

IIA/MR/2012

46

AFRICAIN DES MARCHES D'ASSURANCE
(C.I.M.A)
INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)
YAOUNDE- TEL : (+237) 22 20 71 52
FAX : (+237) 22 20 71 51
EMAIL : iaa@cameroun.com
Site web : <http://www.iiacameroun.com>
YAOUNDE/CAMEROUN



RAPPORT D'ETUDE ET DE STAGE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME:

MAITRISE EN SCIENCES ET TECHNIQUES D'ASSURANCES

THEME

**CONCILIATION DES CONTRAINTES TECHNIQUES ET
COMMERCIALES DANS LA PRODUCTION ET LA GESTION DES
CONTRATS D'ASSURANCES NON VIE :**

CAS DU MARCHE BURKINABE

Présenté et soutenu par :

RABO HADARAÏ

Etudiant en MST A à l'IIA/Yaoundé

Yaoundé

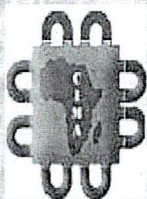
Sous la direction de :

M. Denis OUEDRAOGO

*Directeur Souscription et
Développement Commercial à*

Allianz Burkina Assurances

NOVEMBRE 2012



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCE
(C.I.M.A)
INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)
BP 1575 YAOUNDE- TEL : (+237) 22 20 71 52
FAX : (+237) 22 20 71 51
EMAIL : iaa@cameroun.com
Site web : <http://www.iiacameroun.com>
YAOUNDE/CAMEROUN



RAPPORT D'ETUDE ET DE STAGE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME:

MAITRISE EN SCIENCES ET TECHNIQUES D'ASSURANCES

THEME

CONCILIATION DES CONTRAINTES TECHNIQUES ET
COMMERCIALES DANS LA PRODUCTION ET LA GESTION DES
CONTRATS D'ASSURANCES NON VIE :

CAS DU MARCHE BURKINABE

Présenté et soutenu par :

RABO Hadaräi

Etudiant en MSTa à l'IIA/ Yaoundé

Yaoundé

Sous la direction de :

M. Denis OUEDRAOGO

*Directeur Souscription et
Développement Commercial à*

Allianz Burkina Assurances

NOVEMBRE 2012

DEDICACE

A

Notre père El Hadj RABO Rasmané

Et à

Notre mère Adja SAWADOGO Habibou

REMERCIEMENTS

Béni soit Dieu, source et origine de toute grâce, qui fait toutes choses merveilleuses au moment idoine. Une fois de plus, son amour, son assistance et sa bénédiction nous ont accompagnés au cours de notre formation et durant notre stage pratique. Que la gloire lui revienne.

Aussi, Dieu se sert-il des hommes pour l'accomplissement de sa volonté. C'est ainsi que nous adressons nos sincères remerciements à :

- Monsieur Thierry BROUSSOU, Administrateur Directeur Général d'Allianz Burkina pour nous avoir donné l'opportunité de faire notre stage pratique au sein de la société ;
- Monsieur Monhamed JI. COMPAORE, Directeur Général Adjoint d'Allianz Burkina Assurances pour l'ouverture d'esprit dont il a fait preuve à notre égard ;
- Monsieur Denis OUEDRAOGO, Directeur Souscription et développement Commercial de Allianz Burkina Assurances qui, en dépit de ses multiples tâches a bien voulu assurer notre encadrement pour la rédaction du présent rapport ;
- L'ensemble du personnel d'Allianz Burkina en général, et d'Allianz Burkina Assurances en particulier, pour les conseils pratiques et le climat psychosocial dont nous avons bénéficiés ;
- La Direction Nationale des Assurances pour le suivi dont nous avons bénéficié tout au long de notre formation ;
- L'administration de l'IIA, pour les bonnes conditions d'études dans lesquelles nous avons été mis pendant notre formation, pour l'encadrement et l'assistance ;
- Tous les éminents professeurs qui ont assuré notre formation et à l'ensemble du personnel de l'IIA ;
- Tous mes frères et sœurs pour leurs indéfectibles soutiens ;
- Toute la famille sœur DERME de Yoncsin à Ouagadougou ;
- Messieurs Ferdinand SAWADOGO et Justin SAWADOGO pour leur soutien sans faille ;
- Tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, ont contribué à notre éducation ;

SIGLES ET ABREVIATIONS

CIMA : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances

PREC : Provision pour Risques En Cours

PSAP : Provision pour Sinistre A Payer

IARDT : Incendie, Automobile, Risques Divers, Transport.

DG : Direction Générale

DTC : Directeur Technique et Commercial

RS : Rédacteur Sinistre

PV : Procès Verbal

RC : Responsabilité Civile

RESUME

Comme toute entreprise d'assurances bien organisée, Allianz Burkina Assurances possède des règles d'organisation et des procédures de fonctionnement conformes à la loi unique des assurances applicable aux Etats membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance (CIMA).

En effet la direction globale de la société est animée par un Directeur Général, un Directeur Général Adjoint et un Directeur Technique.

Les mécanismes de souscription, de gestion des sinistres ainsi que l'exercice des recours sont édictés conformément à la loi en vigueur.

La présente réflexion est inspirée du constat des difficultés majeures qui entravent le bon fonctionnement des entreprises d'assurances sur le marché burkinabè des assurances.

Sur notre marché des assurances, plusieurs sociétés éprouvent de sérieuses difficultés pour concilier le volet commercial de leur activité avec ses exigences techniques.

Les réalités actuelles du marché constituent la cause principale du problème. On peut relever le niveau de la concurrence, les besoins propres de chaque client, l'importance relative de chaque client, les exigences du monde des affaires, ainsi les contrats d'objectifs des dirigeants.

Les conséquences de ce problème réel sont désastreuses pour les sociétés. Mais elles ne sont pas fatales car, il existe des remèdes efficaces d'ordre technique, commercial, structurel et organisationnel.

ABSTRACT

Like any well organized insurance company, ALLIANZ BURKINA INSURANCES have its own organization rules and its working procedures in conformity with the regular law applicable in all countries members of the interafrican conference of insurance markets (CIMA in French).

The global management of this society is animated by a Chief Executive Officer, an Assistant director-general and a technical manager. The subscription, the management of claims and third party complaints mechanisms are established accordingly with the present insurance law.

Our reflexion has been inspired from the reality of difficulties which hinder the right running of the Burkina Faso Insurance companies. Then, in our insurance market, many companies feel problems to conciliate there activity commercial part with their technical requirements.

The insurance nowadays realities constitute the main cause of this problem. We can mention the concurrence high-level, the individual needs of each insurable, the careful thought of each insurable, the business world requirement.

The disadvantages of this situation are disastrous for insurances companies. But not inevitable, because there are technical, commercial, structural and organizational optimal solutions and effective corrective actions, that should be used successfully.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
RESUME.....	iv
ABSTRACT	v
SOMMAIRE	vi
Introduction générale.....	1
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES ET SON MECANISME DE FONCTIONNEMENT.....	4
CHAPITRE I : LA PRESENTATION D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCE.....	5
I- L'HISTORIQUE D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES ET DU GROUPE ALLIANZ	5
II- LA STRUCTURE ET LE FONCTIONNEMENT D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES.....	7
III- ALLIANZ BURKINA ASSURANCES EN CHIFFRES	11
CHAPITRE II : PROCEDURE DE SOUSCRIPTION	12
I- LA SOUSCRIPTION AUTOMOBILE	12
II- LA SOUSCRIPTION TRANSPORT, INCENDIE ET RISQUES DIVERS.....	12
III- QUELQUES CAS PARTICULIERS.....	13
CHAPITRE III : LA GESTION DES SINISTRES.....	14
I- LA GESTION DES SINISTRES EN INCENDIE ET RISQUES ANNEXES	14
II- LA GESTION DES SINISTRES AUTOMOBILE.....	15
III- LES RECOURS	16
SUGGESTIONS	17

DEUXIEME PARTIE :<< CONCILIATION DES CONTRAINTES TECHNIQUES ET COMMERCIALES DANS LA PRODUCTION ET LA GESTION DES CONTRATS D'ASSURANCES NON VIE : CAS DU MARCHE BURKINABE>>.....	20
CHAPITRE I : LES PRINCIPES DIRECTEURS DU SECTEUR DES ASSURANCES	21
I- LE CADRE REGLEMENTAIRE	21
II- LES BASES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE	26
CHAPITRE II : LE PROBLEME D'HARMONISATION DES IMPERATIFS TECHNICO-COMMERCIAUX ET SES ENJEUX SUR L'INDUSTRIE DES ASSURANCES.....	29
I- QUELQUES SOURCES DU PROBLEME INHERENTES AUX REALITES ACTUELLES DU MARCHE	29
II- LES INCONVENIENTS DE L'INADEQUATION TECHNICO-COMMERCIALE	34
III- L'INTERET DE LA CONCILIATION POUR NOTRE MARCHE.....	41
CHAPITRE III : PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE HARMONISATION TECHNICO-COMMERCIALE.....	43
I- LA SENSIBILISATION DES ASSURES ET DES OUTILS TECHNIQUES COMME MOYENS EFFICACES DE CONCILIATION.....	43
II- LA REORIENTATION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE	49
III- APPROCHE STRUCTURELLE ET ORGANISATIONNELLE	53
CONCLUSION GENERALE	57
BIBLIOGRAPHIE	58
TABLE DES MATIERES	59

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Commerciale par la forme, et afin de pouvoir non seulement satisfaire ses actionnaires mais aussi et surtout supporter ses propres charges de fonctionnement, toute société d'assurances se doit de réaliser un certain chiffre d'affaires, et partant, un bénéfice conséquent. Ce, conformément à la loi des grands nombres, fondement du principe de la mutualisation qui, en nous indiquant la charge moyenne des sinistres, nous montre en filigrane qu'on ne peut réaliser de bénéfice qu'au-delà d'un certain nombre de contrats. Donc d'une certaine masse de primes individuelles soigneusement calculées selon les bases techniques de l'assurance et obtenues d'un certain effectif d'assurés mutualistes. C'est ainsi que naît à juste raison un objectif crucial commun à tous les assureurs: obtenir en portefeuille le plus d'assurés possible, encaisser les primes et surtout les y maintenir au moins toute la période d'assurance.

Cependant, l'assurance se trouve ensuite être une activité professionnelle particulière dont le secteur est fortement encadré par des principes fondamentaux d'ordre réglementaire et technique. Du strict respect de ces principes dépendent la rentabilité et la vie ou même la survie des sociétés d'assurances. C'est ainsi que sur les marchés de la zone CIMA, on a pu assister au redressement, à la mise sous plan de financements, au retrait d'agréments et à la liquidation de certaines sociétés d'assurances.

Sur le plan réglementaire, compte tenu des importants enjeux socio-économiques qu'implique cette profession, le législateur CIMA a prévu dans l'intérêt des assurés et bénéficiaires de contrats d'assurance, des injonctions (art. 311 Cima) et des sanctions allant de l'avertissement au retrait d'agrément (art.312 CIMA) pour toute violation de la loi spécifique en vigueur dont la Commission Régionale¹ contrôle scrupuleusement le respect.

Sur le plan technique, l'assureur, vendeur de promesses par excellence, devra respecter les bases techniques de l'assurance dans la détermination du montant de la prime et les critères de sélection des risques. C'est en cela qu'il pourra être capable d'honorer ses engagements vis-à-vis des assurés et de préserver ses piliers techniques, donc de survivre.

¹ Il s'agit de la CRCA : Commission Régionale de Contrôle des Assurances

Un tel contexte place les sociétés d'assurance dans une situation délicate qui présente deux risques majeurs. Premièrement, celui d'être trop commerciales et de n'avoir pour souci que la réalisation d'un grand chiffre d'affaires par une production massive, au besoin à travers la pratique de la sous-tarification et le non respect des critères de sélection, violant les fondamentaux de la technique et se livrant ainsi à court, moyen ou long terme aux conséquences inéluctables qui s'y attachent.

Deuxièmement, il ya le risque pour les sociétés d'être très attachées à la technique professionnelle aussi bien dans la production que dans la gestion des contrats émis et même dans la gestion de la relation clientèle.

Ici l'assureur pourrait proposer des primes non compétitives, réaliser un déficit de production, surtout dans un environnement difficile où la concurrence est encore plus redoutable et la bataille sur les prix féroce. Sans occulter l'existence d'un marché de consommateurs prudents, moins fidèles à la marque, de plus en plus exigeants, très sensibles à la prime et à la gestion par l'assureur des sinistres éventuels.

D'un tel regard jeté sur les marchés d'assurances en général, et sur le marché burkinabè en particulier, il ressort à l'évidence, un véritable problème de conciliation du technique et du commercial. C'est ce qui justifie le choix du présent thème : << **la conciliation des contraintes techniques et commerciales dans la production et la gestion des contrats d'assurances non vie : cas du marché burkinabè**>>. Dès lors jaillissent spontanément quelques inquiétudes :

- En quoi l'inadéquation des impératifs technico-commerciaux est-elle vraiment dangereuse pour une société d'assurance de dommages?
- Comment peut-on, dans un élan de production massive, respecter les techniques d'assurances, tout en ayant une bonne gestion de la relation commerciale ?

Dans l'optique de mieux apporter des éléments de réponse à ces questions, il sied d'abord de présenter les grands principes qui régissent le métier des assureurs, puis d'exposer le problème d'harmonisation des impératifs technico-commerciaux ainsi que ses enjeux sur l'industrie des assurances, avant d'envisager des perspectives pour une meilleure conciliation.

Mais avant tout développement de notre thème en deuxièmement partie, nous consacrerons la première partie du présent document à la présentation de la société ALLIANZ BURKINA ASSURANCES, entreprise d'assurances au sein de laquelle nous avons eu l'insigne honneur d'effectuer notre stage académique de six mois. Telle est la procédure rédactionnelle recommandée par l'Institut International des Assurances et à laquelle nous entendons nous conformer.

**PREMIERE PARTIE : PRESENTATION D'ALLIANZ
BURKINA ASSURANCESET SON MECANISME DE
FONCTIONNEMENT**

CHAPITRE I : LA PRESENTATION D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCE

Ce chapitre sera essentiellement consacré à l'historique de la société et de son groupe, à la présentation de sa structure et enfin des chiffres relatifs à son activité.

I- L'HISTORIQUE D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES ET DU GROUPE ALLIANZ

Bien que d'origine française comme toutes les sociétés d'assurances de l'époque, la compagnie qui évolue aujourd'hui sous le label «Allianz» a été fondée en 1961 et s'est développée en terre libre de Haute-Volta devenue Burkina Faso. En cinquante exercices, elle a connu de nombreuses mutations. Mais ses ambitions sont restées constantes.

1- Allianz Burkina

L'expérience burkinabè du groupe a débuté en 1962 avec la naissance en terre voltaïque de la « Foncière », structure membre du Groupe Français d'Assurances (GFA). Ses principales prestations étaient l'assurance Automobile, Incendie, le Transport maritime et terrestre.

Par la suite l'Etat voltaïque racheta le GFA et créa la Société nationale d'assurances et de réassurances. La Société Nationale absorbera à son tour tous les démembrements du GFA à l'exception de la Foncière, qui par ailleurs affichait un important chiffre d'affaires.

En 1978 un arrêté du ministère des finances fait de la Foncière une société de droit national voltaïque et elle prend le nom de « FonciVolta ». En 1984 le nom du pays étant passé de Haute-Volta à Burkina Faso, la compagnie convoqua une assemblée générale extraordinaire qui modifie l'appellation «FonciVolta» en «Fonci-Assurances» en abrégé Foncias.

Toujours dans sa mutation elle est baptisée « AGF Burkina» en 2004, AGF étant la filiale française du groupe Allemand Allianz. Ce n'est qu'en janvier 2007, que l'assureur allemand Allianz racheta le reste des actions de sa filiale française AGF et détient désormais les 100% de ses parts au lieu de 51% comme auparavant.

Le 15 septembre 2009, c'est autour du reste du monde de revêtir «la puissante marque de l'aigle pour voler encore plus haut». C'est ainsi que AGF Burkina porte depuis cette date le nom « Allianz Burkina Assurances ».

Aujourd'hui le siège d'Allianz Burkina est situé au centre ville de Ouagadougou sur l'avenue de l'UEMOA dans un cadre confortable. En 2012 elle fête cinquante ans couronnés de succès et de service de qualité au bénéfice des assurables burkinabè. En témoigne sa certification ISO 9001 : 2008 en 2011, une première sur le marché des assurances du Burkina Faso.

Avec ses quatre Agents Généraux principalement situés à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso, Allianz offre une gamme variée des produits d'assurances pour tous les besoins de couverture d'assurance. On a :

- **OUAGADOUGOU :**

- Agence Bassawarga ;
- Agence Bataille du rail ;
- Agence Charle Degaulle ;
- Sous agence Tampuoi.

- **BOBO Dioulasso :**

Agence de BOBO (unique)

2- Allianz Africa et le Groupe Allianz

Comme toutes ses filiales sœurs en Afrique, Allianz Burkina est directement rattachée à Allianz Africa dont le siège est basé à Paris. Les 15 filiales en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et à Madagascar exercent toutes dans tous les domaines de l'assurance et de la réassurance.

Historiquement implanté en Afrique depuis quatre générations, Allianz Africa allie les atouts de la proximité à la force et à la solidité d'un leader international de l'assurance et des services financiers : le Groupe ALLIANZ

En effet, à l'échelle internationale, ce groupe créé en 1891 par le réassureur Carl Thienne et le banquier munichois Wilhelm Finck, apporte le meilleur de l'assurance à ses clients. Il est n°1 mondial en assurances de biens et de responsabilité, et n°2 mondial en assurance de personnes. Il dispose de l'une des meilleures solvabilités au monde (179% en 2011) et notations financières (AA « perspective négative » attribuée par Standards and Poor's).

A cette solidité financière s'ajoute sa quasi-omniprésence (400 000 points de vente dans le monde 2011). Ce qui permet au groupe de suivre sa clientèle dans le monde et le place parmi les leaders mondiaux de l'assurance.

Adossé à ce mastodonte du secteur des assurances, Allianz Burkina bénéficie d'une expertise internationale de tout premier rang.

Mais qu'en est-il de l'organisation des ressources humaine d'Allianz Burkina Assurances?

II- LA STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES

Le fonctionnement de la société est assuré par la mise en œuvre des relations hiérarchiques et fonctionnelles de ses ressources humaines dont les tâches et attributions sont clairement définies. L'actuel organigramme d'Allianz Burkina assurances est basé sur un effectif de 35 personnes ayant des objectifs de productivité, de rationalisation et de sécurisation du processus de gestion. Comme toute société de capitaux, la direction de la société implique un conseil d'administration. En outre on y retrouve un Directeur Général, un Directeur Général Adjoint et un directeur technique directement rattaché au Directeur Général.

1- LA DIRECTION GENERALE

La Direction Générale D'Allianz Burkina assurances est animée par un Administrateur Directeur Général (DG), sous l'autorité duquel est directement placé un Directeur Technique chargé de la souscription et du Développement Commercial (DSDC).

➤ LE DIRECTEUR GENERAL

Le DG, disposant d'une délégation de pouvoirs formellement définie par le Conseil d'Administration, planifie, dirige et supervise l'ensemble des activités de la société. Il est garant du développement et de la rentabilité opérationnelle de la filiale conformément aux objectifs fixés par Allianz Africa et le Conseil d'administration. Il occupe parallèlement le poste de Directeur Général de Allianz Burkina Assurances Vie.

Le DG est aidé dans ses tâches par une Assistante de Direction. Elle est chargée d'enregistrer les courriers (arrivée et départ), de gérer les dossiers importants et les relations publiques.

Un autre salarié est chargé de l'orientation de la clientèle et de la gestion téléphonique du standard.

➤ **LE DIRECTEUR SOUSCRIPTION ET DEVELOPPEMENT COMMERCIAL (DSDC)**

En termes d'organisation le DSDC s'appuie sur deux départements :

- **le Département Souscription** qui inclut trois (03) services :
 - le Service Souscription Automobile ;
 - le Service Souscription Santé ;
 - le Service Souscription Transport, Incendie et Risques Divers (TIRD)
- **le Département Encaissement et Relation Clientèle** qui est composé de deux services :
 - Le Service Commercial ;
 - Le Service Encaissement.

Au titre des tâches qui lui sont dévolues, le DSDC organise la souscription et les activités commerciales, et élabore le plan d'action commerciale. Il établit le planning d'élaboration en définissant les orientations stratégiques. Il étudie et monte les polices dépassant les pouvoirs de souscription de ses collaborateurs. Toute souscription dans les branches sous surveillance sont soumises à son autorisation. C'est lui également qui définit les méthodes de l'animation commerciale, crée et développe les produits d'assurances. Le DSDC suit aussi et gère les intermédiaires.

2- La Direction Générale Adjointe

Par délégation du Directeur Général, le DGA dirige cinq (05) départements à savoir :

- le Département Indemnisation et Contentieux (DIC);
- le Département Ressources Humaines et Moyens Généraux ;
- le Département Comptabilité, Finances et Achats ;
- le Département Communication et Management de la Qualité ;
- et le Département Réassurances.

Quatre (04) services qui ne sont rattachés à aucun des départements ci-dessus, sont également sous la direction du DGA :

- le Service Informatique ;
- le Service du Contrôle de gestion et de Qualité ;
- le Service Audit Interne et Qualité ;

- le service Assistance.

➤ **Le Chef du Département Indemnisation et Contentieux (CDIC)**

Le Département Indemnisation et Contentieux est constitué du service indemnisation et du service contentieux qui contribuent tous, à la réalisation des missions assignées au département.

Ainsi le département intervient sur tous les sinistres par les assurés au titre des contrats d'assurances concluent avec Allianz Burkina Assurances, à l'exception de la branche maladie dont la production et les sinistres sont gérés par le seul Service Santé. Il effectue toutes les tâches administratives et techniques d'ouverture, d'instruction et de règlement des dossiers. La gestion de tous les sinistres émanant des intermédiaires est centralisée dans ce Département.

Le CDIC assure le suivi et le contrôle des intervenants extérieurs tels les experts, les garagistes, les avocats.

➤ **Le Chef Département Ressources Humaines et Moyens**

Général (CDRHMG) :

Le CDRHMG gère directement les ressources humaines et a sous sa coupe le chef du Service Moyens Généraux. Il assure la gestion administrative des ressources humaines, supervise l'ensemble des services généraux et contrôle l'exécution des prestations de service au profit de la société ;

- **Le Département Réassurances et le Département Communication et Management de la Qualité** ne contiennent pas de service au titre de Allianz Burkina Assurances (TIARD). Toutefois compte tenu de la cohabitation d'Allianz Burkina Assurances avec Allianz Burkina Assurances Vie dans le même immeuble et surtout de leur appartenance au même groupe, le Chef du Département Réassurances fait simultanément office de Chef du département Finance et Comptabilité Vie. Il a pour attribution, le suivi des facultatives, traités et coassurances et régularise les compte de réassurance.

Pour les mêmes raisons, plusieurs autres salariés offrent simultanément leurs services aux deux sociétés. Toute chose qui permet de réduire les charges de fonctionnement de chaque société.

➤ **Le Département Comptabilité, Finances et Achat (DCFA)**

Le chef de département élabore les prévisions budgétaires et établit le reporting trimestriel et annuels. Il contrôle la bonne application des règles comptables et financières. Il supervise l'établissement des états financiers et le fonctionnement du service comptable. C'est lui qui centralise et suit les achats de l'entreprise en recherchant le meilleur rapport qualité/prix. Le chef de Département est aidé dans ses missions par le service comptabilité générale et le service comptabilité technique, chacun ayant des tâches spécifiques.

➤ **Le Département Communication et Management de la Qualité**

Il est chargé de :

- définir, mettre en œuvre et évaluer la politique globale de communication d'Allianz Burkina Assurances ;
- Contribuer au développement commercial ;
- Veiller au respect des exigences de la démarche qualité ;
- Gérer la communication interne et développer la communication externe ;
- Gère et anime le marketing direct ;
- Supervise le système de management de la qualité.

➤ **Le Service Informatique**

Le chef contrôle et participe à l'exploitation des applications informatiques, assure leur maintenance ainsi que celle des bases de données. Il assure le bon fonctionnement des équipements et veille à la bonne exécution des tâches. Le chef du Service informatique participe à la mise en place des interfaces avec les partenaires. Il est assisté dans ses attributions par un exploitant informatique chargé de la microinformatique

➤ **Le service Contrôle de gestion**

Il a pour mission :

- Elaborer les différentes procédures de gestion

- l'élaboration et mise à jour des manuels de procédure ;
- l'élaboration et le suivi du budget annuel ;
- l'élaboration des outils de pilotage

➤ **Le Service Contrôle Interne**

Il a pour mission :

- la sécurisation de la gestion ;
- la contribution à l'amélioration de la rentabilité ;
- l'évaluation du dispositif de contrôle interne ;
- le contrôle de la conformité de la mise en œuvre des processus.

III- ALLIANZ BURKINA ASSURANCES EN CHIFFRES

La taille du marché burkinabè de l'offre d'assurances s'agrandit avec la création de nouvelles sociétés d'assurances. Ce qui entraîne un effritement relatif des parts de marché des sociétés déjà existantes.

En effet Allianz Burkina Assurances a vu sa part de marché se réduire au progressivement au fil des ans, passant par exemple de 29,96% en 2002 à 17,29% en 2011. Mais son résultat reste largement bénéficiaire.

Son capital social vaut aujourd'hui 1 034 080 000 FCFA. En 2011, avec un chiffre d'affaire de 4 448 317 561 FCFA et un résultat de bénéficiaire de 656 387 164 FCFA, Allianz Burkina Assurances occupe le premier rang du marché en termes de résultat. Concernant le chiffre d'affaires, elle occupe la deuxième place après la SONAR.

Des états financiers au 31 décembre 2011, il apparaît les données suivantes en FCFA:

Total bilan	11 062 190 954
Total capitaux propres.....	2 484 582 671
Chiffres d'affaires.....	4 578 983 308
Résultat net bénéficiaire	656 387 164

CHAPITRE II : PROCEDURE DE SOUSCRIPTION

I- LA SOUSCRIPTION AUTOMOBILE

La procédure de souscription Auto diffère selon que l'on est en présence d'une police mono ou d'une police flotte.

1- La police mono

Après avoir accueilli du client, une fiche d'information Auto lui est remise. La proposition d'assurance dûment remplie par le client servira de base à la tarification. En cas d'accord sur la prime il est procédé à la saisie du contrat. Le logiciel Archipel attribue automatiquement un code et un numéro de police à l'assuré. Une quittance est émise et le client acquitte à la attestation d'assurance est enregistré dans un ordre chronologique.

2- La police flotte

Les clients viennent directement en bureau direct ou transmettent par courrier leurs demandes de cotation ou sont contactés téléphoniquement par l'assureur. L'assureur effectue une simulation de tarification avec les informations reçues et propose un montant de prime au souscripteur. S'il accepte le montant proposé, l'assureur, procède à l'émission des quittances, à la transmission des documents contractuels.

II- LA SOUSCRIPTION TRANSPORT, INCENDIE ET RISQUES DIVERS

Les procédures de souscription diffèrent selon la branche et les garanties sollicitées. Toutefois, il existe une procédure commune pour les branches Incendie.

1- La souscription Incendie et Risques Divers

Dès l'accueil du client, il nous tous les renseignements relatifs à l'assurance à souscrire, la nature et le montant des garanties. Cela ce fait suite à la remise d'une fiche d'information, à une demande de cotation par courrier, lors des prospections ou par les intermédiaires. Allianz Burkina apprécie l'opportunité d'une visite de risque.

Si la prime proposée rencontre l'assentiment du client, le contrat est enregistré en machine, suivi d'émission de quittances, de rédaction, signature et remise des documents contractuels dont des exemplaires sont remis au client.

3- La Souscription transport

La souscription transport se fait généralement à la suite d'une demande de cotation, de la prospection, ou par les intermédiaires. Après l'accueil du client, Allianz Burkina Assurances recueille toutes les informations nécessaires à la cotation : port d'embarquement, voyage, port de transit, mode de transit, mode de transport, nature de la marchandise, valeur assurée, nature de l'emballage.

Si les parties s'accordent sur la cotation, il est procédé à l'établissement du certificat d'assurance, émissions des quittances et factures, encaissement de la prime et à la remise de deux exemplaires du certificat au client.

III- QUELQUES CAS PARTICULIERS

1- Au niveau des polices d'abonnement

Pour les polices d'abonnement l'assureur procède comme suit :

- Etablissement des conditions de garantie (conditions particulières)
- Remises des carnets de certificat d'assurance
- Réception des états mensuels des certificats émis
- Vérification des certificats
- Emission de la quittance et facturation

2- Au niveau des risques d'aviation

Les risques d'aviation sont généralement souscrits en fronting car ce sont des risques lourds. Allianz Burkina Assurances veille à ce que le capita garanti n'excède pas son plein (en facultative, ouvert du dossier en collaboration avec le Département Réassurance) ;

3- Au niveau des risques coassurés

En cas de coassurance, les émissions se font sur la base des pièces produites par la compagnie apéritrice. Les informations fournies serviront de bases à la cotation conformément à la part d'Allianz Burkina Assurances dans le risque.

Comme pour toute compagnie d'assurances normale et sérieuse, la production est pour d'Allianz Burkina Assurances un volet très important de son activité. De même, Elle réserve beaucoup d'attention et de professionnalisme à la gestion des sinistres déclarés

CHAPITRE III : LA GESTION DES SINISTRES

La gestion du sinistre n'est autre que le service après vente de l'assureur. On distingue principalement les sinistres portant sur les risques divers, des sinistres relatifs aux contrats d'assurance automobile.

I- La gestion des sinistres en Incendie et Risques Annexes

Ce processus s'applique aux dommages causés directement aux biens mobiliers (y compris marchandises et matériels de l'entreprise) et immobiliers à la suite d'un incendie ou d'un évènement assimilé (foudre, explosion, choc d'un véhicule terrestre à moteur).

1- Le processus

Le processus est le même pour tout traitement de dossier sinistre relatif tout produit d'assurance Incendie et Risques annexes commercialisés

Lorsqu'un sinistre est déclaré, le gestionnaire procède d'abord à la vérification des garanties. Si elle n'est pas acquise, il en informe au client par une lettre motivée. Si elle est acquise, il constitue un dossier et poursuit avec la collecte des informations. Au vue de l'importance des dégâts une expertise peut être commise. Si un recours est envisagé, l'on demandera à l'expert de mettre en cause le responsable présumé. Un avis de sinistre grave est transmis au responsable sinistre d'Allianz Africa ainsi qu'au contrôle de gestion, chaque fois que le seuil de gravité est atteint.

Si les conclusions du rapport d'expertise corroborent avec les déclarations de l'assuré, il est procédé au règlement et au paiement dans les conditions prévues au contrat.

2- Le circuit administratif des dossiers sinistre

Tous les sinistres sont déclarés au service indemnisation. Il existe des imprimés de déclaration pour les sinistres automobile. Lorsque les déclarations sont reçues, le rédacteur sinistre les transmet à l'Assistance de Direction pour enregistrement. Ensuite ses déclarations reviennent au niveau du chef du Département Indemnisation et Contentieux (CDIC) qui peut les instruire directement ou confier une partie à ses collaborateurs à savoir le Chef du service indemnisation, le Rédacteur sinistre Auto² corporel ou le Rédacteur sinistre Auto matériel. En général, le CDIC lui-même gère les sinistres risques divers et Incendie.

² Automobile

Le gestionnaire, procède à l'ouverture informatique du dossier sinistre au règlement des sinistres, et les soumet aux approbations du CDIC et du DGA. Une fois approuvés ces dossiers sont retournés au service indemnisation, qui les transmet au service comptabilité pour paiement. Le service comptabilité établit les chèques qu'il fait signer par le DGA et par le DG.

L'ensemble de ces chèques est envoyé au service indemnisation chargé maintenant de les transmettre définitivement aux intéressés. Tous les dossiers sinistres (Auto, risques divers, incendies) empruntent ce présent circuit.

Comment se fait la gestion des sinistres automobile ?

II- LA GESTION DES SINISTRES AUTOMOBILE

Le sinistre automobile peut être matériel ou corporel.

1- Les sinistres matériels

Le traitement de sinistre matériel obéit aux étapes suivantes :

- **L'accusé de réception et demande de pièces**

L'accusé de réception est concomitant à la demande des pièces nécessaires à l'évaluation des dommages. Par la même occasion Allianz rappelle l'existence éventuelle d'une franchise pour les garanties dommages, son montant et le plafond de garanti défini par le contrat. L'assuré est également averti qu'un expert est mandaté.

- **Le mandat d'expert**

Si l'état du dossier l'exige au vue des pièces justificatives composant le dossier, un expert est mandaté. Pour cela le gestionnaire se réfère à la liste des experts agréés.

- **L'évaluation initiale du sinistre**

Elle se fait simultanément avec l'ouverture du dossier en fonction des premières impressions présentes au dossier.

- **Le règlement d'un sinistre matériel**

Elle consiste à:

- évaluer en fonction du rapport d'expertise, du devis de réparation ou de la facture d'achat du véhicule, ou en fonction des coûts moyens ;
- déduire la franchise définie par le contrat ;

- tenir éventuellement compte des cotisations impayées ;
- déterminer si le paiement intervient TVA³ comprise ou hors TVA ;
- Indemniser sur les autres chefs, en fonction des garanties souscrites, s'il ya lieu ;
- Ordonnancer le paiement de l'indemnité et transmettre le dossier au responsable hiérarchique.

2- Les sinistres corporels

La gestion des sinistres corporels concerne les sinistres ayant provoqué des dommages corporels :

- à notre assuré si sa responsabilité est nulle ou partielle
- aux passagers transportés ;
- au tiers (conducteurs adverses, passagers transportés dans le véhicule adverse, piéton, cycliste,...)

Il faut distinguer selon le pourcentage de responsabilité de l'assuré. Si elle est nulle, il ya possibilité d'exercer un recours, mais si elle est totale ou partagée le recours est normalement partiel.

Les cas de blessés sont plus aisés à traité relativement au cas de décès qui implique un volet pénal.

Les sinistres corporels obéissent également aux mêmes étapes formelles que celles nous avons relevées au niveau de s sinistres matériels. Dans tous les cas les pièces qui peuvent être demandées ainsi que la procédure d'offre sont prévues par le code CIMA et en la matière, Allianz Assurances est très regardante.

III- LES RECOURS

La gestion des recours nécessite une attention particulière, un mode de gestion spécifique avec des procédures de rappel et de relance systématique. Le gestionnaire de sinistres présente un recours lorsque le tiers responsable ou coresponsable est identifié et que :

- l'assuré a été indemnisé au titre de sa garantie dommage ;
- le tiers lésé a été identifié au titre de la garantie responsabilité civile de l'assuré (Recours pour le compte de la compagnie) ;

³ TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

Si l'assureur du tiers responsable n'est pas connu ou s'il n'est pas assuré, le recours lui est directement adressé par le service indemnisation d'Allianz Burkina Assurances sous forme de lettre de réclamation des frais déboursés pour la réparation du préjudice de notre assuré.

IV- SUGGESTIONS

« Six mois, ce n'est pas six jours » ; pour ainsi paraphraser un adage africain, nous pensons que la durée de notre séjour dans la société ALLIANZ BURKINA ASSURANCES nous permet de faire humblement quelques suggestions relativement à son organisation et son fonctionnement.

En effet nos suggestions sont basées sur des constats. Nous les faisons en toutes humilité et sans à l'exhaustivité. A cet effet :

❖ Nous avons eu l'avantage de faire le tour de tous les services de l'entreprise. Nous constatons particulièrement un déficit de producteurs automobile. Seulement deux exercent actuellement au front Office⁴ en bureau direct. Cet effectif contraste avec le volume de travail attendu de ceux-ci (bon accueil, conseil des clients, émissions des quittances, préparer la police, enregistrements des émissions, téléphone, saisie flotte, courriers, saisie production de certains agents généraux,...) Pourtant sur les dix derniers exercices, ce service a produit en moyenne chaque année, 50% du chiffre d'affaires de la société (Cf. statistiques APSAB 2011). Il serait nécessairement urgent que la hiérarchie trouve au moins une personne pour épauler ces producteurs. Cette personne pourrait s'occuper de la préparation des contrats (clausiers, propositions, courrier) et de l'enregistrement des émissions.

Nous pensons que si les producteurs sont ainsi moins chargés, ils seront plus efficaces et feront des prestations de meilleure qualité. Ils auront un esprit allégé et propice à l'innovation (conforme à innov'idées⁵ et aux exigences de management de qualité).

Il en est de même pour le service sinistre. Une personne supplémentaire se chargerait de l'accueil, de l'orientation des clients, de l'ouverture manuelle et du classement des dossiers sinistres, de l'établissement des bons et de la remise des chèques. Les autres

⁴ Accueil souscription en bureau direct

⁵ Organisation interne mise en œuvre par la direction pour suscité des idées novatrices de la part du personnel.

se consacreront à la vigilance et à la bonne application des clauses et textes requises d'un gestionnaire de sinistres. Il en est de même pour le service santé.

❖ A la caisse, nous pensons qu'Allianz devra rompre avec l'établissement manuel de factures et passer à leur automatisation informatique comme c'est le cas dans plusieurs sociétés, même de moindre taille. Cela réduit le temps mis pour servir un seul client, permettra d'éviter les longues files de clients au niveau de la caisse et Allianz gagne ainsi en temps. Il conforte aussi la sécurisation des processus de gestion.

Il faudrait aussi doter le service recouvrement d'un détecteur de faux billets pour les encaissements en espèces des arriérés sur le terrain et définir un montant au-delà duquel l'agent de recouvrement doit retourner au siège pour versement.

❖ Nous avons également constaté que lorsqu'il ya remboursement de primes d'assurances pour un motif donné, 100% de la prime est remis au souscripteur. La plupart des compagnies du marché remboursent 80%. Nous pensons que cette approche est commerciale mais pas technique. Car la production du contrat a nécessité du papier, du temps et du travail. On devrait retenir forfaitairement ne serait-ce que 2000F sur la prime au titre des accessoires.

❖ Nous avons constaté que le tableur EXCEL est fortement utilisé, mais que la plupart des travailleurs ne le maîtrisent pas, même pour les opérations courantes. De plus l'actuelle installation est une version de 2003. Il faudrait organiser une formation ponctuelle selon les besoins exprimés par chacun, et procéder à l'installation d'une version plus récente (2007 OU 2010) de ce tableur qui possède sans doute plus de commodités. La maîtrise de l'outil réduit la durée globale des opérations.

❖ Allianz assurances devrait être beaucoup plus vigilant sur la production des intermédiaires ; en l'occurrence les agents généraux. Ils engagent la société par leur production, par le contenu du contrat qu'il signe. C'est Allianz qui répond juridiquement de leur faute professionnelle. Donc

même les notes de couvertures doivent faire l'objet de visa préalable de la direction technique. Ces risques non assuranciers ne sont pas bien considérés mais leurs conséquences éventuelles peuvent se révéler très graves pour la société représentée.

**DEUXIEME PARTIE : CONCILIATION DES
CONTRAINTES TECHNIQUES ET
COMMERCIALES DANS LA PRODUCTION ET LA
GESTION DES CONTRATS D'ASSURANCES NON
VIE : CAS DU MARCHE BURKINABE**

CHAPITRE I : LES PRINCIPES DIRECTEURS DU SECTEUR DES ASSURANCES

Le fonctionnement du secteur des assurances est régi par des principes d'origine réglementaire et technique.

I- LE CADRE REGLEMENTAIRE

Le législateur a trouvé indispensable de fixer un certain nombre de règles afin de protéger les assurés et de « canaliser »⁶ les sommes d'argent gérées par les assureurs. Ainsi la profession d'assureur est soumise à des règles assez contraignantes destinées à protéger les souscripteurs, les assurés et les bénéficiaires de contrats d'assurances. Une présentation exhaustive du cadre réglementaire ne semble pas être d'un grand intérêt dans le cadre de la présente étude. C'est la raison pour laquelle, nous nous limiterons à quelques points de cet ordonnancement : la législation uniformisée, la législation locale, les mécanismes de contrôle, et l'agrément des professionnels du secteur.

1- La loi unique sur les assurances : le code CIMA

Il s'agit ici pour nous d'aborder l'aspect obligationnel du contrat d'assurance, le régime financier et le cas particulier de l'article 13 nouveau du code CIMA.

- Le contrat d'assurance

Selon Joseph Hémar⁷, « l'assurance est une opération par laquelle une partie , l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération (la prime), pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie , l'assureur... ». Ces propos témoignent de ce que le contrat d'assurance, comme tout contrat régulièrement formé, est source d'obligations et de droits pour les parties. D'ailleurs les dispositions du code CIMA en sont plus révélatrices.

L'article 12 est le siège des obligations principales de l'assuré, allant de la souscription au moment de sinistre. Ce dernier est tenu au paiement de la cotisation, à la bonne déclaration des risques tant à la conclusion comme au cours du contrat. Il est également tenu de déclarer la survenance des sinistres dans les délais convenus. Les sanctions qui s'y attachent sont la nullité du contrat (article 18), l'augmentation de prime,

⁶ « Les grands principes de l'assurance », éd. L'ARGUS, 1999, pages 66

⁷ In « Les grands principes de l'assurance », l'ARGUS, 1999

la résiliation du contrat ou une réduction proportionnelle de l'indemnité (article 19) et la déchéance en cas de sinistre (article 20).

En revanche l'obligation centrale de l'assureur est basée sur le principe du respect de la parole donnée. Aux termes de l'article 16 du code CIMA, l'assureur a le devoir, lors de la réalisation du risque, d'exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat. Cette obligation contractuelle et légale n'est pourtant pas la seule qui pèse sur une société d'assurance.

- Le régime financier : les engagements réglementés et la marge de solvabilité

Les engagements contractés par l'assureur constituent des dettes importantes à représenter obligatoirement par des actifs. Les placements doivent remplir des conditions de rentabilité, de sécurité, de liquidité, de diversité et de stabilité. Les sociétés d'assurance doivent selon l'article 334 être en mesure d'en justifier l'évaluation à toute époque. Les provisions techniques sont une part importante des engagements réglementés. Ce qui explique la nécessité de leur bonne évaluation d'autant plus que le code CIMA exige qu'elles soient « suffisantes pour le règlement intégral des engagements »⁸ à l'égard des assurés et bénéficiaires de contrats.

En outre, toute société d'assurance doit justifier (article 337) nécessairement l'existence d'une marge de solvabilité suffisante relative à ses activités. Les provisions techniques bien que prudemment calculées restent souvent insuffisantes compte tenu des erreurs éventuelles dans l'évaluation, la volatilité de la sinistralité, l'inflation économique imprévue, qui font que, rien ne peut garantir absolument qu'elles seront suffisantes. Pour prévenir ces aléas et absorber ces chocs exceptionnels, il faut donc pouvoir détenir un certain montant de ressources supplémentaires en guise de « matelas »⁹. La loi impose aux assureurs IARD, de retenir comme exigence minimum de marge, le plus élevé des résultats issus d'une part de la méthode des primes, et d'autre part de celle des sinistres. Soit :

- $MS1 = 20\% \times \text{primes émises de l'exercice} \times \text{Max} (50\% ; \text{taux de rétention}) ;$
- $MS2 = 25\% \times \text{moyenne des sinistres nets de recours sur les trois derniers exercices} \times \text{Max} (50\% ; \text{taux de rétention})$

Le taux de rétention exprime le coefficient de réassurance.

⁸ Article 334- 1°)

⁹ Cours de comptabilité des sociétés d'assurances par Denis NEITER, 2011

- Le cas particulier de l'article 13 nouveau

Le premier octobre 2011 est entré en vigueur dans toute la zone CIMA l'article 13 modifié, avec pour innovation majeure la subordination de la prise d'effet du contrat d'assurance au paiement intégral de la prime y afférente. Le contrat d'assurance cesse alors d'être consensuel comme il l'a toujours été, pour devenir un contrat réel. Sa validité est désormais conditionnée par la remise de la prime par le souscripteur à l'assureur. Un délai de retard de 60 jours est accordé pour les contrats dont la prime excède 80 fois le SMIG¹⁰ annuel du pays de localisation du risque, à l'exclusion des contrats « flotte auto », « maladie groupe » et des « polices d'abonnement » des marchandises transportées. Ces contrats nécessitent une régularisation de prime en fin de période d'assurance. Aussi, des délais de paiement de primes sont-ils exceptionnellement accordés à l'Etat et ses démembrements dans des conditions définies par la CRCA¹¹.

Lorsqu'un chèque ou effet remis en paiement de la prime revient impayé, l'assuré est mis en demeure de régulariser le paiement dans un délai de huit jours ouvrés à compter de la réception de l'acte ou de la lettre de mise en demeure, sous peine de résiliation de plein droit.

2- La législation locale

Nous nous intéresserons à l'obligation d'assurance et à l'encadrement des tarifs. L'Ordonnance gouvernementale n°58/PRES/MFC du 30 décembre 1966 rendant obligatoire l'assurance Responsabilité civile pour les véhicules terrestres à moteur a véritablement permis au marché burkinabè des assurances de prendre son envol. Cette contrainte légale a fait de l'assurance automobile le produit d'assurance le plus consommé : de 2002 à 2011 la branche représente en moyenne 50%¹² du chiffre d'affaires national. L'arrêté n°2003-75/MFB/SG/DGTCP/DA du 11 mars 2003 et ses modifications fixent les tarifs minima sur la base des critères de l'usage et de la puissance fiscale des véhicules. L'assurance construction est par ailleurs devenue obligatoire au Burkina Faso pour toute construction d'ouvrages dont la valeur s'élève au moins à cent millions de francs CFA.

¹⁰ Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

¹¹ Commission Régionale de Contrôle des Assurances

¹² Cf publication statistiques 2011 de l'APSAB

L'exécutif burkinabè a également procédé à l'encadrement juridique des taux de commissionnement des intermédiaires d'assurances. Cela permettra d'éviter toute démesure dommageable dans leur rémunération.

3- Le contrôle des assurances

Les sociétés d'assurances sont soumises aux contrôles régional, national, à un contrôle interne et éventuellement à une politique de groupe.

- Le contrôle régional

Ce contrôle peut être sur pièce ou sur place. Il est dévolu à La Commission Régionale de Contrôle de Assurances dont la mission est permanente et consiste à vérifier que les entreprises d'assurances tiennent et restent en mesure de tenir les engagements qu'ils ont contracté envers les assurés. Elle examine les situations financières ainsi que les conditions d'exploitation des entreprises soumises à son contrôle. Elle veille à ce que les entreprises d'assurances :

- évaluent correctement leurs engagements réglementés ;
- Les représentent par des actifs équivalents et admis en couverture ;
- Disposent de la marge de solvabilité réglementaire ;
- Paient effectivement les sinistres.

Le législateur CIMA dote la Commission de vastes pouvoirs de prise de décisions. Quand elle constate « de la part d'une société soumise à son contrôle, la non observation de la réglementation des assurances, ou un comportement mettant en péril l'exécution des engagements contractés, la Commission enjoint à la société concernée de prendre toutes les mesures de redressement qu'elle estime nécessaires », précise l'article 311.

Et l'inexécution de ces mesures dans les délais impartis est passible des sanctions énumérées à l'article 312 :

- L'avertissement
- Le blâme
- La limitation ou l'interdiction de tout ou partie des opérations
- Toutes autres limitations dans l'exercice de la profession
- La suppression ou la démission d'office des dirigeants responsables ;
- Le retrait d'agrément

Des amendes peuvent également être infligées et le transfert d'office du portefeuille des contrats prononcé.

- **Le contrôle national**

Tout comme le contrôle régional, le contrôle de l'Etat sur le secteur des assurances se justifie par le souci de protection des souscripteurs, assurés et bénéficiaires de contrat d'assurance, mais aussi et surtout par l'existence de masses financières considérables influant sur l'Economie nationale. Le code CIMA donne des attributions générales et des attributions spécifiques aux Directions nationales de chaque pays membre.

Ainsi relèvent entre autres, des attributions générales de la Direction des Assurances (DA) du Burkina, la sauvegarde des intérêts des assurés, la protection de l'épargne représentative des provisions techniques et la surveillance générale du marché national des assurances. De manière spécifique, la DA assure le respect de la loi unique, étudie les contrats d'assurance ainsi que tout autre document destinés au public. Les sociétés avant toute application de leur tarif doivent les soumettre au visa du Ministre de l'Economie et des Finances.

La DA effectue la pré-étude des dossiers de demande d'agrément, autorise l'activité des intermédiaires. La DA transmet à la CRCA, toutes données (statistique, bilan, étude), les résultats des ses contrôles techniques et lui communique tous les renseignements du marché national afin que cette dernière puisse prendre les mesures appropriées. L'Etat contrôle en outre le respect par les assurables de l'obligation d'assurances.

4- L'agrément des professionnels

L'article 326 du code CIMA oblige les sociétés d'assurances à obtenir un agrément avant tout commencement de leurs opérations, exception faite des acceptations en réassurance.

L'agrément est une autorisation préalable demandée par les entreprises d'assurance pour pouvoir présenter leurs opérations. Il se traduit par un arrêté du ministre chargé du secteur des assurances. Une entreprise ne peut exercer que dans les branches pour lesquelles elle a été spécifiquement agréée.

L'examen du dossier de demande d'agrément prend en compte les éléments suivants (article 328-3) :

- Les moyens techniques et financiers à mettre en œuvre et leur adéquation au programme d'activités triennal, afin de voir l'étendue des garanties offertes. Les tarifs soumis doivent être suffisants pour assurer l'équilibre technique et financiers de l'entreprise ;
- L'honorabilité et la qualification des dirigeants de l'entreprise ;

- La répartition du capital social. La forme SA¹³ unipersonnelle est interdite ;
- L'organisation générale du marché.

Loi soumet les courtiers et agents généraux à une autorisation préalable, à une qualification professionnelle préalable et à des règles de solvabilité. La DA en assure spécifiquement le contrôle.

Les produits d'assurances peuvent également être distribués par des intermédiaires non professionnels tels les banques, la poste, les agences de voyages et des apporteurs divers indépendants. Les entreprises disposent aussi de conseillers commerciaux qu'elles forment pour la distribution de leurs produits. Nous avons pu constater au cours de notre stage, que tous ces intermédiaires dans la pratique, ne maîtrisent pas toujours le fonctionnement de l'assurance, y compris certains courtiers et agents généraux.

Tout cet encadrement juridique justifie le souci du législateur de protéger les assurés et bénéficiaires de contrats d'assurances. Cette sécurité est renforcée par les bases techniques de l'assurance.

II- LES BASES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE

Le respect des bases techniques de l'assurance est gage d'équilibre et sécurité pour l'assureur quant à son portefeuille et à son résultat. L'assureur doit les respecter dans toute sa démarche de tarification.

1- La notion de mutualisation des risques

On peut définir l'assurance comme « une opération par laquelle un assureur, organisant en mutualité une multitude d'assurés exposés à la réalisation de certains risques, indemnise ceux d'entre eux qui subissent un sinistre grâce à la masse commune des primes collectées »¹⁴.

Cette définition rend suffisamment compte du contenu du principe de la mutualisation. Il est clair qu'il existe une compensation des risques au sein de la mutualité.

Le jeu normal de cette compensation est tenu en équilibre grâce à la prime pure ou prime de risque ou encore prime d'équilibre ou prime technique, versée par chaque assuré.

¹³ Société Anonyme : le code CIMA exige pour sa constitution un capital social minimum d'un milliard de FCFA contre 10 000 000F CFA minimum selon l'Acte Uniforme de l'OHADA sur les sociétés commerciales et les GIE.

¹⁴ Cours d'introduction à l'assurance M. AYEVA L. Ouro, IIA Promotion 2010-2012

En effet la cotisation¹⁵ (prime) technique est égale à la fréquence multipliée par le coût moyen d'un sinistre.

Cotisation pure = fréquence x coût moyen

Pour illustrer notre propos, prenons l'exemple de l'assurance automobile : l'observation statistique d'une catégorie donnée de conducteurs a révélé que chaque année 5 sur 1000 d'entre eux se blesse à la suite d'accident de la circulation et 25 000F en moyenne sont déboursés à chaque accident.

La cotisation pure à exiger est égale à $(5/1000) * 5000F$ soit 125 F par assuré et par an au titre de la garantie des frais médicaux. Et lorsque le souscripteur a le choix d'un capital plus élevé, il faudrait appliquer à ce capital un taux de prime pure égale à 5/1000 soit 0,005. La loi des grands nombre qui sous-tend la pertinence de ses estimations.

2- La loi des grands nombres

Nous venons de voir que la tarification est basée sur des statistiques de fréquence et de coût des dommages. Ces statistiques doivent être aussi générales et précises que possible pour permettre la fixation du juste prix des garanties vendues par l'assureur.

Ainsi la loi des grands nombres, a démontré que plus l'assureur disposera d'un grand nombre de risques, assez exactes seront ces prévisions. Cette exactitude lui permet de garantir l'équilibre de la mutualité qu'il gère.

A cet impératif d'effectif, se joint celui d'opérer une sélection des risques afin qu'un petit nombre d'assurés ne compromette pas par leur forte sinistralité, l'équilibre de la mutualité. L'assureur devra aussi instaurer une bonne segmentation tarifaire pour ainsi tenir compte du degré de gravité de chaque risque et de l'anti sélection. Encore faut-il que les risques présentent des caractéristiques supplémentaires.

3 -Principe de l'indépendance et de l'homogénéité.

« Pour que la loi des grands nombres soit appliquée de façon efficace, il faut que les risques assurés soient identiques et assez indépendants les uns des autres. Ce principe reste admis et valable même si les risques ne sont pas identiques pourvu qu'ils soient assez homogènes et indépendants car, il convient de signaler que dans la pratique, il est difficile

¹⁵ Appellation préconisée par la commission française de l'amélioration du langage de l'assurance

de trouver des risques parfaitement identiques. »¹⁶. On notera également la dispersion des risques que l'assureur devra opportunément opérer à l'aide de la coassurance et de la réassurance.

Si personne ne nie que l'assureur doit rigoureusement respecter la réglementation de son métier et se servir simplement des méthodes techniques pour réussir sa profession, la mise en pratique, elle, pose problème.

¹⁶ Rapport d'étude et de stage de BAMOGO Dominique, MSTA/IIA 2006-2008

CHAPITRE II : LE PROBLEME D'HARMONISATION DES IMPERATIFS TECHNICO-COMMERCIAUX ET SES ENJEUX SUR L'INDUSTRIE DES ASSURANCES

L'ensemble des difficultés d'harmonisation des impératifs technico-commerciaux, quelles que soient leurs sources, se situent principalement à trois niveaux de l'activité des professionnels de l'assurance à savoir la prime, la gestion des sinistres et la sélection des risques.

I- QUELQUES SOURCES DU PROBLEME INHERENTES AUX REALITES ACTUELLES DU MARCHE

Loin de prétendre à l'exhaustivité des sources de difficultés d'harmonisation des impératifs techniques et commerciaux, nous en exposons quelques unes.

1- La conciliation face au jeu de la concurrence

La prime est un élément essentiel du contrat d'assurance d'autant plus que son montant constitue un élément très motivant, une raison principale d'agir des prospects. Par ailleurs on constate sur le marché burkinabè, que les assurables sont soumis à la réalité d'un marketing quasi uniforme basé notamment sur le montant de la prime.

Bon nombre d'assureurs, face au jeu de concurrence acharnée se disent obligées de s'aligner sur une « position marché »¹⁷ pour proposer des primes modiques supposées compétitives. Cette pratique malheureuse semble être le moyen le plus efficace et le plus sûr de s'attirer un grand nombre de clients, qui d'ailleurs considèrent comme meilleur assureur celui qui leur propose la prime la plus faible. Telle est la réalité de notre marché où la loi du « moins disant » prime ainsi celle du « mieux disant ». Le souci des assurés est moins celui de sécuriser leur patrimoine et leur personne que celui d'amoindrir les charges. C'est là, une preuve que la culture d'assurance reste un défi à relever dans notre pays, afin que l'assurable burkinabè puisse justifier le choix de son assureur par sa meilleure offre garantie/prime. Il est fréquent de constater que de nombreux assurés résilient leurs contrats d'assurances ou changent d'assureurs à l'échéance sous prétexte que le montant de la

¹⁷ Attitude dans laquelle une société se résout à entériner le comportement générale des autres sociétés du même marché

prime est élevé. Malheureusement certains professionnels de l'assurance utilisent ce même argument pour déplacer des affaires de chez leurs confrères.

Dans le même sens, on remarque que l'assureur est parfois tenté de proposer à un apporteur indépendant, un taux de commissionnement exorbitant dans le but de lui faire déplacer une affaire à son profit ou de la maintenir dans son portefeuille. Or sur le plan technique, cela peut toucher dangereusement à la consistance de la prime de risque.

En outre, on constate qu'à l'issu des appels d'offre de couverture d'assurances, les attributaires définitifs sont généralement, sinon toujours, les soumissionnaires qui ont surtout proposé la prime la plus faible. Ceux qui ont coté suivant un tarif conforme offre généralement une prime relativement élevée.

Aussi remarquera-t-on que les modes et modalités de paiement de la prime ainsi que son recouvrement pose d'énormes difficultés aux producteurs et aux agents de recouvrement des sociétés d'assurances. Ainsi, sous l'empire de l'article 13 nouveau le paiement de la prime est intégral, l'assureur ne peut plus accorder sa couverture annuelle moyennant paiement fractionné ou différé de la prime correspondante. Et certains assurés qui ont acquis l'habitude de bénéficier de ces modalités de paiement facilités, menacent parfois d'aller à la concurrence. A ceux-ci s'assimilent les clients qui consentent à un paiement unique et immédiat de l'intégralité de la prime mais par chèque avec une date de valeur postérieure à celle d'effet du contrat.

On note également que l'importance du client dans le portefeuille de l'assureur est très souvent constitutive de dilemme pour ce dernier.

2- La conciliation face à l'importance du client dans le portefeuille

L'importance du client dans le portefeuille est toute qualité influente de ce dernier, de nature à faire que son assureur réserve une attention particulière à leur relation par un traitement exceptionnel tant dans sa production que dans sa gestion des sinistres. Cette importance peut tenir par exemple au nombre élevé de ses risques dans le portefeuille, la bonne sinistralité des risques, l'influence de sa personnalité sur la décision de nombreux autres assurés. Bref, c'est le cas de ceux qui, d'après les statistiques de la société, font une part considérable de son chiffre d'affaires ou du son résultat. Il est évident que leur sortie de portefeuille entraine une dégradation technico-financière majeure. En vue de se mettre à l'abri de tous ces dangers à graves conséquences commerciales et techniques

dommageables, le technicien de l'assurance travaille quotidiennement au respect des procédés techniques, sans omettre le soin privilégié à réserver à ces « clients spéciaux »¹⁸.

En effet il arrive que l'assureur ne puisse pas refuser ou résilier un contrat portant sur un mauvais risque qui ne répond pas à ses critères techniques de sélection. C'est ainsi que s'il refuse sa garantie incendie au coton d'une usine de textiles, il peut perdre en même temps l'assurance de son parc automobile, du transport des marchandises ou l'assurance au voyage de son personnel. L'assureur pourrait aussi perdre la « Globale de banque » d'une banque pour résiliation ou pour non renouvellement de l'assurance « Santé » pourtant très déficitaire.

Cela peut même nuire à la facilité d'écoulement en banque de certains produits d'assurances tels la « Responsabilité civile scolaire » souvent accessoires aux prêts scolaires.

En outre, il ya bien de cas qui embarrasse l'assureur par rapport à sa décision à prendre. On a par exemple le cas d'un prospect sollicitant un règlement commercial pour des dommages techniquement non couverts par son contrat, alors qu'il est souscripteur des plusieurs risques à grosses primes dans le portefeuille. Faut-il « malusser »¹⁹, pour un sinistre occasionnel, le taux de prime d'un assuré fidèle depuis plusieurs années ? Faut-il toujours aller jusqu'au contentieux pour recouvrer les arriérés de primes ? Ne doit-on pas percevoir des coûts d'actes à toute modification d'un contrat en cours ? A toutes ces équations s'ajoutent diverses autres qui mettent l'assureur face à un dilemme, dans l'exercice quotidien de sa profession. Il faudrait également souligner que la spécificité des besoins de couverture du prospect ne coïncide pas toujours avec les procédés du professionnel de l'assurance.

3- La conciliation face aux besoins propres du prospect

On rencontre parfois des prospects qui demandent des garanties adaptées à leurs cas propres, des contrats taillés sur mesures. Et l'assureur devra lui faire une offre répondant à ses exigences. Il peut s'agir d'un besoin de garanties supplémentaires, de garanties complémentaires, d'un risque que l'assureur n'a jamais accepté dans son portefeuille, ou d'une formule de garanties non proposée par l'assureur. C'est le cas par exemple d'un

¹⁸ Autrement appelés clients importants et bénéficiant de faveurs tarifaires et en réalité mieux respectés par l'assureur. L'assureur veut le maintenir en portefeuille aussi longtemps que possible et cela à tout prix.

¹⁹ Augmenter le taux de prime par application de la clause « bonus-malus » en considération du comportement du risque au cours de la période

particulier qui demande une assurance de responsabilité civile professionnelle combinée avec une « *individuelle accidents* » mais dont l'activité est nouvelle, mal connue et très peu répandue. Ce qui ne permet pas à l'assureur de bien cerner les risques spécifiques d'accidents ou de décès, d'apprécier l'étendue des responsabilités afin de demander une prime conséquente. Ce, d'autant plus que la fréquence et le coût moyen de ce type de risque sont mal maîtrisés sur le marché national, et a fortiori chez l'assureur isolé.

En outre, on se demande souvent : doit-on refuser à un prospect la garantie dommages tous accidents alors que son véhicule bien qu'ayant 8 ans d'âge est en très bon état et mieux entretenu qu'un véhicule de 3 ans qui ne l'est pas ?

L'assureur est un « industriel » qui commercialise des produits qu'il a conçus et fabriqués sur la base de données statistiques, de considération du contexte socio-économique et souvent même sur la base des conclusions d'une étude d'impact commercial préalable au lancement. Il est alors normal qu'il maîtrise mieux ses produits ainsi que leur influence technique sur son portefeuille. Ce qui fait que les assureurs se montrent très prudents dans l'acceptation et dans la cotation des risques de profile spécifique.

Mais, dans tous les cas, on ne perdra pas de vue que toute assurance suppose un aléa et qu'aussi l'assureur est un professionnel qui doit savoir prendre des risques.

Par ailleurs, l'accord entre le technique et le commercial n'est pas toujours sans faire entorse à la réglementation. En effet au terme de l'article 12 de l'arrêté n°2003-75/MFB/SG/DGTCP/DA du 11 mars 2003 portant fixation des tarifs minima en assurance responsabilité civile automobile, il est précisé que « seuls les véhicules immatriculés au nom d'une même personne physique ou morale » peuvent être considérés comme une flotte. De même, l'article 95 du code des assurances en son dernier alinéa dispose que les personnes assurées dans un contrat groupe, ont nécessairement toutes, le même type de lien avec le souscripteur. Ainsi, que répondre à une mutuelle qui souhaite grouper les véhicules privés de ses membres et bénéficier des avantages tarifaires flotte? Aussi certains intermédiaires réunissent-ils des personnes d'origines²⁰ diverses en groupe d'assurances maladie, chaque adhérent cotisant un montant égal à la prime totale du contrat divisée par leur effectif. Il est donc évident que ces pratiques sont illégales.

²⁰ Il s'agit par exemple de personnes qui ne se connaissent pas et qui n'ont aucun lien entre eux mais qui souhaitent chacun avoir une assurance maladie.

Pourtant techniquement, pour le cas de l'assurance automobile par exemple, elles peuvent être une bonne segmentation, du moins, selon le critère relatif au conducteur. Sur le plan commercial également, le montant de la prime est captivant et la prime globale est assez significative. Toutes ces raisons expliquent l'importance des flottes fictives dans le portefeuille national de la branche automobile.

Certes, les besoins propres du client sont un facteur de déphasage technico-commercial mais les exigences du monde des affaires n'en constituent pas moins un.

4- La conciliation face aux exigences du monde des affaires

L'assureur est un commerçant, donc il ne peut se soustraire aux exigences actuelles du monde des affaires telles la nécessaire rapidité des opérations et la confiance entre cocontractants. En effet la célérité s'impose en raison de l'urgence du besoin de couverture d'assurance et du souci de réaliser des affaires, faire du chiffre. Trop de temps passé avant de faire une cotation en réponse à la demande d'un prospect, c'est un risque de manquer une affaire avec la bénédiction d'un autre assureur plus prompt. On a l'habitude de dire qu'en affaire le temps c'est de l'argent.

Cependant, avant de prendre un risque en charge, l'assureur a souvent besoin de le visiter, de l'apprécier dans toute sa matérialité afin de s'en faire l'idée la plus objective possible. Ce qui lui permettra d'éviter la prise en charge de risque réalisé, inexistant, ou non conforme à ses critères de sélection. Cette étape est indispensable par exemple pour les formules « tous risques automobiles » et surtout dans les assurances contre l'« incendie et les risques annexes » où le taux technique de prime est la résultante des sanctions tarifaires relatives aux facteurs d'aggravation ou d'amélioration propres à chaque risque.

Il est vrai que le contrat d'assurance un contrat de bonne foi, et l'assureur devrait s'en remettre entièrement à la loyauté de l'assuré en se référant aux déclarations de ce dernier sans être obligé, d'une manière générale, de vérifier tous les éléments déclarés. Mais la prudence est aussi une démarche fondamentale et naturelle en assurance surtout dans le monde actuel où la question de la fraude à l'assurance se pose avec acuité.

5- La conciliation face aux contrats d'objectifs des professionnels de l'assurance

Toute entreprise commerciale en général et une société d'assurances en particulier a un devoir naturel de production et de rentabilité. C'est pourquoi elle fonctionne avec des objectifs de croissance de chiffre d'affaires et de résultat net, assignés contractuellement à ses dirigeants. Les administrateurs préfèrent ceux des dirigeants capables de réaliser ces chiffres à tout prix. Par ailleurs le niveau d'atteinte de ces objectifs est généralement inclus

dans les critères d'évaluation annuelle en vue d'avancement ou d'attribution d'avantages pécuniaires divers aux responsables concernés.

De telles responsabilités mettent les techniciens sous pression et dans ce cas, le commercial prend généralement le dessus sur la technique. L'essentiel c'est de pouvoir produire, vendre. La réalisation du chiffre c'est ce qui compte le plus ; outrepassant ainsi les critères de sélection et les règles de tarification. A cela s'ajoute la taille limitée de notre marché. Les assureurs se disputent les mêmes risques, chacun tirant le montant de la prime vers le bas en vue de les déplacer vers son portefeuille.

Or ces derniers doivent également être animés de l'instinct technique, se soucier de la propreté du portefeuille car un portefeuille propre est garant d'un bon résultat, d'une sécurité vitale pour l'entreprise. Dans le même temps il leur faut un certain volume d'affaires pour asseoir leur technique. Le commercial étant la sève nourricière de la technique. Le commercial implique la technique et la technique suppose le commercial.

II- LES INCONVENIENTS DE L'INADEQUATION TECHNICO-COMMERCIALE

Ils sont essentiellement d'ordre commercial et d'ordre technique relativement dans ce dernier cas à la sous tarification et ses conséquences subséquentes.

1- Les inconvénients d'ordre commercial

Il s'agit principalement de la fuite de la clientèle et de la baisse du niveau de la production de l'entreprise. Ainsi les clients se dirigent généralement vers les assureurs les moins-disant lorsque le montant de la prime ne leur convient pas. D'aucun préfère les assureurs qui leur offrent toujours l'assurance à crédit en violation des prescriptions de l'article 13 nouveau du code CIMA. Aussi les assureurs qui ont des critères de sélection trop souples acceptent-ils, et facilement, presque tous les types de risques et donc s'attirent un nombre plus élevé de clients.

Dans une telle optique de production massive la sélection n'est plus suivie et de plus en plus les mauvais risques à forte sinistralité intègrent le portefeuille. Le ratio sinistres/cotisations se trouvera alors plus élevé, induisant donc une augmentation des coûts des garanties vendues par la société concernée. Or des tarifs trop élevés par rapport à ceux de la concurrence aboutissent inévitablement à une « hémorragie »²¹ de la clientèle en faveur des compagnies les plus prudentes en termes de tarification, de sélection et

²¹ Départs massifs de clients : sorties de portefeuille

d'évaluation des provisions techniques. Puisque cette prudence qui devrait conduire toute démarche du professionnel de l'assurance, assainit le portefeuille et affaiblit sans doute la sinistralité, baisse aussi les tarifs.

Dans le même temps, on reproche la lenteur et la complication de ceux qui ont une sélection rigoureuse, qui sont prudents dans la tarification et qui ont plus le souci de la qualité du portefeuille que celui de son volume. Les clients n'apprécient pas également les assureurs qui ont une appréciation rigoureuse des sinistres ou qui appliquent les sanctions tarifaires au vue du comportement annuel de leurs risques dans le portefeuille.

2- La sous tarification proprement dite

La sous tarification est l'une des conséquences directes et néfastes de la concurrence. C'est la preuve que l'aspect commercialisation des produits d'assurance a pris le pas sur la technique recommandée pour leur production. En effet comme exposé précédemment, le choix du prospect ou de l'assuré est essentiellement basé sur le montant de la prime. La qualité des prestations ne motive que ceux qui ont une meilleure culture d'assurance. Bon nombre d'assureurs en plus de la sous tarification technique dans les assurances non obligatoires, sont coupables de sous tarification légale en s'engageant moyennant des primes inférieures à celles du tarif minimal légal ou à celles que ressortirait l'application des techniques appropriées. On constate que presque toutes les entreprises pratiquent la sous tarification d'une manière ou d'une autre dans le but d'accroître leur chiffre d'affaires, leur part de marché. Cette pratique donne généralement une réaction positive immédiate mais ne manque pas de conséquences négatives « à court, moyen ou long terme ».

3- Le déséquilibre de la mutualité des risques et difficultés de paiements de sinistres

Lorsque l'assureur accorde sa couverture à un risque, ce dernier intègre dans son portefeuille, la mutualité des risques ayants des caractéristiques similaires. Et si la prime de risque perçue en contrepartie est insuffisante cela entraîne un déséquilibre de la mutualité, avec pour aboutissement des difficultés de paiement des sinistres. Cela constitue d'ailleurs une injustice au préjudice des mutualistes qui ont versé les bonnes primes.

La prime pure ou prime de risque est la somme demandée à l'assuré qui correspond à sa part contributive dans les sinistres de la mutualité gérée par l'assureur. Ce qui implique que la mutualité repose exclusivement sur les primes pures et que l'assureur ne pourra prendre ces sinistres en charge que s'il a reçu de chaque assuré sa juste part. En tout état de

cause, normalement chaque société estime, grâce à des statistiques bien tenues, la sinistralité d'équilibre des branches respectives dans lesquelles elle exerce.

Pour prendre l'exemple simpliste d'une prime théorique de 100F dont la cotisation pure représente 65F. Pour un portefeuille de 3000 assurés contre un même risque, l'assureur devra réclamer à chacun une prime pure annuelle de 65F afin de réunir une masse commune de prime égale à : $65F \times 3000 = 195\,000F$ à même de faire face à une telle sinistralité (65%). C'est seulement dans ces conditions qu'il pourra honorer ses engagements.

Mais si dans ce même portefeuille, on a 1000 contrats sous tarifés à 60F chacun, les 2000 autres restant conforme à 65F chacun. Le budget de la mutualité serait de :

$$(60F \times 1000) + (65F \times 2000) = 190\,000F \text{ disponibles}$$

On se rend compte que cette disponibilité ne peut pas faire face à une sinistralité globale de 195 000F ; soit un manque à gagner de 5000F. Cet écart matérialise le déséquilibre de la mutualité. Il en résulte des mauvais règlements de sinistres, l'incapacité de paiements de sinistres garantis, la déception de la clientèle, la mauvaise réputation de la société concernée et la dégradation des relations commerciales.

4- L'insuffisance des provisions pour risque en cours

Les provisions techniques constituent le poste le plus important du bilan d'une société d'assurances en ce qu'elles constituent la garantie de l'engagement de l'assureur. La mauvaise tarification des contrats entraîne une mauvaise évaluation des provisions pour risque en cours.

Ainsi plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour calculer la PREC :

- La méthode minimale de 36% ou méthode règlementaire ;
- La méthode des 24^{ème} ;
- La méthode du prorata temporis ;
- La méthode de blocage des primes.

Illustrons ces cas d'insuffisance avec l'exemple d'un portefeuille en supposant que les primes sont annuelles et étalées uniformément le long d'une année civile, et qu'à l'inventaire on a enregistré effectivement une charge globale de sinistres de 195 000F sur 3000 contrats vendus à une prime totale de 90F l'unité, d'où une production globale de 270 000F avec 8% de frais généraux non consommés sur la période écoulée. On en déduit une sinistralité réelle de $195\,000F / 270\,000F = 72\%$.

Ainsi en appliquant systématiquement la méthode de 36% la PREC à retenir est de: $270\,000F \times 36\% = 97\,200F$. Elle n'est pas suffisante car cette méthode est basée sur la sinistralité théorique de 65%. La société devra donc procéder à une réévaluation car dans la théorie de cette méthode, la PREC « normale » doit se baser sur la sinistralité réelle du portefeuille et s'évaluer comme suit :

$$PREC = 50\% \times PE \times (S + FG) / P$$

Avec S= sinistralité réelle, PE= primes émises, P= primes acquises et

FG = frais de gestions non consommés= 8%.

Dans le cas d'espèce on aura:

$$- PE = 270\,000F$$

$$- S = 72\%$$

$$- FG = 8\%$$

$$- P = 270\,000F$$

$$- PREC \text{ normale} = 50\% \times 270\,000F \times (72\% + 8\%)$$

$$= 108\,000F$$

On enregistre un déficit technique de provision de primes de :

$(108\,000 - 97\,200) = 10\,800$. Ce qui montre que malgré les pressions commerciales, la sous tarification n'est pas pour l'assureur une bonne solution pour s'attirer un grand nombre de clients. Cette insuffisance de la PREC fait en sorte que techniquement avec la même sinistralité l'assureur ne peut faire face à ses engagements relatifs aux contrats en cours ; à moins d'espérer sur une baisse éventuelle ou mystérieuse de cette sinistralité. Et l'assurance n'étant pas un pari, cette posture n'est pas soutenable et n'est pas sans incidence financière non moins dommageable.

5- Les incidences financières négatives et impact sur la réassurance

S'attirer la clientèle au mépris des techniques requises dans les prestations de l'assureur demeure un « danger mortel » pour une société d'assurance en ce que cela porte très dangereusement atteinte à sa solidité financière.

- La « perte » de produits financiers et bénéfices techniques

Les assureurs sont souvent désignés comme étant des « investisseurs institutionnels ». Cela traduit une idée de leur importance en tant que véritables acteurs des économies nationales. En effet les sociétés d'assurances sont des institutions financières

qui font des placements diversifiés avec les primes qu'ils collectent de leurs clients, et notamment avec les provisions techniques constituées. Ainsi, comme nous l'avons souligné précédemment, si la sélection n'est pas bien suivie, si les tarifs ne sont pas conformes, si les bons clients ne sont pas maintenus, il est impossible pour l'assureur d'avoir un portefeuille sain. Il en résulte une sous-évaluation des provisions de primes (PREC) et de sinistres (PSAP), matérialisé par un déficit qui aurait pu faire l'objet de placement et rapporter des produits financiers. Il va sans dire que de ce fait, l'assureur enregistre au titre de ses placements, un manque à gagner qui aurait pu sans doute soigner sa trésorerie.

De même lorsque le portefeuille n'est pas sain, la sinistralité réelle sera supérieure à celle de la sinistralité théorique ayant servi à la détermination de la prime. Il en découle également des frais de gestion supérieurs aux chargements de gestion. Dans cette situation l'assureur réalisera une perte technique et une perte en frais administratifs, susceptible de dégrader son résultat

- La dégradation du résultat

La rentabilité est l'aspiration de toute société commerciale et la rentabilité d'une société d'assurance passe principalement par la réalisation de résultat positif, c'est-à-dire bénéficiaire. Et pour que le résultat soit positif, il faut que la somme totale des primes collectées augmentée des produits financiers soit supérieure aux charges représentées par les prestations de sinistres et les frais de gestion. Sinon il est négatif, déficitaire et traduit ainsi une perte qui grève dangereusement les fonds propres. Le modèle simple suivant du résultat rend suffisamment compte de ce danger :

$$\text{Résultat} = \text{Produits} - \text{Charges} ;$$

$$\text{Avec Produits} = \text{Primes} + \text{Produits Financiers}$$

$$\text{Et Charges} = \text{Sinistres} + \text{Frais de gestion}$$

Si les charges sont supérieures aux produits, le résultat sera négatif.

Un résultat négatif est facteur d'effritement des fonds propres d'une société d'assurances.

- La dégradation des fonds propres

En général les fonds propres sont constitués du capital social, des réserves et du résultat bénéficiaire non distribué. Ainsi lorsque le résultat de l'assureur est déficitaire, il se sert, de ses fonds propres pour compenser le montant de la perte correspondante. Ce qui en entraîne inéluctablement la baisse, l'épuisement et même la faillite subséquente possible de la société. Dans ce dernier cas c'est l'actif qui se trouve directement et entièrement exposée. Les intérêts des assurés sont gravement menacés et le contrôle régionale n'a d'autres choix que d'appliquer des sanctions ou faire des injonctions.

A l'échelle de la société, ses dirigeants seront obligés de procéder à sa recapitalisation ou de compter sur ses réassureurs si elle dispose bien-sûr d'un bon programme de réassurance. Mais les conséquences liées à l'inadéquation entre le technique et le commercial au niveau de l'assureur direct produisent forcément à leur tour, des effets dans les rapports technico-commerciaux assureurs-réassureurs.

- Les incidences sur la réassurance

L'assureur direct est l'assuré du réassureur, la réassurance étant entre autre définie comme l'assurance au second degré. Ce faisant les caractéristiques techniques du portefeuille de l'assureur constituent la base de définition des conditions des traités et conventions de réassurance ainsi que le socle de calcul de la prime d'assurance.

Plus le portefeuille est sain, plus l'assureur bénéficie de meilleures conditions de couverture en réassurance tant pour son portefeuille que pour son résultat. Cela passe exclusivement par une meilleure sélection des risques, une tarification conforme, le maintien des bons risques par la fidélisation des meilleurs clients. A défaut, le réassureur, professionnel très prudent, imposera des conditions strictes des fonctionnements des conventions tels que :

-Pour les traités proportionnels :

- * élévation disproportionnée des pleins de conservation
- * l'exclusion expresse de certains risques du portefeuille
- * une commission de réassurance faible ou variant en sens inverse de la sinistralité ;
- * une participation bénéficiaire faible assortie d'une clause de report des pertes sur les exercices futur jusqu'à épuisement.

- « Pour les traités non proportionnels :

- * Priorité élevée, une portée relativement insuffisante ;

* une franchise aggregate élevée, des reconstitutions de garantie limitées

* Exclusions de types de sinistres

* une prime de réassurance forfaitaire élevée ou variable à taux élevé,

* une prime de réassurance à taux variable en fonction de la sinistralité,

*un chargement additif ou multiplicatif élevé. »

Par ailleurs l'assureur qui cède à la forte exigence de célérité et de confiance du monde des affaires pour souscrire certains risques, pourrait éprouver de sérieuses difficultés de placements en réassurance facultative malgré l'effectif de plus en plus grandissant des réassureurs locaux.

Notons également les conséquences négatives des pleins de rétention et des priorités élevés : sinistres de fréquences entièrement supportés par la cédante et déséquilibre de la réassurance.

- Les incidences sur la marge de solvabilité

L'article 337 du code CIMA dispose que toutes les sociétés d'assurances soumises au contrôle sont tenues de justifier de l'existence d'une marge de solvabilité suffisante.

Le montant minimum réglementaire de cette marge à retenir est le plus élevé des résultats du calcul selon la méthode des primes et selon la méthode des sinistres. Des formules telles que présentées au premier chapitre, il ressort que la méthode basée sur les primes donnera toujours le résultat le plus élevé car le montant de la charge de sinistres sera toujours sans commune mesure avec les émissions de primes dérisoires perçues.

De plus, L'article 337-1 mentionne entre autre des éléments de fonds propres au titre des éléments constitutifs de la marge de solvabilité. Or nous avons déjà vu que l'inadéquation technico-commerciale entraîne des pertes de fonds propres pour l'entreprise, donc ici encore une dégradation de la marge de solvabilité. Autre que les fonds propres, les plus values latentes sont admises à la constitution de la marge disponible selon l'article 337-5-4. Or même s'il y a plus values, il y en aura un manque à gagner. Car l'insuffisance des provisions techniques constitue moins d'argent à placer, et donc moins de plus values à réaliser.

- **L'impact sur la couverture des engagements règlementés**

Les engagements règlementés sont des dettes privilégiées de l'assureur envers ses assurés. L'article 334 du code CIMA dispose que les sociétés d'assurances doivent être en mesure, « à toute époque » d'en justifier l'évaluation. Le point 1^o) de cette dispositions exige entre autres, la constitution de provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral des engagements vis-à-vis des assurés et bénéficiaires de contrats. Il apparaît clairement que l'insuffisance des PREC²² et des PSAP²³ porte atteinte à la couverture des engagements règlementés.

Après avoir parcouru les inconvénients du défaut de conciliation, il devient un truisme de dire que la conciliation présente un grand intérêt pour le marché burkinabè des assurances. « Bien sûr qu'elle donne l'avantage aux assureurs de s'épargner de tous les inconvénients ci-dessous cités », affirmerait l'homme de « Lapalisse ». Certes, mais mieux, il convient d'aborder concrètement quelques avantages de celle-ci.

III- L'INTERET DE LA CONCILIATION POUR NOTRE MARCHE

1- Une concurrence plus saine, pure et parfaite

L'argument de la prime tombera en désuétude au profit de celui du professionnalisme, de la qualité et de l'innovation. Pour conquérir la confiance du public, les compagnies d'assurances seront désormais obligées de recourir à des pratiques concurrentielles plus saines et non plus à des pseudo avantages tels l'assurance à crédit, le paiement échelonné de la prime, l'octroi de commissions exorbitantes, la sous tarification. Il s'agirait pour chaque société de se servir désormais de la technique d'assurance pour innover, pour fidéliser sa clientèle par un marketing relationnel ou personnalisé ou marketing « one to one ».

2- La solidification des piliers techniques des sociétés

Une meilleure adéquation technico-commerciale passe par une bonne tarification et par la prise en compte du risque réel. Ce qui entraîne une bonne évaluation des provisions techniques, une faible sinistralité et des bénéfices techniques et financiers. Les sociétés d'assurance auront dans ce cas une marge de solvabilité disponible suffisante et une meilleure couverture de leurs engagements règlementés.

²² Provisions pour Risques En Cours

²³ Provisions pour Sinistres A Payer

3- Des sociétés plus compétitives

Une fois disposant de piliers techniques solides dans un cadre concurrentiel assaini, les sociétés deviennent plus fortes, plus compétitives. Elles ont les capacités nécessaires pour faire face à la concurrence. Elles disposeront de statistiques plus fiables, une sinistralité acceptable et des primes compétitives. Avec un portefeuille propre, les coûts de revient effectifs de garanties seront faibles et l'assureur vendra en conséquence ses garanties à des primes faibles, donc compétitives.

4- De meilleures prestations au profit des assurés

Chaque assureur travaillera à offrir à ses assurés le meilleur rapport garanties/primes. L'équilibre de la mutualité ainsi que bonne prise en compte de la sinistralité permettra à chaque assureur de payer rapidement et bien, les sinistres qui surviennent. Le meilleur argument commercial sera la qualité des soins apportés aux clients.

5- L'amélioration de l'image des assureurs

Les assureurs auront les moyens techniques et financiers pour mieux répondre aux besoins de leurs clients. Ils pourront ainsi toujours honorer leurs engagements avec célérité et c'est leur image commune qui s'améliora considérablement.

Les avantages de la conciliation sont non négligeables. Pour cela, il est nécessaire d'envisager des mesures pour y aboutir.

CHAPITRE III : PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE HARMONISATION TECHNICO-COMMERCIALE

Après avoir constaté que le problème de conciliation technico-commerciale est un véritable mal qui mine les différentes sociétés d'assurances de notre marché, et au vue des ses graves inconvénients au double plan technique et commercial, nous avons bien voulu proposer des mesures palliatives.

I- LA SENSIBILISATION DES ASSURES ET DES OUTILS TECHNIQUES COMME MOYENS EFFICACES DE CONCILIATION

1- La sensibilisation et l'implication de l'assuré

Le résultat d'une société d'assurance est fortement tributaire du comportement général des risques couverts dans le portefeuille. Lorsque les sinistres sont assez fréquents et leurs montants assez élevés, les frais des gestions s'alourdissent et entraînent ainsi une hausse de la charge globale de sinistres. Dans ce cas, la valeur du rapport sinistres /primes et l'application des sanctions tarifaires font augmenter le montant des primes de renouvellement que les clients trouverons sans doute élevé.

Considérant cet état des choses, un besoin de sensibilisation, de moralisation et de plus de responsabilisation des assurés s'impose aux sociétés d'assurance. L'assureur doit tout mettre en œuvre pour que son prospect, assuré ou souscripteur prenne conscience que la prime perçue doit être à la hauteur réelle du risque présenté afin de lui garantir une prestation de qualité. C'est là, la vraie notion de meilleure couverture dont ce dernier a besoin. En faisant l'effort de verser la bonne cotisation, il responsabilise de ce fait son assureur dans la bonne gestion d'une mutualité ainsi équilibrée.

Ensuite l'assureur à travers son service commercial travaillera à ce que ses assurés comprennent qu'il est la première victime de sa propre négligence, en ce que non seulement le sinistre, en assurance non vie, lui est toujours directement dommageable, mais aussi et surtout que le règlement de ce sinistre aggrave les statistiques propres de ce dernier et de la branche toute entière. La conséquence étant une prime de renouvellement davantage élevée.

Enfin, l'assuré saura qu'il doit lui-même s'impliquer dans la gestion et la prévention de ses propres risques car cela y va directement de ses propres intérêts. L'assureur lui fera

comprendre que le montant de sa prime est seul vecteur de la sécurité sollicitée pour son patrimoine et/ou de sa personne.

Dès lors que par une bonne organisation, la société réussit à une telle prise de conscience de ses assurés, elle améliore ipso facto la qualité des risques qu'elle couvre, abaisse sensiblement leur sinistralité, assainit davantage son portefeuille et jette les bases d'un système solide d'un regain de confiance et de fidélisation de sa clientèle. D'ailleurs des outils techniques conforteront l'action de la société et elle arrachera définitivement la conviction des assurés, surtout lorsque ces derniers en bénéficient.

2- La redistribution d'une partie de la prime

La composition technique de la prime nous le renseigne : une redistribution n'est possible que lorsque les charges réelles se sont révélées inférieures aux prévisions statistiques. L'assureur comptera essentiellement sur son résultat à l'aide des bénéfices techniques et des bénéfices de gestion sans oublier ses produits de placement. Il va sans dire que l'implication de l'assuré telle qu'exposée au point précédent est d'une très grande importance car elle est un facteur déterminant du résultat.

Ainsi lorsque le résultat de l'assureur est bénéficiaire, il pourrait le partager avec ses assurés à travers des souscriptions promotionnelles, des remises de gadgets. Outre ces formes assez classiques, la redistribution pourra très utilement se faire sous forme de participation bénéficiaire. Elle n'est pas légalement formalisée en TIARD comme c'est le cas en assurances vie ; raison de sa moins grande fréquence. Ici c'est le résultat de l'assuré qui est concerné.

Cette participation est un véritable facteur de conciliation technico-commerciale en ce qu'elle éteint efficacement les objections liées au montant de la prime. Le souscripteur sait qu'en payant sa prime et en se conduisant en bon père de famille, il en profite directement. Les parties introduiront pour cela une clause de participation à taux variables suivant le montant du résultat (par exemple allant de 5% à 25%). Elle peut être annuelle, biennale ou triennale et concerner, soit isolément chaque police de l'assuré, soit son résultat global de la période définie.

La participation bénéficiaire est à encourager dans les branches les moins bénéficiaires. Il semble d'ailleurs plus judicieux de ne l'accorder qu'à quelques clients compte tenu du montant élevé de leur prime. L'assureur devant, aussi faire plus de bénéfice.

Prenons l'exemple d'un assuré contre l'incendie qui paie une prime annuelle de 500 000F en hors taxes et qui connaît des sinistres de 50 000f la première année et de

30 000F la deuxième année. Le contrat prévoit une participation biennale à taux fixe de 10%. Les chargements de gestion de l'assureur sont à 35%.

Détermination de la participation :

Au crédit :

- Primes nettes émises : $2 \times 500\,000F = 1\,000\,000F$

Au Débit :

- Frais de gestions : $1\,000\,000F \times 35\% = 350\,000F$

- Sinistres réglés : $50\,000F + 30\,000F = 80\,000F$

- Sinistres évalués en suspens = 10 000F

Résultat (base de partage): 560 000F

Participation bénéficiaire : $560\,000F \times 10\% = 56\,000F$

Un montant de 56 000F revient donc au cet assuré au bout de deux années d'assurances. Il pourrait être convenu d'une baisse de la prime de renouvellement à due concurrence ou d'un versement direct à l'assuré.

En ce qui concerne les règlements commerciaux de sinistre, et connaissant leur délicatesse, l'assureur pourrait créer conséquemment un fond de soutien par affectation d'une portion de son résultat. Ce fond pourrait aussi être une portion du budget destiné à la publicité ou aux relations publiques parce qu'il contribue tout de même à la bonne réputation de la société.

Pour sa bonne gestion, il serait nécessaire de limité ces règlement en montant, en type de sinistre et en type de clients. Pour son décaissement, il importe d'asseoir une étroite collaboration entre les départements sinistre, commercial et technique.

Techniquement ce fonds ne réduit pas la trésorerie de la mutualité, donc présente l'avantage de satisfaire simultanément les autres mutualistes sinistrés par une correcte indemnisation. Il s'agit en réalité d'une indemnisation préférentielle des sinistres garantis. Ce fond de soutien étant constitué à partir du résultat, c'est-à-dire avec entre autre du reste de la masse commune des primes (bénéfice technique).

3- L'analyse des statistiques propres de l'assuré

A la production l'assureur fera cette analyse pour pouvoir accorder des avantages tarifaires à ses assurés. Il pourrait l'étendre sur trois ou quatre exercices au moins, en appréciant la sinistralité cumulée, les cotisations cumulées, la sinistralité de l'exercice écoulé et la nature occasionnelle ou fréquente des sinistres.

En fonction des seuils prédéfinis par la direction technique, cette étape permet à l'assureur de décider soit de l'exclusion du risque ou de sa conservation dans le portefeuille, soit de décider du retrait, de la révision ou du maintien des réductions diverses accordées. En tout état de cause lorsqu'il a été enregistré par exemple après la survenance d'un grand sinistre, mais occasionnel, et que la branche possède malgré tout une sinistralité acceptable on pourrait maintenir les avantages tarifaires de l'assuré.

C'est bien en ce moment un jeu normal de l'assurance, l'assuré n'ayant pas vocation à être sanctionné au moindre sinistre. Lorsque l'assuré possède plusieurs risques placés chez l'assureur, l'assureur pourrait en plus, apprécier son résultat global en vue d'un possible traitement technico-commercial de faveur.

Dans tous les cas, l'appréciation des statistiques de l'assuré se fera au cas par cas, et la sanction technique se fera souvent en considération de son statut de prescripteur d'assurances ou non mais toujours dans le respect de canevas techniques.

4- Action sur les variables techniques des contrats

Cette solution concerne plus les affaires nouvelles, lorsque le souscripteur trouve que le montant de sa prime est cher et menace d'aller à la concurrence. Cela suppose que les tentatives de sensibilisation préconisées ci-dessus ne l'ont pas convaincu. L'assureur devra trouver le moyen de le réduire et de l'arracher à tout prix surtout quand le risque est de bonne qualité et répond à sa sélection. Il proposera une assurance courte période aux meilleures garanties conformes au besoin de l'assuré. S'il tient à une couverture annuelle au montant disponible l'assureur jouera sur les variables techniques du contrat afin de circonscrire son engagement. C'est ainsi qu'il conviendra avec ce dernier d'une limite contractuelle d'indemnité, d'une franchise plus élevée, ou d'exclusions de garanties pour s'en tenir à l'essentiel. L'assureur tâchera de bien éclairer le souscripteur sur les nouvelles conditions dans lesquelles sa garantie peut être due en cas de sinistre. On évitera de cette façon des différends après sinistre.

Pour les assurances courtes périodes on évitera tant que possible que la somme des primes de prolongement n'excède la prime totale annuelle calculée. Il faudrait alors limiter le nombre de prolongement à deux ou trois pour éviter des coûts d'actes lourds à supporter. A propos, cette faveur fut une doléance du syndicat burkinabè des transporteurs auprès du ministre en charge des assurances dans l'objectif du soulager ceux qui ne peuvent pas obéir à la contrainte de paiement intégral de la prime (art. 13 nouveau CIMA).

Toujours relativement au montant de la prime, l'assureur utilisera utilement la sinistralité de chaque garantie commercialisée étant entendu qu'au-delà des mutualités par

branche, par contrat, on peut aussi en avoir par garantie. En effet des réductions pourront être accordées de préférence sur les primes des garanties de plus faible sinistralité.

Quand à la réponse au besoin de garantie pour les risques dont la nature est sélectionnable mais dont certains détails sortent des standards prédéfinis par l'assureur, il est judicieux d'utiliser une formule de répartition technique des risques. Cette répartition peut être verticale (la réassurance) ou horizontale (coassurances). L'assureur ne doit surtout pas exposer son portefeuille par négligence ou par cupidité²⁴.

5- La rigueur dans le respect des critères de sélection des risques

La sélection des risque signifie que l'assureur ne doit pas accepter «du n'importe quoi» dans son portefeuille. Il s'agit ici du lieu où, il faudrait plutôt prôner une réorientation du management des sociétés d'assurance axé sur les chiffres vers un management axé sur le résultat. Le résultat devrait être ce qui compte pour une compagnie d'assurances qui devrait, se servir de la technique des assurances pour mieux vendre ses garanties au juste prix.

Il n'est nullement important de réaliser un chiffre d'affaire vertigineux pour aboutir à un résultat dérisoire. Il est en effet du devoir de l'assureur de ne pas laisser se détériorer les résultats techniques. Certes la loi des grands nombres démontre que plus grand est le nombre de risques assurés et moins grande est la probabilité d'un écart technique entre la survenance des sinistres et leur prévision statistique. Mais ajoute-t-elle que ceux-ci doivent être homogènes, identiques et indépendants.

Or, on remarque que sur notre marché certains assureurs tout en souscrivant les mêmes types de risques que ses confrères, prennent aussi en charge les risques rejetés par ces derniers si bien qu'on se demande raisonnablement si de telles sociétés procèdent à une véritable sélection.

Nous avons vu que lorsque la sélection est mauvaise le résultat le sera aussi du fait de la nature éparse des risques d'un même portefeuille. Il serait alors prudent et recommandé de refuser le risque en bloc lorsque sa nature n'est pas sélectionnable. Mais lorsque c'est simplement le besoin de couverture qui est spécifique ou personnalisé il faudrait simplement savoir tarifer. Il ya le risque dans toute sa matérialité et l'esprit de l'assurance.

²⁴ Recherche exacerbée d'argent en voulant garder le maximum de prime et compter sur la chance d'une absence de sinistre pour faire du bénéfice sur un risque donné.

L'assureur doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques du client sans s'écarter des canevas techniques de son métier. De plus, quand on maîtrise un risque dans un environnement donné, on peut mieux apprécier l'aléa et mieux définir son engagement. L'assureur s'aidera ainsi par exemple de l'estimation du <<sinistre maximum possible>> (SMP) pour moduler les variables techniques du contrat d'assurance afin de rester professionnel tout en proposant une prime approuvée par son client.

6- La note de couverture : véritable palliatif des lenteurs de souscription

La rapidité des opérations est, comme déjà souligné, une exigence inviolable du monde des affaires. A cet effet une société d'assurance plutôt que d'être lente, doit être prudente. C'est à juste titre qu'il utilisera efficacement des attestations de garanties provisoires pour pallier les lenteurs de souscription, situations commercialement et techniquement préjudiciables. Cette possibilité est d'ailleurs fondée sur le dernier alinéa de l'article 7, qui permet que l'assureur puisse s'engager par la remise d'une note de couverture au souscripteur.

En effet, afin de réaliser rapidement l'affaire, de répondre promptement à la demande d'assurance et d'encaisser la prime, l'assureur émettra une note de couverture pour accorder provisoirement sa couverture au risque en attendant que le contrat définitif soit rédigé ou l'étude du risque, complétée. Juridiquement, elle ne constitue qu'un accord temporaire qui n'engage pas les parties au-delà de la date fixée (un ou deux mois).

Pour renforcer sa propre sécurité, l'assureur lui attachera un engagement à lire et à approuver par le souscripteur. Ce dernier attestera que les informations fournies sont vraies, et se dira prêts à voir appliquer les articles 18 et 19 du code CIMA. L'assureur tachera de limiter provisoirement sa garantie temporaire à la capacité de souscription disponible de ses traités de réassurance afin de prévenir les difficultés de placement en facultative. Ce montant sera indiqué sur l'attestation.

Le laps de temps servira au professionnel de l'assurance à vérifier la véracité des déclarations, la réalité et la licéité du risque ainsi que d'apprécier la gravité du risque. Pour les sociétés filiales de groupe une franchise temporelle avec faculté de résiliation sera nécessaire pour attendre l'accord de souscription du siège.

II- LA REORIENTATION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE

Cette réorientation vise à abandonner la guerre sur les prix en assurance par l'usage de méthodes et d'outils à la disposition des assureurs.

1- La proximité permanente et continue avec la clientèle

Jusqu'à nos jours, le montant de la prime reste l'argument commercial le plus usité par la quasi totalité des assureurs parce qu'étant le plus convaincant. C'est la raison pour laquelle la sous tarification a pris et prend toujours de l'ampleur. On constate aussi que les intermédiaires ne gèrent pas les clients de la même manière que la société mère. Les intermédiaires suivent mieux leurs clients en vue du renouvellement car leur rémunération en dépend. D'ailleurs il nous a été donné de constater au cours de notre stage, que des intermédiaires, mêmes des agents généraux s'affichent en vrais défenseurs de leurs clients, allant jusqu'à s'opposer à leur exclusion du portefeuille pour cause de mauvaises statistiques, et à suivre leurs dossiers pour la prompte et bonne indemnisation.

La vocation de l'assureur est d'être en permanence proche, au service de l'assuré. En effet les relations qui s'instaurent entre l'assureur et le souscripteur seront échelonnées dans le temps. L'assureur doit être présent avant, pendant et après la souscription des contrats. Il doit informer et conseiller utilement ses clients. Après la conclusion du contrat, il veillera à la prompte et conforme confection des polices. Il doit répondre correctement aux questions des assurés et surveiller l'évolution des garanties. De nos jours le rôle de conseil de l'assureur devient prédominant et les consommateurs se montrent de plus en plus exigeants à cet égard.

Les sociétés devraient elle aussi demeurer proches de leur clientèle. Le client doit se sentir bien considéré par son assureur. L'émission des avis d'échéance écrits devrait par exemple être suivie d'appel téléphonique du client. Il pourrait lui être proposé de nouvelles garanties, ou pourrait lui annoncer les avantages tarifaires dont il bénéficierait au renouvellement. L'assureur pourrait rendre visite sur place à certains assurés, et conquérir de nouveaux contrats. Les visites de risques sont des occasions indiquées pour cette conquête.

2- L'approche qualité et professionnalisme

L'accent doit être mis sur l'accueil, le conseil et le suivi des clients. L'atmosphère des locaux et le dévouement des travailleurs sont d'importance capitale. Tout salarié doit

réserver une attention particulière aux clients et l'orienter vers les services indiqués où il les confiera aux bons soins de ses collègues.

D'ailleurs, dans les sciences managériales, certains penseurs nous apprennent qu'il n'y point de dynamique collective sans dynamiques individuelles.

Les sociétés doivent attacher du prix à l'écoute du client, toujours faire un traitement technique de ses problèmes, ressortir des réponses assurancielles à ses besoins et encaisser la prime commerciale. Elle ne devrait pas non plus négliger la communication non verbale car l'immatérialité des services fait que toute image dégagée par l'assureur doit inspirer confiance aux assurés et prospects. Cela passe par le dynamisme de tous les travailleurs, la qualité des locaux, matériels et mobiliers. La qualité des documents destinés aux publics tels les prospectus, les contrats, lettres et avis. Leur forme et leur fond doivent être des plus beaux et accrochants.

La société disposera utilement d'une cellule interne de médiation pour gérer « à l'anglaise »²⁵ les différends de toutes natures avec les clients. Cette cellule sera constituer des membres du personnel disposant le plus de capacité de conviction. Ceux-ci peuvent ne pas relever du même service.

3- Le rôle important du département commercial

Il est hors de doute que la dimension commerciale se révèle prépondérante dans le domaine des assurances. Le département commercial doit bien veiller sur les renouvellements compte tenu du fait que les coûts de maintien d'un client s'avèrent largement inférieurs à ceux de sa conquête. Un marketing défensif coûte moins cher qu'un marketing offensif qui oblige souvent une confrontation avec la concurrence. Un ancien client devient presque un partenaire. Donc une publicité vivante au profit de son assureur. En effet le département commercial réunira tous les motifs de résiliations et de non renouvellement aux fins d'analyse pour en comprendre les véritables mobiles.

Tous les services de la société doivent noter dans le détail, tous les problèmes en rapport avec la clientèle, et les transmettre au département chargé des questions commerciales. Celui-ci les centralisera, étudiera leur récurrence et appréciera l'urgence de leur solution. Un état est envoyé à chaque chef de service qui collectera les avis de ses collaborateurs, qu'il présentera à une réunion des cadres à tenir à l'effet d'une prise de

²⁵ Les Anglais sont reconnus pour leur habileté de gérer les assurés en gentleman. Par exemple ils trouvent toujours des astuces pour reconforter les sinistrés non couverts et raffermir la qualité des relations commerciales.

décisions adaptées. Il serait indispensable d'examiner les sources, les effets, de proposer des solutions ainsi que des mesures de prévention. L'ensemble des cotations infructueuses feront également l'objet d'étude en vu de la détection des éléments défavorisant.

A propos de la prospection, le service clientèle ne se passera pas des statistiques. Il estimera le taux de saturation propre à chaque assuré du portefeuille en faisant le rapport entre les garanties déjà souscrites par chacun et le nombre total de garanties dont il est susceptible de souscrire en fonction de sa situation propre. Pour les assurables ou assurés de la concurrence, le taux de saturation permettra de leur proposer par exemple un contrat d'appel (à prime exceptionnelle mais conforme) dans l'optique de les attirer avec tous leurs autres risques, dans le portefeuille de la société.

Outre le marketing direct qui est généralement en amont de l'activité des sociétés d'assurances, il ya aussi en aval la fonction sinistre qui est spécifiquement la leur.

4- La reconsidération du service sinistre

Au regard des pratiques actuelles, la plupart des sociétés d'assurances ne semblent pas du tout ou pas suffisamment intégrer le volet sinistre dans leur stratégie commerciale. Or les prestations en cas de sinistre constituent la pierre angulaire de la profession d'assureur. La survenance d'un sinistre étant l'occasion pour les assurés et bénéficiaires de contrats d'assurances de vérifier <<la compétence, l'honnêteté, l'efficacité mais aussi le tact et l'humanité des assureurs dans leur façon de traiter les victimes d'un événement assuré.>>²⁶. C'est d'ailleurs le moment pour le souscripteur de consommer la garantie qu'il a achetée, à savoir l'engagement d'être rapidement et correctement indemnisé en cas de réalisation du risque. C'est l'obligation centrale de l'assureur, celle qui justifie la souscription du contrat d'assurance et le paiement de la cotisation²⁷.

La célérité et la qualité des règlements de sinistre constituent donc la meilleure publicité d'une société d'assurance. Un client satisfait devient facilement fidèle, une victime indemnisée par une société concurrente avec professionnalisme et qualité, est un client potentiel pour cette dernière. Elle peut lui proposer ses produits avec succès.

Le service sinistre est le lieu de découvrir la non-conformité des garanties souscrites et les besoins propres de couverture : capital insuffisant, franchise élevée, déficit de garantie, besoin d'extension, de garanties supplémentaires ou complémentaires. Le régleur sinistre

²⁶ Jérôme Yeatman, « Manuel International de l'assurance », ECONOMICA, 1998, page 231

²⁷ C'est l'autre appellation de la prime d'assurance préconisée en France par la commission d'amélioration du langage de l'assurance.

doit dans ce cas devenir un technico-commercial pour éclairer la victime et/ou l'assuré sur le produit ou la formule de produits adaptés. Lorsqu'un sinistre n'est pas garanti, on le notifiera avec la meilleure formule commerciale qui soit.

Selon Jérôme YEATMAN, professionnel et exégète de l'assurance, la concurrence entre les assureurs sur le marché se fait en réalité sur les prix, parfois sur les conseils ou l'image, mais plus fondamentalement et à long terme sur la capacité de gérer, vite et bien les sinistres. Le règlement des sinistres est le cœur du métier d'assureur, sur l'efficacité duquel il doit reposer à terme sa réputation.

Un client qui trouve élevée sa prime de renouvellement, devrait être dirigé vers le service sinistre qui lui expliquera que cette augmentation est la résultante de sanctions tarifaires pour cause de sinistre responsable, concernant les contrats avec la clause de « bonus-malus ». Ce service est mieux placé pour lui faire comprendre et lui rappeler que la hausse de la prime, loin d'être une sanction, vise plutôt une meilleure couverture.

Nous reconnaissons l'importance commerciale de la fonction sinistre mais l'encadrement technique de la force de vente est tout de même un véritable moyen de prévention de l'inadéquation technico-commerciale.

5- L'encadrement technique des intermédiaires

Les intermédiaires sont de vrais partenaires des compagnies des assurances. Eu égard au volume d'affaires qu'ils apportent il est nécessaire que ceux-ci aient une bonne appréhension technique des produits d'assurance commercialisés. Ils pourront ainsi non seulement, mieux conseiller leurs prospects mais aussi veiller à une bonne sélection des risques conformément à la politique de sélection de la société. Etant en contact permanent avec le prospect, ils joueront un grand rôle d'éclaireurs afin que celui-ci accepte de payer la bonne prime. Il y va des ses propres intérêts car lorsque la prime nette est bien évaluée la commission le sera aussi.

Pour ce qui est des courtiers et agents généraux, le code CIMA est sans équivoque quant à leurs aptitudes professionnelles techniques requises. Mais pour les apporteurs divers et les conseillers un bon encadrement technique est nécessaire. Le bon vendeur d'assurances est celui qui maîtrise mieux les garanties et le fonctionnement des contrats. C'est ainsi qu'il pourra vendre des produits d'assurances conformes aux besoins de ses prospects.

Pour les agents généraux, étant des représentants des compagnies des assureurs, il importe même qu'ils aient connaissances des capacités de souscription de leur société mère.

Les assureurs évalueront périodiquement la qualité des risques de chaque intermédiaire afin de lui faire des remarques sur sa sélection ou sur les garanties qu'il conseille à ses clients. Le ratio sinistre à prime par intermédiaires serait un meilleur indicateur pertinent dans ce cas. L'assureur doit pouvoir accompagner ses commerciaux dans la conquête de certains clients.

Tout compte fait, on retient que chaque société dispose en son sein des moyens nécessaires pour adapter ses exigences techniques à ses réalités commerciales. Cependant d'autres efforts salvateurs peuvent et doivent être faits sur les plans structurel et organisationnel.

III- APPROCHE STRUCTURELLE ET ORGANISATIONNELLE

1- La pratique des pools

Au regard des différentes sources d'inadéquation des impératifs technico-commerciaux inhérentes à la réalité du marché, la pratique des pools²⁸ sur le marché burkinabè de l'assurance se présente comme une solution conciliatoire efficace, nécessaire et urgente. C'est <<une forme de coassurance obligatoire>>²⁹ entre toutes les sociétés exerçant dans la branche ou sous-branche concernée pour des garanties déterminées. Elle procède d'une culture de groupe entre assureurs d'un même marché face à un mal communément vécu.

Nous la suggérons dans les branches ou sous branches à sinistralité relativement élevée et objet de sous tarification telles celles de les assurances « santé », des véhicules de transport public de voyageurs ou de marchandises. Il appartiendra à l'APSAB30 d'identifier les branches ou sous-branches concernées. Elle s'inspirera largement de l'expérience des pays qui la pratique déjà dans la branche automobile pour organiser son fonctionnement à savoir les modalités de souscription, la répartition de la prime nette, les modalités de gestion des sinistres ainsi que des sanctions d'application stricte des contrevenants. Un tel regroupement des assureurs rend inefficace l'argument commercial basé sur la prime. La juste prime à la hauteur du risque sera exigée par tous les assureurs pour les mêmes garanties. Cela atténue très considérablement la sous tarification.

²⁸ Groupement d'entreprise d'assurances visant à la prise en charge collective de risques spécifiés.

²⁹ Jean marie FOTSO in « AFRIQUE ASSURANCE » n°2 de novembre 2010, page 8

³⁰ Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso

Les primes perçues étant centralisées et réparties entre toutes les sociétés d'assurance IARDT concernées, quelle que soit la société productrice, « casser la prime » pour attirer la clientèle devient sans intérêt. Ce, d'autant plus que tout coupable de sous tarification ou de mauvaise gestion de sinistre sera sanctionné.

Par ailleurs, la pratique des pools permettra d'aboutir à des résultats positifs pour le marché burkinabè des assurances. Elle permet de :

- veiller à la bonne application des tarifs réglementaires ;
- de veiller sur le respect scrupuleux des normes de souscription et de gestion de l'assurance de la sous branche visée, notamment en ce qui concerne la maîtrise des commissions servies aux intermédiaires d'une part, l'encaissement effectif de la prime d'autre part ;
- veiller à la prise en charge effective des assurés ou des victimes en cas de sinistre ;
- Et surtout de centraliser les informations reçues afin d'établir des statistiques fiables qui permettront d'améliorer la qualité de service de la catégorie de risques visée.

La coassurance est également une bonne solution de conciliation. Cette forme de répartition horizontale des risques permet aux sociétés de procéder à une meilleure prise en charge des risques par une bonne tarification. En effet on a pu constater que certains risques à forte sinistralité changent de portefeuille chaque année (par exclusion ou recherche de plus faible prime). Dans ces cas types, les assureurs devraient s'unir en coassurance et imposer à ce risque une prime à la hauteur du risque et lui imposer des mesures de prévention. A ce propos, nous apprécions la coassurance des véhicules de la SOTRACO³¹ au Burkina Faso. C'est la preuve que le besoin d'un pool TPV s'impose sur notre marché et, une étude de faisabilité s'avère nécessaire. La pratique des pools pourrait être accompagnée de mesures collectives de prévention.

2- La prévention des risques

La prévention des risques présente un double intérêt. D'une part, elle profite directement à l'assureur notamment en ce qu'elle contribue à réduire les montants des sinistres en permettant de les éviter ou d'amoindrir leurs coûts. D'autre part, l'assuré

³¹ SOciété de TRANsport en COMmun ayant un parc important de bus pour le transport en commun à l'intérieur de la ville de Ouagadougou.

bénéficie d'abord directement de la réduction des tarifs par la réduction du coût total des sinistres et donc de la baisse subséquente du montant de ses cotisations. La prévention épargne ensuite l'assuré des tracasseries, gênes, douleurs ou infirmités et perturbations diverses, qui ne seront « jamais entièrement compensés »³².

Ainsi les assureurs burkinabè pourront faire la prévention à titre individuel ou collectivement via leur organisme professionnel. Par exemple à travers des actions de soutien à l'effort national de sécurité routière, à la sensibilisation de masse sur la prévention de certaines maladies récurrentes. Des mesures incitatives à l'égard des clients par l'octroi d'avantages tarifaires à ceux qui appliquent scrupuleusement les mesures de prévention, en imposant contractuellement certains aménagements des locaux assurés ou des modes de production.

L'APSAB doit disposer d'un comité professionnel chargé d'étudier et de promouvoir toute action de prévention et encourager toute initiative, surtout médiatique, d'information sur les assurances. Cela pourrait passer par l'institution d'un cadre d'information gratuite et neutre du public sur toutes les questions d'assurances, comme la CDIA³³ en France.

3- La réglementation des contrats d'objectifs des dirigeants

Nous avons vu que les contrats d'objectifs soumettent très souvent les dirigeants de sociétés d'assurances à une pression permanente très souvent nuisible. Pourtant toute entreprise a nécessairement des ambitions. Et de telles ambitions ne doivent pas être démesurées. C'est pourquoi nous suggérerions que ces contrats d'objectifs soient réalistes et appréciés conformément à la taille du marché, au taux moyen d'évolution du chiffre d'affaires national, à la réalité économique et au potentiel de matière assurable disponible.

4- Le code de bonne conduite

L'institution d'un code de bonne conduite professionnelle aidera à assainir la concurrence, à redorer l'image des assureurs et de maîtriser les risques. A propos il faut saluer et encourager la concrétisation du projet de code de bonne conduite relatif à l'application effective des dispositions du règlement N° 001/CIMA/PCMA/PCE/PCE/2011 du 11 avril 2011. Il vise un engagement ferme de tous les acteurs du marché des assurances

³² In « Manuel international de l'assurance » J. Yeatman, 1998, Page 90

³³ Centre de Documentation et d'Information de l'Assurance créé et géré par la fédération française des sociétés d'assurance.

que sont les << Dirigeants et membre du personnel des compagnies d'assurances, aux consommateurs (souscripteurs, Assureurs et bénéficiaires de contrats d'assurances de dommages), aux intermédiaires (Agents généraux et courtiers)>>. Il fixe de manière stricte des règles de comportement minimales et vise l'engagement ferme des ces acteurs au <<respect des lois, des règlements et de l'éthique de la profession d'assureur >>³⁴.

Nous proposerons que les assureurs du marché cultive l'obligation de présentation préalable d'un certificat de non sinistre pour tout changement d'assureur, afin que le nouvel assureur puisse mieux apprécier l'antériorité des risques dont il consent la prise en charge. Cela permettra sans doute d'améliorer à long terme la fiabilité des statistiques nationales.

5- L'implication de la direction des assurances pour une plus forte culture d'assurances

L'annexe II du traité CIMA précise que la promotion locale du secteur des assurances relève des attributions assignées aux directions nationales des assurances. Et l'implication de la direction des assurances du Burkina Faso pour une plus forte culture d'assurances est, à l'évidence, conforme à cette prescription. Ainsi il serait souhaitable qu'elle s'investisse davantage à la sensibilisation des assurables à travers, conférences publiques et émissions médiatiques régulières et neutres sur les questions d'assurance. Cella permet l'appropriation par le public du bien fondé de l'assurance et surtout de son importance.

La DA³⁵ participera également à la vulgarisation des produits d'assurance mal connu mais d'une importance parlante pour les populations. L'assurance individuelle accidents est par exemple fortement recommandable aux populations et particulièrement aux citadins de grandes villes où les accidents de la circulation sont très fréquents.

Nous pensons que par cette implication de la DA, les assurables seront très bien préparés à consommer utilement l'assurance, à comprendre avec beaucoup d'aise le coût des couvertures d'assurances.

³⁴ Réf. Projet de code de bonne conduite relatif l'application effective des dispositions du règlement N°001/CIMA/PCE/2011.

³⁵ Direction des Assurances du Burkina Faso

CONCLUSION GENERALE

Notre stage de six mois, effectué au sein de l'entreprise ALLIANZ BURKINA ASSURANCES, a été d'un apport considérable à notre formation. Ce, du fait de notre contact avec les pratiques du métier d'assureur. Ce fut pour nous, l'occasion de connaître l'organisation, le fonctionnement et les difficultés des sociétés et du marché burkinabè des assurances. C'est, d'ailleurs cette réalité qui nous a appris que dans leur quotidien, les sociétés d'assurances peinent à concilier les exigences techniques de leur profession avec les contraintes commerciales.

Et à ce propos, notre analyse du problème ressort qu'il tient essentiellement aux réalités actuelles du marché national. Ainsi la concurrence impitoyable entre assureurs, l'importance du client pour l'assureur, les besoins propres des clients, le poids des contrats d'objectifs et les exigences du monde des affaires, constituent les causes majeures. Cet état de fait conduit très souvent les sociétés d'assurances à privilégier soit l'application de la technique, soit la préservation des relations commerciales : l'un au détriment de l'autre.

En général, elles se réduisent à la pratique de la sous tarification, au non respect des principes de sélection des risques et s'écartent de toute démarche prudentielle. En conséquence, elles en subissent les inconvénients sur les plans commercial, technique et financier tels : la fuite des clients, le déséquilibre de la mutualité, la fragilité de leurs piliers techniques, les pertes, les difficultés en réassurances. Dès lors, elles s'exposent à toutes mesures légales à prendre par la CRCA.

Pourtant cette situation, loin d'être une fatalité, peut bien être résorbée au bénéfice de chaque société, du marché national et de tous les consommateurs de services d'assurances. Pour cela, doivent être envisagées et appliquées, des solutions optimales : la sensibilisation, l'usage d'outils techniques, la réorientation de la stratégie commerciale, et l'instauration d'une nouvelle approche structurelle et organisationnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- ✓ Code CIMA, SEDDITA, 2009

- ✓ Manuel international de l'Assurance, Jérôme YEATMAN, Economica, 1998
- ✓ « Les Grands principes de l'assurance », Michel L. et autres, L'Argus, 1999

- ✓ Cours d'introductions à l'assurance de M. AYEVA L. Ouro, IIA / MSTA 2010-2012
- ✓ Cours de contrôle sur pièce et sur place, M. Adama NDIAYE, IIA/MSTA 2010-2012
- ✓ Cours de Comptabilité des Assurances, Denis Neiter, IIA/MSTA 2010-2012

- ✓ Rapport d'étude et de stage de M. BAMOGO Dominique sur la sous tarification, cas du marché burkinabè, Novembre 2008

- ✓ Jean Marie FOTSO in « AFRIQUE ASSURANCE » n°2 , novembre 2010
- ✓ OUEDRAOGO (A), L'assurances en zone CIMA- quelles solutions pour la consolidation des compagnies d'assurances ?, L'Assureur Africain, N°68 et 69, 2008
- ✓ FANAF, Le Marché de l'assurance en Afrique, février 2010
- ✓ REVUE le Réassureur Africain 24^{ème} édition, juin 2010

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
ABSTRACT	v
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES ET SON MECANISME DE FONCTIONNEMENT	4
CHAPITRE I : LA PRESENTATION D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCE.....	5
I- L'HISTORIQUE D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES ET DU GROUPE ALLIANZ	5
1- Allianz Burkina	5
2- Allianz Africa et le Groupe Allianz	6
II- LA STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT D'ALLIANZ BURKINA ASSURANCES.....	7
1- LA DIRECTION GENERALE.....	7
2- La Direction Générale Adjointe	8
III- ALLIANZ BURKINA ASSURANCES EN CHIFFRES	11
CHAPITRE II : PROCEDURE DE SOUSCRIPTION	12
I- LA SOUSCRIPTION AUTOMOBILE	12
1- La police mono.....	12
2- La police flotte	12
II- LA SOUSCRIPTION TRANSPORT, INCENDIE ET RISQUES DIVERS.....	12
1- La souscription Incendie et Risques Divers.....	12
3- La Souscription transport	13
III- QUELQUES CAS PARTICULIERS.....	13
1- Au niveau des polices d'abonnement	13
2- Au niveau des risques d'aviation	13
3- Au niveau des risques coassurés.....	13

CHAPITRE III : LA GESTION DES SINISTRES	14
I- La gestion des sinistres en Incendie et Risques Annexes	14
1- Le processus	14
2- Le circuit administratif des dossiers sinistre	14
II- LA GESTION DES SINISTRES AUTOMOBILE.....	15
1- Les sinistres matériels.....	15
2- Les sinistres corporels.....	16
III- LES RECOURS	16
IV- SUGGESTIONS	17
DEUXIEME PARTIE : CONCILIATION DES CONTRAINTES TECHNIQUES ET COMMERCIALES DANS LA PRODUCTION ET LA GESTION DES CONTRATS D'ASSURANCES NON VIE : CAS DU MARCHE BURKINABE	20
CHAPITRE I : LES PRINCIPES DIRECTEURS DU SECTEUR DES ASSURANCES	21
I- LE CADRE REGLEMENTAIRE.....	21
1- La loi unique sur les assurances : le code CIMA	21
2- La législation locale	23
3- Le contrôle des assurances	24
4- L'agrément des professionnels.....	25
II- LES BASES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE	26
1- La notion de mutualisation des risques	26
2- La loi des grands nombres.....	27
3 -Principe de l'indépendance et de l'homogénéité.	27
CHAPITRE II : LE PROBLEME D'HARMONISATION DES IMPERATIFS TECHNICO- COMMERCIAUX ET SES ENJEUX SUR L'INDUSTRIE DES ASSURANCES.....	29
I- QUELQUES SOURCES DU PROBLEME INHERENTES AUX REALITES ACTUELLES DU MARCHE.....	29
1- La conciliation face au jeu de la concurrence	29
2- La conciliation face à l'importance du client dans le portefeuille	30
3- La conciliation face aux besoins propres du prospect.....	31

4-	La conciliation face aux exigences du monde des affaires	33
5-	La conciliation face aux contrats d'objectifs des professionnels de l'assurance	33
II- LES INCONVENIENTS DE L'INADEQUATION TECHNICO-COMMERCIALE		34
1-	Les inconvénients d'ordre commercial	34
2-	La sous tarification proprement dite	35
3-	Le déséquilibre de la mutualité des risques et difficultés de paiements de sinistres..	35
4-	L'insuffisance des provisions pour risque en cours	36
5-	Les incidences financières négatives et impact sur la réassurance	37
III- L'INTERET DE LA CONCILIATION POUR NOTRE MARCHÉ		41
1-	Une concurrence plus saine, pure et parfaite	41
2-	La solidification des piliers techniques des sociétés	41
3-	Des sociétés plus compétitives.....	42
4-	De meilleures prestations au profit des assurés.....	42
5-	L'amélioration de l'image des assureurs.....	42
CHAPITRE III : PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE HARMONISATION TECHNICO-COMMERCIALE		43
I- LA SENSIBILISATION DES ASSURES ET DES OUTILS TECHNIQUES COMME MOYENS EFFICACES DE CONCILIATION.....		43
1-	La sensibilisation et l'implication de l'assuré	43
2-	La redistribution d'une partie de la prime.....	44
3-	L'analyse des statistiques propres de l'assuré.....	45
4-	Action sur les variables techniques des contrats	46
5-	La rigueur dans le respect des critères de sélection des risques.....	47
6-	La note de couverture : véritable palliatif des lenteurs de souscription.....	48
II- LA REORIENTATION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE		49
1-	La proximité permanente et continue avec la clientèle	49
2-	L'approche qualité et professionnalisme	49
3-	Le rôle important du département commercial	50

4-	La reconsidération du service sinistre	51
5-	L'encadrement technique des intermédiaires	52
III-	APPROCHE STRUCTURELLE ET ORGANISATIONNELLE	53
1-	La pratique des pools	53
2-	La prévention des risques	54
3-	La réglementation des contrats d'objectifs des dirigeants	55
4-	Le code de bonne conduite	55
5-	L'implication de la direction des assurances pour une plus forte culture d'assurances	56
	CONCLUSION GENERALE	57
	BIBLIOGRAPHIE	58
	TABLE DES MATIERES	59

DEDICACE

A

Notre père El Hadj RABO Rasmané

Et à

Notre mère Adja SAWADOGO Habibou