assurance de dommages, spécificités et audit", mai-99, 116 pages
- ◆ Gauvain Christophe, "Comptes annuels des sociétés d'assurance IARD : l'apport de la directive "assurances" et proposition d'élaboration des comptes annuels reflétant une image fidèle", mai-93, 158 pages
- ◆ Sauvage Guillemette, "Proposition d'une méthode de prévision des comptes d'exploitation IARD des centres opérationnels d'une compagnie d'assurances dans le cadre de la décentralisation de son contrôle de gestion", mai-94
- ◆ Joho Béatrice, "Révision du cycle production et des comptes liés aux primes dans une compagnie d'assurance IARDT", mai-93, 123 pages
- ◆ Morelli Francine, "Analyse et contrôle des provisions techniques d'une compagnie d'assurance IARD eu égard à son environnement réglementaire et fiscal", nov-87, 116 pages
- ◆ Fluck Jean-Luc, "Examen analytique : un outil du commissaire aux comptes au service de l'expert-comptable", mai-93, 97 pages
- ◆ Boivin-Champeaux Bertrand, "Les provisions techniques en assurance non-vie - Principes de détermination et d'évaluation, proposition de solutions pratiques", mai-99, 138 pages
- ◆ Odobez Laurent, "Activité de réassurance : aspects économiques, proposition d'une démarche adaptée à une compagnie d'assurance dommages", nov-93, 98 pages
- ◆ Potier Philippe, "Approche d'audit dans les entreprises d'assurance IARD", nov-92, 152 pages
- ◆ Druelle Christophe, "Traitement d'un sinistre pour une entreprise d'assurance IARD - démarche d'audit et intérêt d'une application informatique", mai-93, 91 pages

4. REVUES SPECIALISEES

- ◆ "Secteur des assurances au Maroc", Revue d'information de la BMCE n°283, nov-déc 2001, 23 pages
- ◆ "L'examen analytique et fiabilité des états de synthèse", BIP Synthèse de l'actualité financière et comptable, nov-97, 14 pages
- ◆ "Les particularités comptables et l'audit financier des sociétés d'assurance" (en 2 parties), BIP Synthèse de l'actualité financière et comptable, mars-97

5. AUTRES PUBLICATIONS

- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale, "Rapport d'activité des entreprises d'assurances et de réassurances au Maroc 2000", Phediprint, 2002, 268 pages
- ◆ Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale, "Situation liminaire du secteur des assurances au Maroc en 2001", 2002, 6 pages
- ◆ Banque Mondiale, "Rapport sur le respect des normes et codes (Royaume du Maroc) : Comptabilité et Audit", juil-02, 33 pages
- ◆ Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurances, "Rapport préliminaire Secteur des Assurances au Maroc", avr-02, 16 pages
- ◆ Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurances, "Le guide de l'assureur : Manuel pratique sur l'application du barème d'indemnisation (Dahir du 2 octobre 1984)", 1990
- ◆ Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes (France), "Examen analytique", 1986
- ◆ Fédération Française des Sociétés d'Assurances, "Les assurances de dommages", 2001
- ◆ KPMG Audit (France), "L'assurance et la communication financière en 2000", 2001

- ◆ Nasri Zoulikha, "Le contrat d'assurance", Compagnie Africaine d'Assurances
- ◆ Harouchi Jamal, "Les 100 mots-clé de l'assurance", Compagnie Africaine d'Assurances, 13 pages
- ◆ Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes (France), "Appréciation du contrôle interne" n°3, Notes d'information CNCC, févr-92

6. DOCUMENTS NON PUBLIES

- ◆ Benmansour Said, "Assurance du risque automobile au Maroc", 2000, 40 pages
- ◆ Christian Jaumain, "Analyse financière des entreprises d'assurances", 2001, 120 pages
- ◆ Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurances, "Convention fixant les conditions de libéralisation des tarifs d'assurances et de la restructuration de la Compagnie d'Assurance Transport", 1996
- ◆ Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurances, "Méthode de la cadence des règlements et dispositions relatives aux réserves techniques", 1997

7. PRESSE DIVERSE

- ◆ L'Economiste, divers articles
- ◆ La Vie Economique, divers articles
- ◆ Le Matin Eco, divers articles
- ◆ Finances News, divers articles

LEXIQUES

GLOSSAIRE DE LA REASSURANCE¹

□ **Année de compte**

Exercice social dans lequel sont enregistrés les comptes. En raison des délais de transmission des informations, pour une même période de garantie, l'année de compte de la cédante et celle du réassureur peuvent être différentes. Pour les réassureurs qui, comme SCR, souhaitent appréhender plus rapidement leurs résultats, les comptes des cédantes du ou des derniers trimestres qui ne sont pas encore reçus à la date de la clôture font l'objet de prévisions.

□ **Cédante**

Compagnie d'assurances qui cède au réassureur une partie des risques qu'elle a souscrits.

□ **Commission de réassurance**

Pourcentage des primes accordées par le réassureur à l'assureur à titre de participation aux frais d'acquisition et de gestion des affaires qui lui sont cédées.

□ **Conditions de réassurance**

Ensemble des clauses figurant dans le traité de réassurance. Les "conditions de réassurance", au sens économique du terme, couvrent le niveau des commissions, des participations bénéficiaires, la périodicité des comptes et des intérêts sur les dépôts ou de l'absence de dépôts qui déterminent la marge bénéficiaire probable du réassureur.

□ **Dépôt**

Somme laissée en garantie des engagements pris par le réassureur chez la cédante. Les dépôts espèces sont en général rémunérés par un taux d'intérêt convenu lors de la souscription des affaires. Le revenu des dépôts titres reste acquis au réassureur.

□ **Plein de souscription ou d'acceptation**

C'est le maximum que le cédant compte accepter brut de la réassurance

¹ Source : www.scr.co.ma

❑ **Plein de conservation ou de rétention**

C'est le maximum que le cédant compte conserver net de réassurance

❑ **Portefeuille de réassurance**

Ensemble des affaires de réassurance en cours (Traités et Facultatives) souscrites et gérées par une compagnie.

❑ **Primes nettes de rétrocession**

Montant des primes brutes diminué des portions de primes versées en rétrocession. S'oppose à primes brutes.

❑ **Provision complémentaire**

Provision constituée par le réassureur au-delà de ce qui lui est indiqué par l'assureur. Elle est destinée à faire face aux sinistres déjà survenus mais non encore déclarés (en anglais IBNR Incurred But Not Reported), et aux sous-estimations des sinistres (en anglais IBNER-Incurred But Not Enough Reserved).

❑ **Provision d'équilibrage**

Provision constituée pour une longue durée par l'assureur ou le réassureur, et destinée à niveler les résultats d'exploitation de certains risques catastrophiques.

❑ **Provision mathématique**

Montant des sommes que la société d'assurance Vie, ou de Capitalisation, doit constituer et capitaliser pour faire face aux engagements pris envers l'assuré.

❑ **Provision technique**

Montant que l'assureur ou le réassureur doit mettre en réserve pour faire face à l'indemnisation des sinistres.

□ **Réassurance**

Opération pour laquelle un assureur s'assure lui-même auprès d'un tiers (le réassureur) pour une partie ou la totalité des risques qu'il a garantis, moyennant le paiement d'une prime.

□ **Réassurance facultative**

Réassurance affaire par affaire, risque par risque. Les facultatives sont plus souvent souscrites pour de très grands risques .

□ **Réassurance financière**

Opération par laquelle le réassureur permet à l'assureur d'équilibrer sur une durée déterminée des risques limités, en étalant la sinistralité connue ou anticipée sur une période longue et en intégrant la notion de revenu financier dans le calcul de la prime. Elle a une double fonction de lissage et de financement.

□ **Réassurance proportionnelle**

Participation du réassureur aux sinistres assumés par l'assureur dans la même proportion que celle des primes qu'il a perçues .

□ **Réassureur**

Compagnie qui s'engage à garantir la fraction de risque que lui cède l'assureur.

□ **Réassurance non proportionnelle**

Engagement du réassureur de participer aux sinistres pour un montant maximum, préalablement arrêté, au-delà de la somme conservée par l'assureur (priorité) et moyennant une prime calculée globalement par le réassureur pour l'ensemble du portefeuille couvert.

□ **Rétention**

Part du risque que l'assureur ou le réassureur conserve pour son propre compte.

□ **Rétrocession**

Cession par le réassureur, moyennant le paiement d'une prime au rétrocessionnaire, d'une fraction des risques qu'il s'est engagé à garantir.

□ **Rétrocessionnaire**

Celui qui accepte un risque en rétrocession.

□ **Souscription**

Ensemble des accords conclus entre l'assureur et le réassureur, tant au titre des traités que des facultatives.

□ **Traité de réassurance**

Convention de réassurance selon laquelle l'assureur s'engage à céder au réassureur, qui est tenu d'accepter, tous les risques souscrits par cet assureur dans une catégorie d'affaires déterminée moyennant des conditions techniques et financières fixées par cette convention. S'oppose à facultative.

LEXIQUE DES TERMES DE L'ASSURANCE

◆ Aléa

Événement incertain ou dont la date de survenance est incertaine. Cet "aspect hasardeux" constitue la base fondamentale du contrat d'assurance.

□ Assurances de personnes

Assurances garantissant les risques dont la survenance dépend de la survie ou du décès de l'assuré ainsi que la maternité et les assurances contre la maladie, l'incapacité et l'invalidité.

□ Assuré

Personne physique ou morale sur laquelle ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance.

□ Assureur

Entreprise agréée pour effectuer des opérations d'assurances.

□ Attestation d'assurance

Certificat délivré par l'assureur, constatant l'existence de l'assurance.

□ Avenant

Accord additionnel entre l'assureur et l'assuré modifiant ou complétant une police d'assurance dont il fait partie intégrante

□ Bénéficiaire

Personne physique ou morale désignée par le souscripteur et qui reçoit le capital ou la rente dû par l'assureur.

□ Source : Loi n° 17-99 portant code des assurances

◆ Source : Revue d'information BMCE n° 283, nov-déc 2001

◆ **Bonus – Malus**

Réduction ou majoration par l'assureur de la prime d'assurance automobile qui permet la personnalisation de cette prime en fonction des caractéristiques du risque (âge du conducteur, état du véhicule, sinistralité).

□ **Capital assuré**

Valeur déclarée au contrat et constituant la limite de l'engagement de l'assureur.

◆ **Coassurance**

Procédé qui consiste à couvrir un même risque par plusieurs assureurs, chacun d'eux prenant en charge une fraction des sommes garanties. Cette division des risques est très répandue en assurance des entreprises où l'importance des capitaux en risque est telle que les capacités de souscription d'un assureur seul ne sont pas suffisantes pour lui permettre de s'engager sur la totalité. L'assureur apériteur prend la fraction qu'il peut supporter et cède l'excédent en coassurance.

□ **Commission**

Rémunération attribuée à l'intermédiaire d'assurances, apporteur d'affaires ou gestionnaire.

□ **Conditions d'assurance**

Ensemble des clauses constituant les bases de l'accord intervenu entre le souscripteur et l'assureur.

□ **Contrat d'assurance**

Convention passée entre l'assureur et le souscripteur pour la couverture d'un risque et constatant leurs engagements réciproques.

□ **Contrat d'assurance sur la vie**

Contrat par lequel, en contrepartie de versements uniques ou périodiques, l'assureur garantit des prestations dont l'exécution dépend de la survie ou du décès de l'assuré.

□ Source : Loi n° 17-99 portant code des assurances

◆ Source : Revue d'information BMCE n° 283, nov-déc 2001

□ **Cotisation d'assurance**

Somme, correspondant à la prime, due par l'assuré en contrepartie d'un contrat d'assurance souscrit auprès des sociétés d'assurance mutuelles.

□ **Déchéance**

Perte du droit à indemnité au titre d'un sinistre suite au non-respect par l'assuré de l'un de ses engagements, sans que cela n'entraîne la nullité du contrat.

□ **Délaissement**

Transfert de propriété de la chose assurée, en cas de sinistre, au profit de l'assureur contre paiement à l'assuré de la totalité de la somme garantie.

◆ **Dommage**

Perte ou préjudice subi ou dégât causé à quelqu'un. Atteinte directe ou indirecte au patrimoine d'une personne. Le dommage peut être :

- matériel : dégâts causés à des biens meubles (animaux compris) et immeubles ;
- immatériel : conséquences de la perte ou de la destruction de l'objet telles que :
 - la privation de jouissance ou la perte d'un droit (comme l'impossibilité pour l'occupant d'un appartement incendié de vivre dans celui-ci) ;
 - l'interruption d'un service (ne plus pouvoir utiliser sa voiture accidentée pour travailler, etc.) ;
 - la perte financière (telle l'obligation pour un commerçant de fermer son magasin à la suite d'un dégât des eaux provenant d'un appartement voisin);
- corporel : atteintes corporelles à la suite d'un accident et leurs conséquences : frais médicaux, gains perdus pendant l'incapacité temporaire partielle ou totale du travail, séquelles permanentes (invalidité partielle ou totale), préjudice esthétique (cicatrice, etc.), douleurs physiques causées par l'accident, impossibilité pour la victime de se livrer à un passe-temps ou à un sport (préjudice d'agrément), souffrances morales des proches de la victime, consécutives à son décès (préjudice moral), etc.

□ Source : Loi n° 17-99 portant code des assurances

◆ Source : Revue d'information BMCE n° 283, nov-déc 2001

□ **Durée du contrat**

Durée des engagements réciproques de l'assureur et de l'assuré dans le cadre du contrat d'assurance.

□ **Echéance de prime**

Date à laquelle est exigible le paiement d'une prime.

□ **Echéance du contrat**

Date à laquelle est prévue l'expiration du contrat d'assurance.

□ **Effet du contrat**

Date à partir de laquelle le risque est pris en charge par l'assureur.

□ **Engagement**

Montant de la garantie accordée par l'assureur en vertu du contrat d'assurance.

□ **Evénement**

Toute circonstance susceptible de provoquer ou ayant provoqué un sinistre.

□ **Exclusion**

Evénement ou état d'une personne non couvert, étant exclu de la garantie.

□ **Forclusion**

Perte du droit d'exercer un recours.

□ **Franchise**

Somme qui, dans le règlement d'un sinistre, reste toujours à la charge de l'assuré.

□ Source : Loi n° 17-99 portant code des assurances

◆ Source : Revue d'information BMCE n° 283, nov-déc 2001

□ **Indemnité d'assurance**

Somme versée par l'assureur conformément aux dispositions du contrat en réparation du préjudice subi par l'assuré ou la victime.

□ **Note de couverture**

Document concrétisant l'engagement de l'assureur et de l'assuré et prouvant l'existence d'un accord en attendant l'établissement de la police d'assurance.

□ **Police d'assurance**

Document matérialisant le contrat d'assurance. Il indique les conditions générales et particulières.

□ **Préavis de résiliation**

Délai contractuel ou légal qui doit être respecté par la partie qui veut résilier le contrat d'assurance.

□ **Prime**

Somme due par le souscripteur d'un contrat d'assurance en contrepartie des garanties accordées par l'assureur.

□ **Prime pure**

Montant qui représente le coût du risque couvert tel que calculé par les méthodes actuarielles sur la base de statistiques relatives audit risque.

□ **Proposition d'assurance**

Document remis par l'assureur ou son représentant à un assuré éventuel sur lequel ce dernier doit porter les informations nécessaires à l'assureur pour l'appréciation du risque à couvrir et la fixation des conditions de couverture.

□ Source : Loi n° 17-99 portant code des assurances

◆ Source : Revue d'information BMCE n° 283, nov-déc 2001

□ **Provisions techniques**

Comptes d'épargne accumulés par l'entreprise d'assurance et de réassurance pour faire face à ses engagements envers les assurés et bénéficiaires de contrats d'assurance, dont la provision mathématique qui représente la différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et les assurés.

□ **Rachat**

Versement anticipé à l'assuré d'un pourcentage de l'épargne constituée au titre d'un contrat d'assurance sur la vie. Le rachat de la totalité de l'épargne met fin au contrat.

□ **Réduction**

Opération qui détermine le nouveau capital ou la nouvelle rente garanti appelé "valeur de réduction", auquel aura droit un assuré ayant versé une partie des primes annuelles, dans le cadre d'un contrat d'assurance sur la vie, et qui cesse de payer ses primes.

□ **Règle proportionnelle**

Principe en matière d'assurance de dommages en vertu duquel, en cas de sinistre, l'indemnité est réduite dans la proportion :

- du rapport entre la somme garantie et la valeur de la chose assurée, s'il y a sous-assurance;
- du rapport entre la prime effectivement payée et celle due par l'assuré, s'il y a insuffisance de prime par rapport aux caractéristiques du risque.

□ **Résiliation**

Cessation anticipée d'un contrat d'assurance à la demande de l'une ou de l'autre des parties, ou de plein droit lorsqu'elle est prévue par la loi.

□ **Sinistre**

Survenance de l'événement prévu par le contrat d'assurance.

□ Source : Loi n° 17-99 portant code des assurances

◆ Source : Revue d'information BMCE n° 283, nov-déc 2001

❑ **Sous-assurance**

Terme utilisé lorsque la somme déclarée à l'assureur est inférieure à la valeur réelle du risque assuré.

❑ **Souscripteur ou contractant**

Personne morale ou physique qui contracte une assurance pour son propre compte ou pour le compte d'autrui et qui de ce fait, s'engage envers l'assureur pour le paiement de la prime.

❑ **Subrogation légale**

Substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré en contrepartie du paiement de l'indemnité.

❑ **Surprime**

Majoration de la prime d'assurance à la suite d'une aggravation du risque assuré.

❑ **Tacite reconduction**

Renouvellement automatique du contrat d'assurance au terme de chaque période de garantie.

❑ **Taux de la prime**

Proportion de la prime d'assurance par rapport au capital assuré.