



**CONCILIATION DES CONTRAINTES TECHNIQUES ET
COMMERCIALES DANS UNE APPROCHE
STRATEGIQUE POUR UNE SOCIETE D'ASSURANCES :
CAS DE CORIS ASSURANCES**

**Master Spécialisé en Management des Entreprises et des
Organisations Management Stratégique et Opérationnel (MEO/MSO)**

Présenté et soutenu publiquement le [Date] par : RABO Hadarai

Travaux dirigés par :
Thomas ZONGO Directeur Général, Coris Assurances

Jury d'évaluation du stage :
Promotion [2014/2015]
Président : Prénom NOM

correcteurs : Prénom NOM

DEDICACE

Plusieurs personnes nous ont aidés à la réalisation de ce travail. Nous saisissons l'occasion pour leur témoigner notre profonde gratitude.

A Monsieur Idrissa NASSA, Président Directeur Général de Coris Holding SA, dont les très fortes qualités en Management, sa culture de l'excellence, de la rigueur au travail et de la qualité éclairent l'ensemble des filiales du groupe Coris.

A Monsieur Thomas ZONGO, Directeur Général de CORIS ASSURANCES, dont les qualités d'encadrement, la persévérance, les conseils et la compétence nous ont permis de mener à bien ce travail de recherche;

A tout le personnel de CORIS ASSURANCES et particulièrement aux membres du Comité de direction pour leur entière et franche collaboration tout au long de notre travail ;

REMERCIEMENTS

Nous voudrions aussi très sincèrement remercier :

- les responsables pédagogiques de la formation au 2ie ;
 - les responsables et coordonnateurs de la formation à distance au 2iE, notamment ceux du Master spécialisé MEO-MSO;
 - les enseignants du 2iE pour leur tutorat très apprécié et leur esprit pédagogique;
 - les camarades de la cohorte d'avril 2014 du Master Spécialisé MEO-MSO ;
 - tous nos amis et toutes nos amies qui nous ont accordé leurs soutiens de diverses natures.
- Nous dédions ce travail à toute notre famille et surtout à nos père et mère Rasmané RABO et Habibou SAWADOGO pour leurs soutiens multiples et multiformes durant toute notre formation scolaire et académique.

RESUME

Cette recherche étudie la conciliation des contraintes techniques et commerciales dans le cadre d'une approche stratégique dans une société d'assurances qu'est CORIS ASURANCES. Nous y avons a priori mené une étude théorique en vue de trouver les normes techniques et réglementaires applicables à ce secteur d'activités. Nous avons également essayé de présenter et d'analyser les difficultés de leur mise en œuvre pratique, les solutions envisageables pour y remédier ainsi que la stratégie à développer par la structure pour prendre en compte ces deux paramètres dans son management organisationnel.

Ce travail s'est effectué par des échanges avec des membres du comité de direction de la société et des études documentaires.

Notre objectif est de montrer que la mise en place d'une stratégie de développement adaptée et à même de concilier harmonieusement les volets techniques et commerciaux dans la gestion des opérations professionnelles est possible et surtout souhaitable au sein de cette organisation dont les risques opérationnels ne sont pas négligeables.

En d'autres termes il s'est agi pour nous de proposer les grandes lignes pour la mise en place d'une approche stratégique conséquente et de montrer qu'elles constituent des leviers sûrs pour bâtir une organisation efficace, performante, compétitive et pérenne.

Mots clés :

- Contraintes techniques et commerciales,
- Bases techniques et réglementation des assurances,
- Gestions des opérations,
- Stratégie,
- Compétitivité

LISTE DES ABREVIATIONS

APSAB	: Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina
2Ie	: Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
CIMA	: Conférence Interafricaine de Marchés d'Assurances
CRCA	: Commission Régionale de Contrôle des Assurances
DA	: Direction des assurances
DGTCP	: Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances
PCA	: Président du Conseil d'Administration
PREC	: Provision pour Risques en Cours
PSAP	: Provision pour Sinistre à Payer
SMIG	: Salaire Minimum Interprofessionnel Garantie

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
RESUME.....	iii
LISTE DES ABREVIATIONS.....	iv
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : LE CADRE DE L'ETUDE ET LES PRINCIPES DIRECTEURS DU SECTEUR DES ASSURANCES.....	4
I. LE CADRE DE L'ETUDE.....	4
II. L'ENVIRONNEMENT DE LA REGLEMENTATION	6
III- LES BASES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE	11
CHAPITRE II : L'EXPOSE DU PROBLEME DE CONCILIATION DES IMPERATIFS TECHNICO-COMMERCIAUX ET SES ENJEUX SUR L'INDUSTRIE DES ASSURANCES	14
I-QUELQUES SOURCES DU PROBLEME INHERENTES AUX REALITES ACTUELLES DU MARCHE.....	14
II-LES INCONVENIENTS DES ECARTS ENTRE LA TECHNIQUE ET LE COMMERCIAL	19
III-L'INTERET D'UNE BONNE CONCILIATION POUR CORIS ASSURANCE	27
CHAPITRE III : LES PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE HARMONISATION TECHNICO-COMMERCIALE	29
I-LA SENSIBILISATION DES ASSURES ET DES OUTILS TECHNIQUES COMME MOYENS EFFICACES DE CONCILIATION.....	29
IV-LA REORIENTATION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE	34
V-UNE APPROCHE PROFESSIONNELLE GLOBALE	39
CHAPITRE IV : LA MISE EN PLACE D'UN PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT.....	44
I-AVOIR UNE MISSION GLOBALE POUR L'ENTREPRISE	44
CONCLUSION GENERALE	49
BIBLIOGRAPHIE	50
TABLE DES MATIERES	51

INTRODUCTION GENERALE

Une société d'assurance est d'abord une société commerciale par sa forme juridique, qui, afin de pouvoir non seulement satisfaire ses actionnaires et surtout supporter ses propres charges de fonctionnement, se doit de réaliser un volume planché de chiffre d'affaires à même de générer un bénéfice conséquent. Conformément à la loi statistique des grands nombres, fondement du principe de la mutualisation qui, en nous indiquant la charge moyenne des sinistres, nous montre implicitement qu'on ne peut réaliser de bénéfice qu'au-delà d'une certaine quantité de contrats. Donc d'une certaine masse de primes individuelles soigneusement calculées selon les bases techniques de l'assurance et obtenues d'un certain nombre 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 d'un côté et technique de l'autre. 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, sociétés d'assurances ont écopé de sanctions tels que le redressement, la mise sous plan de financement, le retrait d'agrément d'exercer et la liquidation pure et simple.

En effet 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'assurances, des injonctions (art. 311 du code des assurances). Des sanctions sont également prévues (art.312 CIMA) pour toute violation de la loi spécifique en vigueur dont il contrôle scrupuleusement le respect. Ces dernières vont de l'avertissement au retrait d'agrément.

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.

Enfin, un tel contexte place les sociétés d'assurance dans une situation délicate qui présente deux risques majeurs. D'une part celui d'être trop commercial et de n'avoir pour souci que la

réalisation d'un grand chiffre d'affaires par une production massive, même à travers la pratique de la sous-tarification et le non-respect des critères de sélection, violant les fondamentaux de la technique et se livrer ainsi à court, moyen ou long terme, aux conséquences inéluctables qui s'y attachent.

D'autre part, il y a 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.

Dans ce dernier cas, l'assureur pourrait proposer des primes non compétitives car très élevées, réaliser un déficit de production, surtout dans un environnement difficile où la concurrence est encore plus redoutable et la bataille sur les prix très 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 technique et commerciale. Toute chose qui exige impérativement la mise en place d'une bonne approche stratégique dont la l'acceptation se résumerait à la définition d'un périmètre d'activité en vue de réaliser pour la société d'assurance sa rentabilité, son développement et sa pérennité.

C'est ce qui justifie notre choix du présent thème pour notre étude :

La conciliation des contraintes techniques et commerciales dans une approche stratégique pour une société d'assurances : cas de Coris Assurances.

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 ?

Ainsi, la problématique fondamentale découlant de ce thème est de savoir si la gestion actuelle des actions commerciales et la prise en compte des principes techniques, non basées sur un bon équilibre, ne compromettent pas l'efficacité et le développement stratégique de la société. Car il est de nos jours indéniable que, l'arbitrage adéquat entre la donnée commerciale et la donnée technique, dont dépendent les performances et la pérennité des sociétés d'assurances dans leur environnement, est devenu une préoccupation majeure aussi

bien pour leurs actionnaires que pour la clientèle. Ceci reflète la reconnaissance croissante d'un impératif de management technico-commercial dans la gestion des opérations au sein de ces organisations.

C'est pourquoi ce travail s'attache à montrer l'intérêt mais surtout à proposer une démarche de cohabitation de ces deux volets qui loin d'être incompatibles, s'enveloppent pour créer une harmonie indispensable à l'entreprise.

Pour cela, nous nous attèlerons prioritairement à circonscrire le cadre de notre étude en circonscrivant son contexte, relevant ses objectifs et sa méthodologie. Ensuite, nous exposerons les résultats de nos recherches et les analyserons tout en formulant des recommandations pour une meilleure gestion. Et enfin nous proposons la mise en place d'une stratégie adaptée.

CHAPITRE I : LE CADRE DE L'ETUDE ET LES PRINCIPES

DIRECTEURS DU SECTEUR DES ASSURANCES

I. LE CADRE DE L'ETUDE

1. Le contexte de l'étude

Coris Assurances est une société commerciale privée de droit national Burkinabè qui a été créée le 07 janvier 2010. Elle est également régie par le code des assurances qui est un ensemble de lois supranationales applicables dans les quatorze (14) Etats membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA).

Elle est constituée sous la forme de société anonyme avec conseil d'administration et fonctionne sous la conduite d'un directeur général, accompagné de quatre (04) directeurs centraux (Finance, Technique, Commercial et Indemnisation).

Son capital social actuel est de trois (03) milliards de francs CFA, exclusivement détenu par des personnes physiques et morales privées burkinabè. Elle est placée sous la tutelle technique du Ministère de l'Economie et des Finances qui veille à la régulation et au respect de la réglementation du secteur des assurances au Burkina Faso qui compte aujourd'hui quinze (15) sociétés.

Au titre de son objet social, elle dispose d'un agrément technique suivant l'Arrêté ministériel n° 2010/444/IMEF/SGIDGTCPIDA du 31/12/2010 pour la conception et la commercialisation des produits d'assurances de dommages. Elle a officiellement lancée ses activités le 07 mars 2011 dans les branches suivantes :

- Assurance Automobile,
- Assurance Transport,
- Assurance Incendie,
- Assurance de personnes,
- Assurance des Risques Divers

2. Objectifs de l'étude

L'intérêt majeur poursuivi par ce travail est d'amener la structure à prendre suffisamment conscience des grands dangers liés à une gestion déséquilibrée des opérations techniques et commerciales, et à s'approprier les solutions adéquates à inscrire dans les grands axes de sa stratégie de développement.

Ainsi, les objectifs spécifiques de cette étude peuvent se résumer comme suit :

- exposer les exigences légales et autres exigences,
- étudier la législation et la réglementation pour connaître les non-conformités de la société ;
- identifier clairement les dangers attachés et évaluer les risques significatifs pour la société,
- aider la société à comprendre et à considérer davantage les conséquences fâcheuses de tout déséquilibre dans la gestion des opérations,
- proposer des solutions pratiques à même d'écarter ces dangers de l'organisation,
- inscrire durablement ces solutions dans une stratégie d'entreprise,
- Contribuer également à la mise en place d'une stratégie conséquente de développement en proposant une définition des grands axes.

3. Protocole et stratégie de la recherche

Notre démarche s'est basée principalement sur la recherche documentaire, le recours à des personnes ressources et à des entretiens au sujet de la pratique en société.

Nous avons ainsi opté pour l'approche qualitative et l'investigation documentaire. En matière de collecte de données, notre stratégie a consisté à recueillir les témoignages, les opinions des premiers responsables (Directeurs, chefs de service, agents) et des clients de la société. Nous avons également collecté des informations statistiques et relatives à des projets et études conduits par l'Association Professionnelle des Sociétés d'assurance du Burkina Faso.

Quant à l'observation participante, elle a été effectuée par le moyen d'un stage de trois(03) mois au sein de la société Coris Assurances. La recherche documentaire a concerné l'exploitation de plusieurs ouvrages de gestion, de caractère juridique, documents utiles à la réalisation de notre étude. Il s'est également agi de publications spécialisées, de rapports de contrôles internes et externes, des rapports de commissariat aux comptes et recommandations écrites de l'autorité de régulation.

Deux principales sources de règles gouvernent le fonctionnement du secteur des assurances : l'une réglementaire et l'autre technique.

II. L'ENVIRONNEMENT DE LA REGLEMENTATION

Le législateur a trouvé indispensable la fixation d'un certain nombre de règles afin de protéger les assurés et de « canaliser »¹ les sommes d'argent gérées par les assureurs. Ainsi la profession d'assureur a été 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 notre 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 des assurances : le code CIMA

Le code CIMA est la principale source du droit spécifique des assurances d'obédience communautaire applicable au Burkina Faso à l'instar des 13 autres Etats de l'UEMOA et de la CEMAC constituant la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA). Il s'agit pour nous ici d'aborder l'aspect obligatoire du contrat d'assurance, le régime financier et le cas particulier de l'article 13 nouveau du code CIMA.

a- Le contrat d'assurance

Selon Joseph Hémar², « 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

¹ « Les grands principes de l'assurance », éd. L'ARGUS, 1999, pages 66

² In « Les grands principes de l'assurance », l'ARGUS, 1999

(article 18), l'augmentation de prime, 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.

b- 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 de engagements>>³ 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 ou absorber ces chocs exceptionnels il faut donc pouvoir détenir un certain montant de ressources supplémentaires en guise de « matelas »⁴. 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%*primes émises de l'exercice*Max (50% ; taux de rétention) ;

-MS2= 25%*moyenne des sinistres nets de recours sur les trois derniers exercices*Max (50% ; taux de rétention)

Le taux de rétention exprime le coefficient de réassurance.

³ Article 334- 1°)

⁴ Cours de comptabilité des sociétés d'assurances par Denis NEITER, 2011

c- 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 SMIG⁵ 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 CRCA⁶.

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.

1-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%⁷ du chiffre d'affaires national. L'arrêté n°2003-75/MFB/SG/DGTCP/DA du 11 mars 2003 fixent les tarifs minima sur la base des critères de l'usage et de la puissance fiscale des véhicules. L'assurance des risques de la construction est par ailleurs devenue obligatoire au Burkina Faso depuis 2012 pour toute construction, à l'exception des ouvrages à usage d'habitation dont la valeur est inférieure à cent millions de francs CFA.

⁵ Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

⁷ Cf. publication statistiques 20

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

3- Le contrôle des assurances

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

a- 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 prises 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 toutes 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.

b- 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 surtout par l'existence de masses financières considérables influant sur l'économie 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. Des manières spécifique, la DA assure le respect de la loi unique, étudie les contrats d'assurance ainsi que tous autres documents 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 de 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. En témoigne par exemple les contrôles de police réguliers.

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 du code des assurances) :

- 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 SA⁸ unipersonnelle est interdite ;

l'organisation générale du marché.

La loi soumet les courtiers et agents généraux à une autorisation préalable, à une qualification professionnelle préalable et à des règles de solvabilité. La Direction nationale des Assurances 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. Il est donné de constater que tous ces intermédiaires dans la pratique, ne maîtrisent pas toujours le fonctionnement de l'assurance.

Tout cet encadrement juridique justifie donc 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.

III- 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.

⁸ Société Anonyme : le code CIMA exige pour sa constitution un capital social minimum de trois milliards de FCFA contre seulement 10 000 000F CFA minimum selon l'Acte Uniforme de l'OHADA sur les sociétés commerciales et les GIE.

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 »⁹.

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 techniques, versée par chaque assuré.

En effet la cotisation¹⁰ (prime) technique est égale à la fréquence multipliée par le coût moyen d'un sinistre.

$$\text{Cotisation pure} = \text{fréquence} \times \text{coût moyen}$$

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 blessent 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 $(5/1000) * 25.000F$ soit 125 F par assuré et par an au titre de la garantie des frais médicaux. C'est 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 les prévisions statistiques de l'assureur seront davantage exactes si ce dernier dispose d'un nombre important de clients assurés dans son portefeuille commercial. Cette exactitude lui permet de garantir l'équilibre de la mutualité qu'il gère.

⁹ Cours d'introduction à l'assurance M. AYEVA L. Ouro, IIA Promotion 2010-2012

¹⁰ Appellation préconisée par la commission française de l'amélioration du langage de l'assurance

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- Le 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 de trouver des risques parfaitement identiques. »¹¹. 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 doive 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.

¹¹ Rapport d'étude et de stage de BAMOGO Dominique, MSTA/IIA 2006-2008

CHAPITRE II : L'EXPOSE DU PROBLEME DE CONCILIATION DES IMPERATIFS TECHNICO-COMMERCIAUX ET SES ENJEUX SUR L'INDUSTRIE DES ASSURANCES

L'ensemble des difficultés d'harmonisation des impératifs technico-commerciaux, quelle que soit 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 voudrions en exposer quelques-unes qui concernent des pratiques essentiellement commerciales mais illégales et non techniques, ou inversement.

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 obligés de s'aligner sur une « position marché »¹² pour proposer des primes modiques dites compétitives. Car 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 » prévaut ainsi sur 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

¹² Attitude dans laquelle une société se résout à entériner le comportement générale des autres sociétés du même marché

burkinabè puisse justifier le choix de son assureur sur le seul critère de la meilleure offre garantie/prime.

En outre, on constate qu'à l'issu des appels d'offres 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 plus élevée que celle proposée par les autres concurrents.

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.

Toutes ces pratiques sont illégales et peuvent grever dangereusement à la consistance du portefeuille de risques.

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. 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 ses 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 »¹³.

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 y a bien de cas qui embarrassent 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 »¹⁴, 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 à 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 originale répondant à ses exigences propres. Il peut s'agir de besoin de garanties supplémentaires, de garanties

¹³ Autrement appelés clients importants et bénéficiant de faveurs tarifaires et en réalité mieux respecté par l'assureur. L'assureur veut le maintenir en portefeuille aussi longtemps que possible et cela à tout prix.

¹⁴ Augmenter le taux de prime par application de la clause « bonus-malus » en considération du comportement du risque au cours de la période

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 particulier qui demande une assurance de responsabilité civile professionnelle combinée avec une garantie <<individuelle accident>> 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 calculer 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.

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 naturellement prudents dans l'acceptation des risques de profil spécifique ou nouveau.

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 la 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'origines¹⁵ 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 mais parfaitement commerciales.

¹⁵ 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 perdre une bonne affaire au profit d'un autre assureur plus prompt. En affaire, « le temps c'est de l'argent ! », a-t-on l'habitude de dire.

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 d'une tarification basée sur les facteurs d'aggravation ou d'amélioration qui ressortent d'un examen sérieux de l'objet à assurer.

Il est vrai que le contrat d'assurance est un contrat de bonne foi, et l'assureur devrait pouvoir s'en tenir à la loyauté du client en se référant essentiellement à ses déclarations sans être obligé, d'une manière générale, de vérifier tous les éléments déclarés. Mais la prudence est aussi une démarche fondamentale et très recommandée 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. Le souci premier devient alors une vente massive, au détriment total des normes. La réalisation du chiffre devient 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 animé 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. La technique suppose le commercial.

II-LES INCONVENIENTS DES ECARTS ENTRE LA TECHNIQUE ET LE COMMERCIAL

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'aucuns préfèrent 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 le principe de sélection rigoureuse n'est plus suivi et de plus en plus les mauvais risques à forte sinistralité intègrent le portefeuille. La sinistralité se trouvera alors plus élevée ; induisant de ce fait à moyen ou à long terme une augmentation inévitable des coûts techniques des garanties vendues par la société concernée. Or des tarifs trop élevés par rapport à ceux de la concurrence aboutissent inévitablement à une « hémorragie »¹⁶ de la clientèle qui retournera à nouveau vers les assureurs les plus prudents en termes de tarification, de sélection et d'évaluation des provisions techniques. Puisque cette prudence qui devrait conduire toute démarche du professionnel de l'assurance, assainit leur portefeuille et affaiblit sans doute leur sinistralité ; baisse donc leurs 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 dans le processus de leur production. En effet comme exposé précédemment, le montant de la prime est de nos jours l'élément qui guide le choix économique de la majorité des assurés. La qualité des prestations ne motive que ceux d'entre eux qui ont une bonne 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.

¹⁶ Départs massifs de clients : sorties de portefeuille

Cette pratique donne généralement une réaction positive immédiate mais ne manque pas de conséquences négatives << à court, moyen ou long terme>> comme évoqué au point précédent.

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. Alors que le principe de la mutualité nécessite que les risques acceptés en portefeuille aient des caractéristiques similaires. Et si la prime perçue en contrepartie pour un risque est insuffisante, cela entraîne un déséquilibre de cette mutualité, avec pour conséquence 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 personnes assurés contre un même risque, l'assureur devra réclamer à chacun une prime pure annuelle minimum 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 prévisionnelle de 195 000F ; soit un manque à gagner de 5000F dans le portefeuille de l'assureur. 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 de la relation commerciale.

4-L'insuffisance de la provision 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 provision pour risques en cours :

- 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: $270\ 000F * 36\% = 97\ 200F$. 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 :

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

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

$$\begin{aligned} \text{PREC normale} &= 50\% * 270\,000\text{F} * (72\% + 8\%) \\ &= 108\,000\text{F}. \end{aligned}$$

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 la sinistralité prévisionnelle. Et l'assurance n'étant pas un pari, cette posture n'est pas soutenable et n'est pas sans grave incidence financière.

5-Les incidences financières négatives

S'attirer la clientèle au mépris des techniques requises dans les prestations de l'assureur demeure un « danger important 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 son résultat.

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 :

Résultat = Produits – Charges ;

Avec Produits = Primes + Produits Financiers

Et Charges = Sinistres + 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.

- **De 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 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 la technique et le commercial au niveau de l'assureur direct produisent forcément à leur tour, des effets dans les rapports technico-commerciaux assureurs-réassureurs.

- **De 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 :
 - o priorité élevée, une portée relativement insuffisante, préférence de WORKING
 - o une franchise agrégate élevée, des reconstitutions de garantie limitées
 - o exclusions de types de sinistres
 - o une prime de réassurance forfaitaire élevée ou variable à taux élevé,
 - o une prime de réassurance à taux variable en fonction de la sinistralité,
 - o 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 élevées : sinistres de fréquences entièrement supportés par la cédante et déséquilibre de la réassurance.

- **De la 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 élevée 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 dérisoires perçues.

De plus, l'article 337-1 mentionne entre autres, 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.

- **De 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. L'alinéa 1 de cette disposition 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 en clairement que l'insuffisance des PREC¹⁷ et des PSAP¹⁸ porte atteinte à la couverture des engagements règlementés.

Après avoir parcouru les inconvénients du défaut de conciliation, il devient un truisme que de dire que la conciliation présente un grand intérêt pour notre 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 D'UNE BONNE CONCILIATION POUR CORIS ASSURANCE

1-Une concurrence plus saine, pure et parfaite

Avec le temps, 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, Coris Assurance à l'image des compagnies ambitieuses sera désormais obligée 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 elle de se servir beaucoup plus 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. La société aura dans ce cas une marge de solvabilité disponible largement suffisante et une meilleure couverture de ses engagements règlementés.

3-Coris Assurances plus compétitives

Une fois disposant de piliers techniques solides dans un cadre concurrentiel assaini, la société devient plus forte et plus compétitive. Elle aura une plus grande capacité pour faire face à la concurrence du marché. Elle disposera de statistiques plus fiables, une sinistralité acceptable et des primes compétitives. Avec un portefeuille techniquement correct, les coûts de revient effectifs de garanties seront faibles et l'assureur vendra en conséquence ses garanties à des primes faibles, donc naturellement compétitives.

4-Meilleures prestations au profit des assurés de la société

La société travaillera à offrir à ses assurés le meilleur rapport garanties/primes. L'équilibre de la mutualité ainsi que la bonne prise en compte des règles de tarification et d'encaissement des primes, permet à la société de régler rapidement et bien, les sinistres qui surviennent. L'argument commercial deviendra évidemment la qualité des prestations servies à la clientèle.

5-La consolidation de la bonne image de la société

La société aura les moyens techniques et financiers pour répondre aux besoins de ses clients avec plus de performance. Elle pourra ainsi toujours honorer ses engagements commerciaux avec célérité et c'est son image qui se trouvera considérablement améliorée.

Certes, les avantages de la conciliation sont non négligeables. Mais pour y parvenir, il est nécessaire d'envisager des mesures adéquates.

CHAPITRE III : LES PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE HARMONISATION TECHNICO-COMMERCIALE

Après avoir constaté que le problème de conciliation technico-commerciale est un véritable mal qui mine le développement des sociétés d'assurances, et au vue des graves inconvénients au double plan technique et commercial, nous avons bien voulu proposer quelques solutions.

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, entraînant ainsi une hausse de la charge globale de sinistres. Dans ce cas, le niveau de la sinistralité et l'application des sanctions tarifaires font augmenter le montant des primes de renouvellement que les clients trouveront sans doute élevé.

Considérant cet état des choses, un besoin de sensibilisation, de moralisation et de plus responsabilisation des assurés s'impose aux sociétés d'assurance comme Coris 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 la 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 pour 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 pourra arracher 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 d'autant plus qu'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 ou autres formes de cadeaux. Outre ces formes assez classiques, la redistribution pourra très utilement se faire sous forme de participation bénéficiaire. Elle n'est pas légalement formalisée en assurances dommage 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 au résultat est un véritable facteur de conciliation technico-commerciale en ce qu'elle éteint efficacement les objections liées au montant de la prime. Car, 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 isolement 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 simpliste 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 (FCFA) :	
Au crédit :	
Primes nettes émises sur les deux années	$2 * 500\ 000 = 1\ 000\ 000$
Au Débit :	
Frais de gestions	$1\ 000\ 000 * 35\% = 350\ 000$
Sinistres réglés	$50\ 000 + 30\ 000F = 80\ 000$
Sinistres évalués en suspens	10 000
Base de participation : Crédit - Débit	$1\ 000\ 000 - 350\ 000 - 80\ 000 - 10\ 000 = \mathbf{660\ 000}$
Participation bénéficiaire	$660\ 000 * 10\% = \mathbf{66\ 000F}$

Un montant de 66 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 de 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 règlements 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 le 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'assurés. 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 élevé 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 d'arracher la prime à tout prix surtout quand le risque est bon et répondant 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 à la suite de sinistres.

Pour les assurances courtes périodes on évitera tant que possible que la somme des primes de prolongements 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 de 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.

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

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 procède à une véritable politique de sélection.

Nous avons vu que lorsque la sélection est mauvaise le résultat le sera aussi du fait, de la nature éparse des risque d'un même portefeuille. Il serait alors prudent et recommandé de refuser totalement le risque lorsqu'il ne répond pas aux critères de sélection de l'assureur. 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. 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 dans la gestion 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 qui lui sont commercialement et techniquement préjudiciables. Cette possibilité qui est d'ailleurs fondé sur le dernier alinéa de l'article 7 du code des assurances permet à l'assureur de pouvoir s'engager par la remise d'une note de couverture provisoire 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 ait pu être rédigé ou que l'étude du risque ait pu être 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 relativement aux sanctions des inexactitudes éventuelles. 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.

L'intervalle de temps permettra au professionnel de l'assurance d'apprécier la véracité des déclarations, la réalité et la licéité et la gravité du risque.

IV-LA REORIENTATION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE

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 sa rémunération en dépend. D'ailleurs il nous a été donné de constater, dans la pratique que des intermédiaires d'assurances, 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 et 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 ce sujet.

Les sociétés devraient elle aussi demeurer proches de leur clientèle. Le client doit se sentir bien considéré par son assureur. La transmission des avis d'échéances écrits devrait par exemple être suivie d'appel téléphonique au 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'atmosphérique des locaux et le dévouement des travailleurs sont d'une importance capitale. Tout salarié doit réserver une attention particulière au client 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.

La société d'assurance doit attacher du prix à l'écoute du client, toujours faire un traitement technique de ses problèmes, ressortir des réponses adaptées 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 dégagee par l'assureur doit inspirer confiance

aux assurés et prospect. 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 de plus accrochant.

La société disposera utilement d'une cellule interne de médiation pour gérer « à l'anglaise »¹⁹ 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 service de la direction commerciale

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 la direction commerciale 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 à la direction en charge des questions commerciales. Celle-ci les centralisera, étudiera leur récurrence et appréciera l'urgence de leur résolution. Un état est envoyé à chaque chef de service qui collectera les avis de ses collaborateurs, qu'il présentera à une réunion des responsables à tenir à l'effet d'une prise de 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 vue de la détection des éléments de faiblesse par rapport à la concurrence.

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,

¹⁹ 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.

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 y a aussi en aval la fonction sinistre qui est spécifiquement la leur.

4-La reconsidération du service des indemnisations

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.>>²⁰. 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 cotisation²¹ par l'assuré.

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 facilement lui proposer ses produits avec succès.

Le service sinistre est le lieu de découvrir la non-conformité des garanties souscrites à leurs besoins propres de couverture : capital insuffisant, franchise élevée, déficit de garantie, besoin d'extension, de garanties supplémentaires ou complémentaires. Le régleur sinistre doit dans ce cas devenir un technico-commercial pour éclairer les bénéficiaires d'assurances 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, 'éminent 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

²⁰ Jérôme Yeatman, « Manuel International de l'assurance », ECONOMICA, 1998, page 231

²¹ C'est l'autre appellation de la prime d'assurance préconisée en France par la commission d'amélioration du langage de l'assurance.

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 lorsque cette augmentation de prix 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 d'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'éclaireur afin que celui-ci accepte de payer la bonne prime. Il y va de 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 d'assurance, le code CIMA dans son livre V 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 démembrés géographiques représentant les sociétés d'assurances, il importe qu'ils aient une parfaite maîtrise des règles 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.

V-UNE APPROCHE PROFESSIONNELLE GLOBALE

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 pools²² sur le marché burkinabè de l'assurance se présente comme une solution conciliatoire efficace, nécessaire et urgente. C'est <<une forme de coassurance obligatoire>>²³ entre toutes les sociétés exerçant dans la branche ou sous-branche concernée pour des garanties déterminées. Elle procède d'une culture de groupe entre assureur d'un même marché face à un mal communément vécu, à savoir la sous-tarification technique.

Il consiste pour les sociétés du marché national d'assurer ensemble un même objet et de se répartir à part égale aussi bien la prime encaisser que les sinistres éventuels qui surviendraient.

Nous la suggérons dans les branches ou sous branches à sinistralité relativement élevée et objet de sous tarification telles les assurances « santé », les véhicules de transport public de voyageur ou de marchandise. Il appartiendra à l'APSAB²⁴ 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.

²² Groupement d'entreprise d'assurances visant à la prise en charge collective de risques spécifiés.

²³ Jean marie FOTSO in « AFRIQUE ASSURANCE » n°2 de novembre 2010, page 8

²⁴ Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso

Les primes perçues étant centralisées et réparties entre toutes les sociétés d'assurance concernées. « 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 règlementaires ;
- 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 effectifs 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 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 change 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 SOTRACO²⁵ au Burkina Faso. C'est la preuve que le besoin d'un pool 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 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

²⁵ Société de Transport en Commun ayant un parc important de bus pour le transport en commun à l'intérieur de la ville de Ouagadougou.

tracas, gênes, douleurs ou infirmités et perturbations diverses, qui ne seront « jamais entièrement compensés »²⁶.

Ainsi les assureurs burkinabè pourront faire la prévention à titre individuel ou collectivement via leur association professionnelle. 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 par exemple contractuellement certains aménagements des locaux assurés ou des modes de production.

L'APSAB doit disposer d'un comité professionnel chargé d'étudier, de promouvoir toute action de prévention et d'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 CDIA²⁷ en France.

3-La réglementation des contrats d'objectifs des dirigeants de sociétés d'assurances

Nous avons vu que les contrats d'objectifs soumettent très souvent les dirigeants de sociétés d'assurances à une pression permanente qui s'avère parfois nuisible. En général, les objectifs assignés visent la croissance du chiffre d'affaires, qui devient dès lors le principal ou même le seul indicateur de performance utilisé pour évaluer le dirigeant. En général, ce dernier dans son management aura fortement tendance à privilégier les actions productrices de chiffres au détriment de la prudence, et des normes techniques applicables aux opérations d'assurances.

Certes, toute entreprise a nécessairement des ambitions. Et de telles ambitions ne doivent pas être démesurées ; elles doivent effectivement être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, et situées dans un temps donné. 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.

²⁶ In « Manuel international de l'assurance » J. Yeatman, 1998, Page 90

²⁷ Centre de Documentation et d'Information de l'Assurance créé et géré par la fédération française des sociétés d'assurance.

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 à maîtriser les risques. A ce 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 que sont les dirigeants et membres du personnel des compagnies d'assurances, les consommateurs (souscripteurs, assurés et bénéficiaires de contrats d'assurances), les intermédiaires (Agents généraux et courtiers)>>.

Il fixe de manière stricte des règles de comportement minimales et vise l'engagement ferme de ces acteurs au <<respect des lois, des règlements et de l'éthique de la profession d'assureur >>²⁸.

Nous proposerons que les assureurs du marché cultivent l'obligation de présentation préalable d'un certificat d'antériorité 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 l'autorité de tutelle pour une meilleure culture d'assurance

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. Cela permet l'appropriation par le public du bien-fondé de l'assurance et surtout de son importance.

La DA²⁹ participera également à la vulgarisation des produits d'assurance mal connu mais de très grande importance pour les populations. L'assurance individuelle accidents est par

²⁸ Réf. Projet de code de bonne conduite relatif l'application effective des dispositions du règlement N°001/CIMA/PCE/2011.

²⁹ Direction des Assurances du Burkina Faso

exemple fortement recommandable aux populations et particulièrement aux citoyens 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.

CHAPITRE IV : LA MISE EN PLACE D'UN PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT

En dépit des solutions proposées pour faire face à la réalité du problème de la conciliation de ces contraintes contradictoires abordées plus haut, chaque société en général, et Coris Assurances en particulier, a désormais un rôle à jouer pour pouvoir effectivement réussir et se développer durablement.

Pour Coris Assurance, ce rôle passe nécessairement par la mise en place et le déploiement d'une stratégie de développement qui se traduit en une véritable politique d'entreprise définissant une vision claire pour l'organisation, des missions précises, des valeurs originales. Ce, sur la base d'un diagnostic profond de l'environnement et en établissant des orientations stratégiques à travers une identification des enjeux.

I-AVOIR UNE MISSION GLOBALE POUR L'ENTREPRISE

Une définition possible de la mission d'entreprise est sa raison d'être, l'aspiration suprême qu'elle tente continuellement d'atteindre. L'énoncé de cette mission est en général une phrase ou un paragraphe qui formule cette raison d'être sous une forme un peu vague mais durable.

Aujourd'hui, le risque et le besoin de sécurité imprègnent la vie moderne et le recours à l'assurance est devenu nécessaire voire obligatoire pour exercer la plupart des activités de la vie courante ou professionnelle.

Dans un tel contexte, Coris assurances aura par exemple pour mission d'« *offrir des produits et services accessibles, innovants et adaptés aux besoins de la population par une amélioration continue de la qualité de ses prestations assurées par des employés compétents et engagés* ».

Cette mission constitue en réalité un repère pour l'ensemble de l'équipe et toutes les actions devraient se mener dans le sens de sa réalisation.

La mission de l'entreprise est inséparable de sa vision du futur.

2-Définir une vision d'entreprise

La vision peut être comprise comme étant une description de la façon de voir entreprise dans le futur. Elle présente une projection de sa mission dans l'avenir, ce que les acteurs souhaitent qu'elle devienne demain.

Concrètement, la vision est un énoncé qui sera utilisé principalement en interne avec les employés et partenaires. Elle permettra de définir l'ambition, de communiquer clairement ce qui doit être atteint comme objectifs, de mobiliser et de motiver l'ensemble des collaborateurs pour suivre le management dans ce sens.

CORIS ASSURANCES étant une société active dans son secteur au Burkina Faso, sa vision doit nécessairement restée orientée vers le client à travers l'amélioration de la qualité de ses prestations.

La société doit maintenir la qualité de ses prestations, tout en prenant en compte les importantes mutations sociales, démographiques, économiques et technologiques qui marquent son temps et influencent la vie des populations.

Ainsi donc, sa vision pourrait utilement être « *une société d'assurance de référence, innovante et proche de ses clients* » et évidemment sous-tendue par des valeurs spécifiques.

3-S'approprier des valeurs

Pour accomplir sa mission conformément à sa vision, CORIS ASSURANCES s'appuiera sur des principes éthiques, qui se déclinent dans un ensemble de valeurs partagées par le personnel et le management.

Ces valeurs qui sont celles du groupe CORIS sont les suivantes : la confiance, l'originalité, la responsabilité, l'intégrité :

- la CONFIANCE qui est à la base de toute relation durable,
- l'ORIGINALITE qui dénote de la volonté de la société d'innover dans son secteur,
- la RESPONSABILITE qui réside dans le souci et la capacité d'accomplir chaque tâche avec rigueur et en appliquant les règles avec discernement,
- l'INTEGRITE qui caractérise l'honnêteté gage de toute sérénité dans les relations d'affaires,

L'adhésion à ces valeurs et leur promotion permettront à l'organisation d'atteindre ses objectifs stratégiques à la satisfaction de toutes les parties prenantes.

Toutefois, de telles valeurs s'exercent dans un environnement bien connu.

4-Diagnostiquer les environnements de la société par une analyse SWOT

Facteurs d'influence internes à la société	
FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Fort potentiel de développement des produits et services • Management participatif (Comité de direction, Comité de développement des Affaires, Comité d'indemnisations, etc.), • Equipe jeune et dynamique • Notoriété du groupe CORIS • Bon Système d'Information et de Gestion (SIG) 	<ul style="list-style-type: none"> • communication interne et externe insuffisante • Faible synergie entre la société et le groupe CORIS • Insuffisance de professionnalisme des employés et des intermédiaires, • Faible dotation des ressources humaines, • Insuffisance du suivi du réseau de distribution • Faible connectivité internet (liaison avec le réseau de distribution) • Faible apport des courtiers d'assurances, • Vulnérabilité d'un portefeuille non équilibré entre branches techniques • Insuffisance dans la gestion des ressources humaines (absence d'outils de gestion du personnel),

Facteurs d'influence externes à la société	
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Croissance démographique avec dominance jeune • Culture d'assurance en développement • Emergence des Assurtech • Faible taux de pénétration en assurance 	<ul style="list-style-type: none"> • une concurrence plus rude • instabilité socio-politique dans nos Etats, • Violation accrue des normes techniques et législatives sur le marché, • Risque de réputation (secteur et groupe Coris), • Arrivée de nouveaux entrants potentiels, • Mutation réglementaire • Existence des produits et services substituables (exemple : fonds de garantie constituée par les banques, les produits de capitalisation, mutuelles),

5-Identifier les enjeux de cette démarche stratégique

Trois grands enjeux ressortent du contexte dans lequel évolue CORIS ASSAURANCES. Le premier touche l'accessibilité des produits et services et la nécessité d'innovation pour adapter lesdits produits aux besoins et attentes de la clientèle. Le second met de l'avant l'importance de la qualité des prestations dans un marché concurrentiel. Quant au troisième enjeu, il concerne le défi du positionnement sur le marché.

Dans le premier cas, la société aura impérativement à « développer des produits innovants, adaptés et accessibles ». L'offre actuelle des produits et services de la société en termes d'originalité, de diversité, de simplicité et de flexibilité de formule n'est pas assez performante. Au terme des cinq années à venir, l'ambition sera donc de conquérir au moins 20% des parts de marché de l'assurance dommages au Burkina Faso en chiffres d'affaires tout en maintenant un bon niveau de rentabilité. Pour y parvenir, la société procédera à une

actualisation constante de sa gamme de produits et services afin de prendre en compte les besoins et attentes de sa clientèle.

En second lieu, l'enjeu est celui de « garantir des prestations de qualités dans un environnement très concurrentiel » car elle fait face à des réalités sociales et organisationnelles qui ont des effets importants sur sa capacité à répondre efficacement aux attentes de ses clients et à maintenir la qualité de ses services. Les exigences de plus en plus croissantes de ses clients, les objectifs de conquête de part de marché qui suggère une organisation de sa force de vente et la nécessité d'une mobilisation des employés sont autant de facteurs qui obligent la société à améliorer ses pratiques. Pour cela, elle pourrait s'appuyer sur la jeunesse et le dynamisme de ses ressources humaines.

Enfin le troisième enjeu non moins déterminant est sans doute celui du « positionnement de la société sur son marché ». Pour conquérir des parts de marché et obtenir progressivement une place de choix, CORIS ASSURANCES devrait développer sa présence sur l'ensemble des segments de la clientèle de particuliers et des entreprises en améliorant sa performance globale en termes de coût de traitement, d'efficacité commerciale et de gestion de risques.

CONCLUSION GENERALE

En somme, il est sans conteste qu'une société commerciale se doit naturellement de mettre un accent particulier sur les activités de nature commerciale. Cependant, cette tendance quoiqu'obligatoire devrait tolérer la coexistence de règles régissant techniquement le secteur d'activités dont relève ladite société.

Et particulièrement dans le domaine des assurances, l'intervention du régulateur à titre de sanctions ou d'injonctions, a été suffisamment remarquable ces dernières années sur les marchés africains d'assurances.

Toutes choses qui interpellent les assureurs à revoir leur stratégie de développement dans le but de considérer davantage la question des normes techniques et législatives dans leurs activités.

Au sein de Coris Assurances, des missions de contrôles déjà effectuées par les autorités de régulation relèvent dans leur ensemble des écarts mineurs contenus mais surtout un développement commercial fort appréciable. C'est une situation réconfortante de nature à faciliter la mise en place et la mise en œuvre d'un plan stratégique qui puise l'essentiel de son contenu dans les bonnes pratiques actuelles de la société et du groupe Coris Holding. Cette stratégie doit suivre les principales orientations suivantes :

- améliorer la qualité des prestations des services d'assurances,
- garantir une offre de produits et services répondants aux attentes des clients,
- soutenir une croissance rentable avec une bonne maîtrise du risque.

Loin de constituer un audit organisationnel ou un jugement de la société Coris Assurances (car nous n'en avons pas la prétention), notre objectif principal en choisissant de traiter d'une telle thématique s'inscrit dans une perspective constructive. Il s'est surtout agi de confronter les éléments de théories reçus dans le cadre de notre formation en Management Stratégique et Opérationnel (MSO) aux pratiques d'un secteur d'activités fortement réglementé dans lequel évolue une jeune entreprise qu'est Coris Assurances. Ce, en vue d'en apprécier l'adéquation et de suggérer quelques solutions pour un fonctionnement plus conforme, dynamique et harmonieux.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles :

- « Manuel International de l'assurance », Jérôme Yeatman, éd. L'Argus , 1998
- Code des assurances CIMA, actualisation 2015
- « Risk Modeling for appraising hamed perils Index Insurances products, “ Shadreck Mapfumo, Ed. By World Bank Group, 2015
- « Management des operations / principes et applications », L. Ritzman et LeeKvajewski, Ed. nouveaux horizons, 2010
- « Droit Commercial Général (sociétés commerciales et groupement d'intérêts économique) » , S. TOE, Nouvelles éditions du Burkinabè, 2015
- « Management (l'essentiel des concepts et pratiques) , 7^e Edition, Steffen Robbins, Pearson Educative France, 2011
- « Comptabilité Générale » , un manuel d'Eric Dumalanède, Ed. Foucher, 1991
- « Monnaie, banque et marchés financiers » , Frederic Mishkin, Pearson Educative France, 2010
- « L'entreprise durable » de Philippe Détrie, par les Editions Dunod, 2005
- « Manuel de Gestion », volume 1, Armand DAYAN, Editions Ellipses, 2004
- « Manuel de Gestion », volume 2, Armand DAYAN, Editions Ellipses, 2004
- « La vision stratégique en Action », 1991
- Projet de plan stratégique quinquennal de Coris Assurances, 2015

Sites internet :

- www.atlas-mag.com,
- www.largusdelassurances.com
- www.iae.univ-lille1.fr

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
RESUME	iii
LISTE DES ABREVIATIONS	iv
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : LE CADRE DE L'ETUDE ET LES PRINCIPES DIRECTEURS DU SECTEUR DES ASSURANCES	4
I. LE CADRE DE L'ETUDE	4
1. Le contexte de l'étude.....	4
2. Objectifs de l'étude.....	4
3. Protocole et stratégie de la recherche	5
II. L'ENVIRONNEMENT DE LA REGLEMENTATION	6
1-La loi unique des assurances : le code CIMA	6
a- Le contrat d'assurance.....	6
b- Le régime financier : les engagements réglementés et la marge de solvabilité	7
c- Le cas particulier de l'article 13 nouveau	8
1-La législation locale.....	8
3- Le contrôle des assurances	9
a- Le contrôle régional.....	9
b- Le contrôle national.....	10
4-L'agrément des professionnels	10
III- LES BASES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE	11
1-La notion de mutualisation des risques.....	12
2- La loi des grands nombres	12
3- Le principe de l'indépendance et de l'homogénéité.	13
CHAPITRE II : L'EXPOSE DU PROBLEME DE CONCILIATION DES IMPERATIFS TECHNICO-COMMERCIAUX ET SES ENJEUX SUR L'INDUSTRIE DES ASSURANCES 14	
I-QUELQUES SOURCES DU PROBLEME INHERENTES AUX REALITES ACTUELLES DU MARCHE	14
1-La conciliation face au jeu de la concurrence.....	14
2-La conciliation face à l'importance du client dans le portefeuille	15
3-La conciliation face aux besoins propres du prospect	16
4-La conciliation face aux exigences du monde des affaires	18
5-La conciliation face aux contrats d'objectifs des professionnels de l'assurance	19
II-LES INCONVENIENTS DES ECARTS ENTRE LA TECHNIQUE ET LE COMMERCIAL	19
1-Les inconvénients d'ordre commercial	19

2-La sous tarification proprement dite.....	20
3- Le déséquilibre de la mutualité des risques et difficultés de paiements de sinistres	21
4-L'insuffisance de la provision pour risque en cours	22
5-Les incidences financières négatives.....	23
III-L'INTERET D'UNE BONNE CONCILIATION POUR CORIS ASSURANCE	27
1-Une concurrence plus saine, pure et parfaite	27
2-La solidification des piliers techniques des sociétés	27
3-Coris Assurances plus compétitives.....	27
4-Meilleures prestations au profit des assurés de la société.....	28
5-La consolidation de la bonne image de la société	28
CHAPITRE III : LES PERSPECTIVES POUR UNE MEILLEURE HARMONISATION TECHNICO-COMMERCIALE	29
I-LA SENSIBILISATION DES ASSURES ET DES OUTILS TECHNIQUES COMME MOYENS EFFICACES DE CONCILIATION.....	29
1-La sensibilisation et l'implication de l'assuré.....	29
2-La redistribution d'une partie de la prime	30
3-L'analyse des statistiques propres de l'assuré.....	32
4>Action sur les variables techniques des contrats	32
5-La rigueur dans le respect des critères de sélection des risques	33
6-La note de couverture : véritable palliatif des lenteurs de souscription	34
IV-LA REORIENTATION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE	34
1-La proximité permanente et continue avec la clientèle.....	34
2-L'approche qualité et professionnalisme	35
3-Le rôle important du service de la direction commerciale.....	36
4-La reconsidération du service des indemnisations.....	37
5-L'encadrement technique des intermédiaires	38
V-UNE APPROCHE PROFESSIONNELLE GLOBALE	39
1-La pratique des pools.....	39
2-La prévention des risques.....	40
3-La réglementation des contrats d'objectifs des dirigeants de sociétés d'assurances	41
4-Le code de bonne conduite	42
5-L'implication de l'autorité de tutelle pour une meilleure culture d'assurance.....	42
CHAPITRE IV : LA MISE EN PLACE D'UN PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT.....	44
I-AVOIR UNE MISSION GLOBALE POUR L'ENTREPRISE	44
2-Définir une vision d'entreprise	45
3-S'approprier des valeurs	45
4-Diagnostiquer les environnements de la société par une analyse SWOT.....	46
5-Identifier les enjeux de cette démarche stratégique.....	47
CONCLUSION GENERALE	49

BIBLIOGRAPHIE	50
TABLE DES MATIERES	51