



# AVERTISSEMENT

**« LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS. »**

# DEDICACE 1

A mon père Kétounou DANNON Dali Michel pour son soutien et à ma mère DAKPO Akouavi Justine pour son assistance et sa présence.

A mes frères et sœur pour leur soutien et conseils de tous genres.

DANNON Crépin

## DEDICACE 2

A mon père SEKO Alphonse pour qui l'avenir des enfants est un souci quotidien et à ma mère ODJO Koudirath pour son affection et son attachement maternel perpétuel.

A mes frères pour leurs soutiens et conseils de tous genres.

Marcianie SEKO

**REMERCIEMENTS**

Ce mémoire à été réalisé grâce au concours de nombreuses personnes auxquelles nous tenons à témoigner notre profonde gratitude.

À tous ceux qui ont manifesté de l'intérêt et de l'attention pour notre formation et particulièrement pour cette recherche. Nous leur adressons un grand merci :

Tout le corps professoral de la FASEG/UAC, veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez donné.

À Monsieur Victor ADOHINZIN, notre directeur de mémoire qui a accepté de diriger ce travail malgré ses multiples occupations, sans nous marchander ses connaissances et ses expériences.

À vous les membres du jury, c'est un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous restons persuadés que vos critiques et suggestions contribueront à un apport de qualité.

À monsieur AKA Marcellin, Promoteur de SICA-ZONGO, pour sa contribution et ses précieux conseils.

À monsieur Cyr HOUNPKE, chef d'agence de SICA-ZONGO, notre maitre de stage qui, malgré ses occupations, a apporté sa touche à ce travail.

À madame CHABI Sylvie, productrice de contrat à SICA-ZONGO, cette œuvre modeste porte la marque de votre constante disponibilité.

À nos frères et sœurs, puisse l'éternel vous permettre d'aller au-delà de vos espérances. Que ce travail soit pour vous un exemple !

Que tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

**Liste des tableaux**

**TABLEAU 1 : Présentation des différentes causes qui poussent les sinistrés à réclamer contre l'offre que leur présente la FEDAS SA .....53**

**TABLEAU 2 : Présentation des résultats des différentes causes de fidélisation.....53**

**TABLEAU 3 : Présentation des résultats des différentes causes d'adhésion .....54**

## **LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**AGA** : Agent Général d'Assurance

**ASA-BENIN** : Association des Sociétés d'Assurances du Bénin

**BPM** : Gestion des Processus Métier

**CEDEAO** : Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest

**CIMA** : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances

**CMG** : Certificat Médical de Guérison

**CMI** : Certificat Médical Initial

**CRCA** : Commission Régionale de Contrôle des Assurances

**FANAF** : Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines

**FEDAS-Bénin**: Fédérale d'Assurances du Bénin

**IARDT** : Incendie Accident Risques Divers et Transport

**IIA**: Institut International des Assurances

**IP**: Incapacité Permanente

**NTIC**: Nouvelle Technologies de l'Information et de la Communication

**OCDE**: Organisation de Coopération et de Développement Economique

**PV**: Procès-verbal

**RC**: Responsabilité civil

**SICA ZONGO**: Société Interafricaine de Courtage et d'Assurances à Zongo

**SONAR** : Société Nationale d'Assurances et de Réassurances

**SMIG**: Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE1</b> : Cadre institutionnel de l'étude, déroulement du stage et inventaire des atouts et problèmes.....	4
SECTION1 : Cadre institutionnel de l'étude.....	5
SECTION2: Déroulement du stage et inventaires.....	15
<b>CHAPITRE2</b> : Revue de littérature, hypothèse et méthodologie.....	20
SECTION1 : Revue de littérature, hypothèse et méthodologie.....	21
SECTION2 : Hypothèses et méthodologie.....	36
<b>CHAPITRE3</b> : Présentation, analyse des résultats et recommandation.....	40
SECTION1: Présentation et analyse des résultats.....	41
SECTION2 :Analyse des résultats et vérifications des hypothèses.....	54
SECTION3 : Recommandation.....	57
<b>CONCLUSION</b> .....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	62
ANNEXES.....	I
TABLES DE MATIERES.....	VIII



# **INTRODUCTION**

L'évolution de l'humanité a toujours été accompagnée par le besoin de protection contre divers risques de la vie. Ceci s'est manifesté par la recherche de plus en plus efficace de solutions. Lesdites solutions ont revêtu diverses formes telles que l'assistance ou le crédit. Puis avec une évolution dans le temps, elles ont connu une structuration plus adéquate, voire une institutionnalisation plus poussée et leur régime est devenu celui de l'assurance. L'assurance se décline sous plusieurs formes et couvre différents domaines de la vie. Cependant, il existe quelques spécificités propres à chaque pays ou zone géographique.

En Afrique, depuis le 10 Juillet 1992, quatorze (14) Etats ont institué une organisation intégrée de l'industrie des assurances sur le continent. Les gouvernements des Etats, dont celui du Bénin ont signé le traité de la CIMA, qui prescrit en son article 326, le principe de la spécialisation lequel est parfaitement appliqué dans les états membres.

Au Bénin, nous avons, par conséquent, deux branches principales de sociétés d'assurances : les sociétés d'assurances vie, d'une part et les sociétés d'assurances non vie (IARDT), d'autre part. La FEDAS-BENIN, société d'assurance sur laquelle porte la présente étude est catégorisée dans cette deuxième branche.

Il est de notoriété publique que l'automobile, moyen de déplacement, jadis considéré comme un luxe, se révèle aujourd'hui plus qu'une nécessité, d'où, l'obligation d'assurance mise à la charge, par la législation béninoise, aux propriétaires des véhicules.

L'assurance, d'une façon générale, est une technique fondée sur l'esprit de solidarité. Elle est l'opération par laquelle une entreprise d'assurance organise en mutualité un ensemble d'individus et/ou d'entreprises exposés aux mêmes risques et répartit ces risques et les compense selon la loi statistique des grands nombres, à l'aide d'un fond alimenté par des primes ou des cotisations collectées au préalable.

Sur le plan juridique, l'assurance se définit comme une convention passée entre un assureur et un preneur d'assurance appelé souscripteur, dans laquelle l'assureur s'engage, moyennant paiement d'une prime par le preneur d'assurance, à délivrer une prestation en cas de survenance d'un sinistre.

Cette solidarité est particulièrement nécessaire pour le cas spécifique de l'assurance automobile puisqu'il est évident que chaque utilisateur pris isolément ne peut pas faire face

aux dégâts corporels et/ou matériels très importants que ces véhicules sont susceptibles de causer. C'est la raison fondamentale pour laquelle le législateur béninois, à l'instar de la plupart des pays, est intervenu pour rendre obligatoire l'assurance responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur (VTM). Cette protection sociale voulue à l'égard de l'ensemble des usagers de la route explique l'importance économique de ce produit d'assurance qui participe pleinement au développement du Benin à travers notamment les sources de revenus supplémentaire qu'il procure à l'Etat et au secteur bancaire.

Il est à noter que le montant global d'une indemnisation représente une part considérable des coûts supportés par les assureurs, la réduction des dépenses liées au traitement des dossiers est un impératif pour chaque assureur. Toutefois, les coûts ne peuvent être comprimés au détriment des prestations auprès des assurés et de leur droit à recevoir un règlement juste et équitable en cas de sinistre recevable. Etant donné que le traitement dossiers sinistres est l'un des critères essentiels de la satisfaction et de la fidélisation des assurés, la gestion des sinistres constitue un enjeu aussi important que celui de la réduction des coûts.

La FEDAS-BENIN à l'instar des autres compagnies d'assurances de la place assiste les différentes couches de la population à travers sa panoplie de produits dont l'assurance automobile. Cependant, dans sa gestion des sinistres, il en résulte des processus isolés et fragmentés, jalonnés de transfert manuels entraînant une hausse des coûts et pouvant provoquer le mécontentement des assurés.

Cette situation préjudiciable explique le choix du thème :«GESTION EFFICACE DES SINISTRES AUTOMOBILE : CAS DE LA FEDAS-SA »

Cette étude est composée de trois chapitres :

- Le premier chapitre aborde le cadre institutionnel de l'étude, déroulement du stage et inventaires des atouts et problèmes
- Le deuxième chapitre présente la revue de littérature, les hypothèses et la méthodologie de recherche
- Le troisième chapitre est consacré à la présentation, analyse des résultats et recommandations

**CHAPITRE 1 :**  
**CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, DEROULEMENT DU STAGE ET**  
**INVENTAIRES DES ATOUS ET PROBLEMES**

Le présent chapitre est consacré au cadre institutionnel de l'étude (Section 1), au déroulement du stage et inventaires des atouts et problèmes (Section 2)

## **SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE**

Pour mieux assimiler les connaissances théoriques reçues au cours de notre formation universitaire, chaque étudiant en fin de cycle doit effectuer un stage pratique au sein d'une structure administrative dont la mission est en adéquation avec un volet de la dite formation

C'est dans ce cadre que nous avons effectué notre stage pratique de trois mois à SICA ZONGO, l'une des agences générales de la FEDAS SA. Dans cette section, il sera procédé à la présentation la FEDAS-SA et la SICA ZONGO (Paragraphe 1), les forces et les faiblesses relevées au cours de notre stage seront mises en exergue (Paragraphe 2).

### **PARAGRAPHE 1 : Présentation de la FEDAS SA et de la SICA ZONGO**

#### **I-PRESENTATION DE LA FEDAS- SA**

##### **A-HISTORIQUE DE LA FEDAS- SA**

Pendant plus de deux décennies, le marché béninois des assurances était un marché de monopôle animé par la SONAR, seul opérateur historique, liquidée en avril 1998 à la faveur de la libéralisation.

La FEDAS-SA est l'une des sept (07) compagnies IARDT partageant le marché désormais libéralisé. Créée en janvier 1998 au BENIN, la Fédérale d'Assurances SA, filiale du Groupe FEDAS Développement (GFD), a été agréée pour exercer dans la branche IARDT par arrêté ministériel n° 329/MF/DC/DGAE/DCA du 14 mai 1998. Elle est une Société Anonyme d'Assurances et de Réassurances dont le capital social est de un milliard (1.000.000.000) CFA entièrement libéré par des opérateurs économiques béninois crédibles.

La FEDAS a pour ambition de s'étendre dans la plupart des pays membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances afin d'affirmer sa vocation internationale de l'assurance sous le holding du Groupe FEDAS Développement(GFD)agréées au TOGO (FEDAS TOGO) et en COTE D'IVOIRE (FEDAS CI), le GFD force quotidiennement

l'admiration de la clientèle potentielle. Grâce au dynamisme de son équipe dirigeante, et son personnel jeune, elle a su s'imposer sur le marché fortement concurrentiel en se hissant au troisième rang du marché béninois des assurances dans la branche IARDT.

Par ailleurs, la FEDAS est aujourd'hui présente sur tout le territoire national avec une cinquantaine d'agences générales et sept (07) bureaux directs qui sont outillés pour satisfaire aux exigences des clients. Ces sept (07) bureaux directs sont :

- le Bureau Direct de Ganhi ;
- le Bureau Direct de Ganhi annexe ;
- le Bureau Direct d'Agontinkon ;
- le Bureau Direct de Porto – Novo ;
- le Bureau Direct de Bohicon ;
- le Bureau Direct du Siège ;
- le Bureau direct de Parakou.

Toujours dans sa politique de proximité, une nouvelle agence et un bureau direct sont en préparation pour ouvrir leurs portes.

## **B- OBJECTIF ET ORGANISATION**

### **1-OBJECTIF DE LA FEDAS**

Au-delà de la fonction lucrative de la société, elle ambitionne, de par le professionnalisme de ses agents et la qualité des services offerts aux différentes couches de la société, d'accompagner le développement de l'économie béninoise à travers la sécurité indispensable qu'elle procure aux opérateurs économiques.

De façon spécifique elle a pour objet de :

Promouvoir des produits répondant aux énormes potentialités d'assurances non encore exploitées au Bénin ;

Mieux satisfaire le client en adaptant les produits à ses besoins ;

Apporter la tranquillité d'esprit dans les familles et les affaires ;

Indemniser les victimes d'accidents dans la plus grande célérité ;

Opérer par voie d'acceptation en réassurance ou coassurance dans les pays membres de la CIMA.

Résolument déterminée à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés, la FEDAS s'emploie inlassablement à faire évoluer son chiffre d'affaire.

## **2-ORGANISATION DE LA FEDAS**

L'organigramme de la FEDAS indique l'organisation mise en place pour créer une synergie entre tous les organes de gestion qui contribuent au fonctionnement normal et harmonieux de la société. Il convient de noter que la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) réunie en sa 72<sup>ème</sup> session ordinaire du 8 au 12 juillet à Douala (république du Cameroun) a décidé de suspendre les organes dirigeants et mis sous administration provisoire la société la Fédérale d'assurance du Benin (FEDAS-BENIN). La dite suspension est levée depuis le 20 Décembre 2014 par la CRCA réunit en sa 78<sup>ème</sup> session extraordinaire du 15 au 20 Décembre à Douala en république du Cameroun (voir annexe pour les différents arrêtés). Ainsi donc toutes les structures de cet organigramme à compter du 12 Janvier 2015 sont :

### **A-L'Administrateur Directeur Général**

La FEDAS est dirigée par un Administrateur Directeur Général. Il a entre autres attributions le pouvoir de :

- Prendre des décisions sur les objectifs généraux engageant la raison sociale de la compagnie
- Approuver les comptes annuels et les comptes de fin d'exercices

### **B- Le secrétariat Particulier**

Attaché a la direction générale, il se charge de la réception, du traitement et de l'acheminement des courriers vers les services concernés .La rédaction des correspondances fait également parti de ses attributions

### **C-Le département audit**

Il est aussi rattaché à l'Administrateur Directeur Général.

### **D-Le département Administratif et Financier**

C'est un département multidimensionnel qui assure la gestion et le suivi de tout ce qui concerne la trésorerie et les opérations comptables en dressant les mouvements de caisse .Il a sous sa conduite le service ressource humaine et moyen généraux, le service comptable et financier, le service contrôle de gestion et le service informatique

### **E-Le service ressource humaine**

C'est le service chargé du recrutement des agents, du suivi des carrières, de la formation professionnelle continue et de la mise à la retraite.

### **F-Le service comptabilité**

Ce service assure les opérations comptables courantes, dresse les bilans annuels et exécute autres activités comptables en rapport avec son domaine d'activités.

### **G-Le service informatique et NTIC**

Il assure la politique d'informatisation de tout le système de la société et ce a travers l'étude et l'actualisation des logiciels, la maintenance.

### **H-Le département technique et commercial**

C'est un département subdivisé en deux partis

Le département de production et le département de règlement

#### **\*Le département production**

Il assure la coordination de plusieurs services tel que :

- Le service souscription courtage et réassurance
- Le service santé
- Le service animation réseaux, inspection et statistique
- Le service animation, bureaux direct

#### **\*Le département règlement**

Il est chargé de la coordination des activités de deux services tel que :

\*Le service sinistre matériel et recours

\*Le service sinistre corporel et contentieux

## **II -PRESENTATION DE LA SICA**

### **A-HISTORIQUE**

SICA(Société inter africaine de courtage et d'Assurance) est un partenaire de la FEDAS-BENIN en qualité d'agent général d'Assurance (AGA) dont le siège est à Cotonou et qui intervient spécialement dans le domaine de l'Assurance conformément au strict respect des clauses de l'agrément par la FEDAS S.A le 22 juillet 2002

SICA a été créée en 2002 au capital de 08 Million.Le promoteur de SICA est monsieur AKA WOROU Marcelin qui a obtenu l'immatriculation de la dite société au registre de commerce du tribunal de commerce de Cotonou.

En effet, pour rendre un service plus adéquat et plus fiable a son aimable clientèle, la FEDAS BENIN s'est vu imposer la nécessité de disposer d'agences implantées sur tout le territoire nationale afin de mieux atteindre ses objectifs .

### **B-Mission et organisation de SICA**

#### **1-Mission de SICA**

Pour ce qui est de la vie d'une entreprise, c'est atteindre un but lucratif dans un délai bien déterminé. Une entreprise peut alors choisir de fractionner son objectif principal en objectifs spécifiques pour une réalisation plus rapide de ce dernier. C'est dans cette même vision que SICA s'est assignée des objectifs clairs et précis et ce, depuis sa création. Entre autres, on peut citer :

-La fonction de prestation d'opérations d'Assurance, ceci revient à commercialiser sur le marché béninois les produits d'Assurances, en faire une activité permanente, l'exercer selon la réglementation en vigueur dans le secteur et satisfaire sa clientèle.

-La réalisation de profit maximum ; C'est le principal motif d'une entreprise a but lucratif, réaliser un chiffre d'affaire plus grand pour en tirer une marge bénéficiaire plus consistante. Ceci lui permettrait de disposer de plus de moyens pour l'opérationnalisation de ses stratégies.

-L'organisation de la taille de sa clientèle et se voir classer parmi les meilleurs AGA de la FEDAS-BENIN, toute entreprise rêve de s'agrandir, c'est-à-dire avoir une part de marché plus grande, disposer d'un portefeuille « clients » plus deux et qui se développe dans le temps. SICA en a fait un objectif, c'est pourquoi après SICA Zongo (2002), les agences de SICA Parakou (2004) et SICA Kandi (2006) ont vu le jour.

## **2-Organisation de SICA**

Les trois(3) mois de stage à SICA Zongo nous ont permis de comprendre son organisation et les activités qu'elle mène. Elle est une agence générale de la FEDAS BENIN-SA et dispose d'une structure légère et rationnelle assise sur la qualité de son personnel composé essentiellement de :

### **Le promoteur**

Il est le fondateur de l'agence SICA, c'est donc sur la base de ses qualités professionnelles que la FEDAS-BENIN SA lui a octroyé son agrément.

### **Le gérant (le chef d'agence)**

Il est le responsable de la gestion de l'agence. Il est notamment en charge de la coordination des activités au sein de l'agence et le bon fonctionnement de celle-ci .Toutes les opérations de l'agence notamment les productions, les négociations des contrats, et de la comptabilité sont supervisées par le gérant et tout le personnel lui doit un compte rendu quotidien de ses activités.

### **La productrice**

Elle est en charge de la production. C'est a dire de l'élaboration des contrats d'Assurance au profit des clients dans la branche IARDT (Incendie Accident Risque Divers te Transport). En effet, lorsqu'un client vient prendre les renseignements concernant les produits d'Assurance lui est fourni. Suite à ceci, il choisit le produit et les garanties qui lui

conviennent afin de permettre à la productrice de procéder à la réalisation du contrat. Notons que la productrice est aussi la caissière et est régulièrement superviser par le gérant.

### **La Caissière**

Elle est chargée en plus de la production, de l'encaissement des primes et de la délivrance des quittances qui y sont relatives. Elle élabore un état quotidien des réalisations. En outre, elle doit sous la supervision du gérant effectuer un versement quotidien des primes encaissées à la caisse centrale de la FEDAS-BENIN, conformément aux clauses de l'agrément afin de bénéficier de l'approvisionnement en fournitures de bureaux auprès de la Direction Générale de façon mensuelle pour éviter une rupture brutale du stock.

### **Le comptable**

Il est chargé de contrôler régulièrement les comptes. Il s'occupe de la gestion comptable de l'agence.

## **Paragraphe2 : Environnements et activités de SICA**

A travers ce paragraphe, il sera mis en exergue l'environnement, les activités de SICA et les tâches que nous avons effectuées.

### **Environnement de SICA**

Dans un environnement concurrentiel, toute entreprise quelle que soit sa nature, sa taille et son secteur d'activités, doit constamment évaluer ses forces et faiblesses et déterminer les diverses opportunités du marché sans oublier les menaces qui peuvent entraver sa prospérité. Ainsi, l'écoute permanente de l'environnement devient donc une priorité pour l'entreprise qui veut réagir promptement face aux mutations. Cet environnement de SICA se décompose en micro et macro environnement.

#### **A- Le micro environnement de SICA**

Il regroupe des acteurs avec lesquels la compagnie compose et dont elle doit tenir compte dans le déroulement quotidien de ses activités. On y retrouve les fournisseurs, les concurrents, les Co-assureurs, les intermédiaires de la clientèle

#### **1-Les fournisseurs**

Ce sont des personnes physiques ou morales qui procurent des ressources nécessaires à la promotion de l'activité de SICA. On peut citer par exemple : Les imprimeurs, les médias et autres prestataires de service

## **2-Les concurrents**

Il s'agit de ceux qui offrent les mêmes produits que SICA ou des produits similaires. Eu égard à l'expansion que connaît le domaine de l'assurance de nos jours au Bénin, il se fait remarquer une concurrence assez vive. Cette concurrence se ressent à deux niveaux : d'abord entre agence d'une même entreprise et ensuite entre agence des différentes compagnies du marché, voire au niveau des compagnies.

La concurrence entre les agences d'une même compagnie s'explique par le fait que chaque agence se lance dans la recherche effrénée de nouveaux clients pour faciliter l'écoulement rapide de ses produits en vue de pouvoir maximiser son chiffre d'affaire.

La concurrence entre compagnie d'Assurance: la raison qui motive la concurrence entre agences d'une même compagnie demeure présente ici également. La principale particularité de la concurrence entre différentes compagnies d'Assurance est que les produits déversés sur le marché de l'Assurance ne sont pas toujours les mêmes et le prix différencie des produits identiques d'une compagnie à une autre. On distingue les concurrents ci après :

**-L'Africaine des Assurance(AA)**

**-Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance(NSIA)**

**-Société Africaine d'Assurances et de Réassurances du Bénin (SAARB)**

**-Colina IARDT(SAHAM)**

**-Générale des Assurances du Bénin(GAB)**

**-Assurance et Réassurance du Golfe de Guinée**

**-Allianz Bénin Assurance**

## **3-La clientèle**

Ce sont des consommateurs actuels et potentiels qui s'intéressent aux différents produits offerts par SICA. On peut notamment citer les ménages, les entreprises, les particuliers. La clientèle constitue le marché en aval et la raison d'être de SICA. A cet effet, toutes les actions de la compagnie visent à tout prix la satisfaction et la fidélisation de la clientèle.

## **B- La macro-environnement de SICA**

Ce sont des facteurs incontrôlables auxquels la société doit s'adapter. La société n'a aucune influence sur eux, mais ils ont un impact sur les décisions commerciales de celle-ci. On peut citer les environnements : économique, démographique, socioculturel, institutionnel, et technologique.

### **1 – L'environnement économique**

Le marché d'une entreprise n'est pas seulement fonction du nombre de consommateurs mais aussi de leur pouvoir d'achat. Au Bénin, la majorité des ménages se composent de plusieurs personnes, ce qui multiplie les dépenses des chefs de familles. Avec des revenus, ces derniers se soucient plus de vécu quotidien que d'un investissement à long terme. Le pouvoir d'achat du Béninois (revenu minimum SMIG=31625 FCFA) ne lui permet pas d'épargner et de mettre dans une logique d'anticipation et de prévention. Ils pensent plus au vécu quotidien. Tout ceci réduit le budget susceptible d'être réservé à l'assurance. Dans ces conditions, il leur est difficile de prévoir systématiquement un budget pour les dépenses relatives à l'assurance, comme c'est le cas dans les pays développés. La compagnie en relation permanente avec son environnement n'est pas donc à l'abri des influences que peuvent exercer les variables externes sur ses activités.

### **2 – Environnement démographique**

SICA dispose d'un personnel de trois(03) agents et d'une clientèle constituée de 11437 acheteurs de ces produits arrêté le 21 avril 2015 avec un chiffre d'affaires de 163.000.000 pour l'année commerciale 2014.

### **3 – Environnement socioculturel**

L'environnement socioculturel se rapporte aux facteurs sociologiques et culturels qui influencent les comportements du consommateur. Compte tenu de sa mentalité, la population, qu'elle dispose de moyens réels ou non, préfère investir dans les immobilisations qui représentent pour elle des garanties tangibles et fiables. Ainsi, elle

considère l'assurance comme une tontine dont on ne récolte presque jamais les fruits. De même, l'influence des coutumes, mœurs, superstitions et les croyances religieuses font que la population préfère s'en remettre à Dieu qu'aux compagnies d'assurance. Cette situation est la conséquence d'une culture d'assurance peu développée.

#### **4 – Environnement institutionnel ou politico-légal**

Ce sont les institutions publiques, les lois et les règlements qui régissent le marché de l'assurance. Le marché des assurances est régi par le code CIMA à travers ses organes (le CIMA, l'IIA, la FANAF...). Ainsi, avec la diversité des produits et l'intensification de son domaine d'activité, les compagnies d'assurance devraient pour leur bon fonctionnement avoir des outils fiables de gestion tels que l'outil informatique et les logiciels adaptés à leurs activités.

#### **II – Activités de SICA**

Nous avons eu le privilège d'effectuer notre stage pratique à SICA Zongo du 22 Janvier au 23 Avril 2014. Au cours de cette période, nous avons eu l'occasion de constater l'intensité des activités qui s'y déroulent, d'exécuter des travaux techniques qui ont renforcé notre apprentissage.

SICA a le statut d'intermédiaire d'assurance et à ce titre, elle est chargée de vendre les produits de la FEDAS. La délivrance desdits produits s'opère à partir d'un logiciel de production et de gestion des contrats d'assurance basé sur GEST AUTO. Pour l'émission des contrats, SICA se sert de l'entête de la compagnie d'imprimer FEDAS. Les principales activités de SICA tournent autour de :

- Assistance voyage
- Multirisque Habitation
- Assurance de Marchandises
- Multirisques Entreprises
- Assurance Automobile
- Accidents corporels et maladie
- Multirisque professionnels

- Assurance construction
- Assurance protection juridique
- Assurance Marchandises transportées

Signalons que l'assurance automobile est la plus délivrée à SICA

Elle inclue deux sortes de garanties :-Les garanties facultatives : défense et recours, vol, incendie, bris de glaces, dommages puis personnes transportées

## **SECTION2 : Déroulement du stage et inventaires des atouts et problèmes**

Cette Section est consacrée au déroulement de notre stage (Paragraphe1), à l'inventaire des atouts et problèmes relevés (Paragraphe2), et à la problématique, objectifs et intérêt de l'étude (Paragraphe3)

### **Paragraphe1 : Déroulement du stage**

#### **I- Tâches exécutées**

Au titre des tâches exécutées, nous avons eu à:

- participer à la tenue des registres (automobiles affaires nouvelles et avenants) ;
- procéder à l'ouverture des dossiers des nouveaux souscripteurs, à la numérotation des dossiers suivant la nomenclature en vigueur et à leur classement ;
- assister la productrice dans ces différentes tâches telles que l'élaboration des contrats y compris ceux relatifs à l'assurance automobile. La délivrance de l'attestation d'assurance, la recherche et le classement des dossiers de production.
- appeler les clients pour l'avertissement de l'échéance des contrats
- procéder au versement des primes collectées
- procéder au retrait des fournitures (attestations, côtes, entêtes)

Il est à noter que l'assurance automobile est l'activité la plus effectuée à SICA. En la matière, les différentes étapes de l'établissement du contrat d'assurance automobile sont :

\*La réception du livret de bord

\*La vérification des caractéristiques du véhicule par le producteur du contrat qui sont :

-La puissance fiscale du véhicule

-La charge utile

-Le nombre de place

-La source de l'énergie

\*La prise en compte de certains paramètres tels que :

- Le statut socioprofessionnel et caractéristique du conducteur habituel ;

-L'âge du conducteur ;

-L'ancienneté ;

-Les caractéristiques du conducteur habituel ;

-L'usage et les caractéristiques du véhicule ;

-La zone géographique de circulation ;

\*Le choix des garanties par le souscripteur ;

\*Et l'application du barème de cotation en vue de la détermination de la prime à payer grâce aux informations recueillies plus haut

Enfin, l'exécution de ces différentes tâches nous a permis de faire certaines observations.

## **II – Observations de stage**

Au cours de notre stage, nous avons pu faire les observations ci-après :

-L'ignorance des clients par rapport à la procédure d'obtention d'une indemnisation

-La lenteur dans la procédure d'indemnisation

-L'existence d'une bonne ambiance de travail au sein du personnel de SICA-ZONGO

-La rapidité et le bon accueil réservés à la clientèle

-La ponctualité et la permanence dans le travail

## **Paragraphe 2 : inventaire des atouts et problèmes**

Les atouts ont été inventoriés d'une part, et les problèmes d'autre part dans le présent Paragraphe.

### **I-Inventaire des atouts**

Voici quelques atouts que nous avons soulignés :

- bonne ambiance du travail au sein du personnel
- Un accueil chaleureux à l'endroit des clients
- Efficacité et rapidité du travail
- Diversité et utilité des produits proposés à la clientèle
- Une parfaite explication donnée aux clients sur la nature et le contenu des différentes garanties
- Un personnel jeune, qualifié, motivé et dynamique
- Une bonne communication avec les clients

### **II – Inventaire des problèmes**

Voici quelques problèmes relevés lors de notre stage

- Le logiciel informatique GESTAUTO est complexe et encore en perfection
- Ignorance des clients par rapport à la procédure d'obtention d'une indemnisation
- Un coût considérable dans le traitement des dossiers sinistres
- Faible niveau de prestation dû à un manque de personnel qui entraîne une satisfaction partielle des sinistrés

## **PARAGRAPH 3 : Problématique, objectifs et intérêt de l'étude**

Le présent paragraphe est axé sur la problématique, les objectifs et l'intérêt de l'étude.

## **I-PROBLEMATIQUE**

Au cours de nos activités de tous les jours, tout individu court des risques ou dangers éventuels dont les causes sont variables et les conséquences imprévisibles. C'est pourquoi il a été instauré dans le monde l'assurance qui est établie de sorte que les pertes survenues de ses risques et dangers pèsent légèrement sur les assurés. Mais de nos jours, une attention particulière est portée sur les accidents de la route causés par les automobiles du fait du niveau de leur fréquences élevées par rapport à celles des autres dommages tels que incendie, naufrage, vol. À cet effet, le législateur comme dans la plupart des autres pays de la zone CIMA a rendu obligatoire la garantie responsabilité civile automobile. C'est le service après vente qui fait la véritable particularité des compagnies d'Assurances. Une fois le sinistre survenu, un long processus est entamé jusqu'à son règlement. La gestion efficace des sinistres est une tâche complexe dans laquelle le montant global d'une indemnité représente une part considérable des coûts supportés par les assureurs, la réduction des dépenses liées au traitement des dossiers est un impératif pour chaque assureur.

Toutes fois les coûts ne peuvent être comprimés au détriment des prestations auprès des assurés et de leur droit à recevoir un règlement juste et équitable, étant donné que le traitement des dossiers sinistre est l'un des critères essentiels de la satisfaction et de la fidélisation des assurés, la gestion des sinistres constitue un enjeu aussi important que celui de la réduction des coûts. Les assureurs cherchant à transformer et optimiser leurs capacités de gestion des sinistres envisagent surtout et souvent le recours aux applications préinstallées. Bien souvent, cette approche technologique ne tient pas compte des résultats visés par l'assureur et ne prend pas en considération les composantes nécessaires à une amélioration globale que sont: les collaborateurs, les processus et les ressources nécessaires

En outre, les applications préinstallées offrent rarement la souplesse nécessaire aux opérations et processus associés à la gestion des sinistres qui évoluent fréquemment et les assureurs se voient alors contraints d'adapter leurs pratiques au principe, il en résulte de processus isolés et fragmentés, jalonnés de transferts manuels et d'ajustement fastidieux entraînant une hausse des coûts et pouvant provoquer le mécontentement des assurés .

C'est pourquoi nous avons choisi de porter notre attention sur le thème de cette étude qui s'intitule : « GESTION EFFICACE DE SINISTRE AUTOMOBILE : CAS DE LA FEDAS-SA »

La question centrale associée à notre thème est la suivante :

**Comment gérer avec efficacité les sinistres automobiles ?**

Dans le cadre de l'étude deux questions spécifiques ont été identifiées

**-Comment optimiser la chaine de valeur entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistres ?**

**-Une bonne gestion des sinistres automobile constitue-t-elle un avantage concurrentiel déterminant?**

**II-Objectifs**

Les objectifs se déclinent en Objectif général d'une part, et en objectifs spécifiques d'autre part.

**A-Objectif général**

L'objectif général poursuivi à travers cette étude est de gérer avec efficacité les sinistres automobiles

**B-Objectifs spécifiques**

De façon spécifique, les objectifs à atteindre dans le cadre de cette étude sont au nombre de deux(2) .Il s'agit en l'occurrence de :

-Optimiser la chaine de valeur entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistres

-Apprécier relation entre la gestion des sinistres automobile et l'avantage concurrentiel

**III- Intérêt de l'étude**

La gestion des sinistres est une tâche complexe et déterminante pour la réputation d'une entreprise d'assurance. Face à des processus à étapes et variantes multiples, il n'est pas étonnant que les assureurs s'évertuent à améliorer constamment le traitement des dossiers. L'intérêt de cette étude réside dans le fait que le montant d'une indemnisation représente une part considérable des coûts supportés par les assureurs. Dès lors la réduction des dépenses liées au traitement des dossiers est un devoir pour chaque assureur, il pourra améliorer son traitement de dossier sinistre et aussi sa position face à la concurrence

**CHAPITRE 2 :**  
**REVUE DE LITTERATURE, HYPOTHESES ET METHODOLOGIE**

Ce deuxième Chapitre est consacré à la revue littéraire (Section1), aux hypothèses et à la méthodologie (section2).

### **SECTION 1 : Revue de littérature**

La revue de littérature est un exercice qui permet dans le cadre toute recherche de s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises à partir de la documentation mobilisée sur les problèmes identifiés.

Au terme de notre recherche documentaire, nous avons constaté que plusieurs réflexions ont abordé le problème de gestion des sinistres automobiles.

Néanmoins, de l'exploitation de la documentation existante, nous avons pu tirer des contributions relatives à la résolution générale et celles des problèmes spécifiques.

#### **1-Clarification des concepts clés**

##### **\*Assurance**

Il y a assurance lorsque des personnes susceptibles de subir un événement dommageable se regroupent pour constituer une épargne commune afin d'aider les personnes qui sont frappées par la survenance de l'évènement redouté à faire face à ses conséquences.

Joseph HERMARD, Professeur français définit l'assurance de la façon suivante : « 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 qui, prenant en charge, un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique »

Cette définition met en évidence le caractère juridique de l'assurance, car elle met l'accent sur la promesse faite par l'assureur à l'assuré de l'indemniser en cas de sinistre.

##### **\*Assurance automobile**

Une assurance automobile doit couvrir le propriétaire du véhicule, toute personne ayant la garde ou la conduite même non autorisée du véhicule et les passagers du véhicule assuré, ainsi que les dommages causés par la chute des accessoires ou objets transportés qui surviennent au moment d'un accident ou postérieurement. Elle couvre les opérations de déchargements ou de chargement et prend en compte les dommages subis en dehors de la circulation.

**\*Assuré**

C'est la personne exposé au risque ou celle sur la tête de qui pèse le risque. Elle est la personne physique ou morale dont la vie, les actes ou les biens sont garanties par un contrat d'assurance. L'assuré n'est pas obligatoirement le souscripteur du contrat ni le bénéficiaire, ni celui qui paie la cotisation.

**\*Sinistre**

C'est la réalisation de l'évènement prévu et garanti par le contrat d'assurance et entraînant la mise en jeu de la garantie.

**\*Déclaration de sinistre**

L'assuré a cinq jours ouvrés (samedi, dimanche et jours fériés ne sont pas pris en compte) à partir du moment où il a eu connaissance du sinistre pour le déclarer à son assureur. Ce délai est réduit de deux jours en cas de vol.

**\*Règlement de sinistre**

C'est l'ensemble des opérations qui interviennent après la déclaration du sinistre et permettent de déterminer les indemnités à la charge de l'assureur.

**\*Risque**

C'est un évènement dommageable contre l'arrivée duquel on cherche à se prémunir.

**\*Indemnisation**

C'est le dédommagement de l'assuré en cas de survenance d'un sinistre. Cette indemnisation est prévue dans les conditions générales et particulières du contrat. Elle se manifeste par le versement d'une indemnité parfois plafonnée.

**\*Aléa moral**

L'aléa moral ou(moral hasard) en anglais désigne pour l'économiste ADAM SMITH : un effet pervers qui peut apparaître dans certaines situations de risque, dans une relation entre deux agents ou deux parties contractantes :c'est plus précisément la perspective qu'un agent, isolé d'un risque, se comporte différemment que s'il était lui même exposé au risque. Cet effet anticipatoire, indésirable en économie peut apparaître consciemment ou inconsciemment au

niveau de l'individu (qui prendrait des risques inconsidérés au volant de son véhicule, au motif que ce dernier est assuré)

### **\*Théorie d'agence**

**ADAM SMITH** notait en 1776, dans sa recherche sur la nature et les causes de la recherche des nations que les directeurs des sociétés par actions étant les régisseurs de l'argent d'autrui plutôt que de leur propre argent, on ne peut guère s'attendre à ce qu'ils y apportent cette vigilance exacte que les associés apportent dans le maniement de leurs propres fonds.

On peut aborder aussi la théorie d'agence sur l'angle du problème des coûts que représente l'assurance maladie aujourd'hui : l'asymétrie d'information entraîne un comportement déconnecté de la réalité des coûts de la part des agents (les assurés).

## **2-MODES DE GESTIONS**

### **\*Règlement de gré à gré**

C'est un règlement dans le quel le client déclare son sinistre via une plate forme téléphonique suivi de la description de ses dommages et accord sur le montant et enfin un virement de l'indemnisation et clôture du dossier

### **\*Télé-expertise**

C'est un règlement dans le quel le client déclare son sinistre via une plate forme téléphonique suivi de la réalisation et envoi des photos par mail à la plate forme avant de bénéficier de l'indemnisation après négociation et accord sur le montant

### **\*règlement sur devis ou facture**

C'est un règlement dans lequel le client déclare son sinistre via une plate forme téléphonique. Il réalise les travaux ou un devis. Le règlement est effectif sur ses bases

## **.CONTRIBUTION D'AUTEURS D'OUVRAGES**

**Jacob Nicolas**, auteur du livre « Les Assurances » 2<sup>ème</sup> édition affirme que depuis la loi de 1930, les circonstances économiques et la circulation automobile ont évoluées.

Selon le même auteur, l'assurance a pris une place importante dans la vie économique contemporaine et elle est devenue en quelque sorte un rouage d'une machine qui tournerait plus difficilement sans son intervention.

La maîtrise des coûts de gestion des sinistres automobiles est une préoccupation essentielle des organismes d'assurances présentes sur le marché. Les sociétés d'assurances ont développé des procédures conventionnelles afin d'accélérer le traitement des accidents par une schématisation de leurs circonstances. Les conventions sont omniprésentes lors du règlement des sinistres matériels, puisqu'elles contribuent à traiter près de deux millions de cas par an. Leur efficacité a mené les assureurs à étendre récemment leur champ d'application aux accidents corporels.

La partie automobile et corporelle devrait suivre en 2014 pour l'aboutissement prévu en 2015 sur l'ensemble de l'activité de gestion des sinistres IARD « l'ambition de ce projet n'est pas seulement d'obtenir un système d'information unique, ce qui améliorera la qualité et l'accès à l'information et donc la rapidité de gestion » note Vallois, Directeur d'indemnisation d'Allianz France. C'est ainsi l'occasion de revoir le socle fonctionnel pour moderniser les processus de gestion des solutions d'indemnisation.

### **Travaux antérieurs de recherche**

Les entreprises d'assurance encaissent des primes ou cotisations qui permettent de payer des dépenses de commercialisation et des frais de gestion, de couvrir les exigences de solvabilité, de rémunération des actionnaires et créanciers, enfin et surtout de servir en cas de sinistre, les indemnités auxquelles les garanties souscrites ouvrent droit après le paiement de la prime, a souligné Antonella di GREGORIO dans le thème « La gestion des sinistres en assurance IARD, quels leviers d'optimisation et d'amélioration de la performance ? »

En 2011, Thérèse KORBLAH a réfléchi sur « le règlement des sinistres automobiles sous l'égide de la carte brune CEDEAO, cas de la FEDAS », elle a montré qu'il urge que chacun des acteurs du système joue pleinement son rôle en vue de la satisfaction des intérêts des assurés bénéficiaires des contrats.

La gestion des sinistres revêt une importance particulière pour les sociétés d'assurances :

-Tout d'abord, le traitement d'un sinistre est le moyen essentiel dont dispose l'assuré pour vérifier la qualité de la prestation qu'il a achetée. C'est donc un élément de fidélisation de la clientèle.

-C'est en suite le principal facteur de coût pour les entreprises. Pour ne prendre qu'un exemple, un quart des salariés travaillant dans une société d'assurance gère des sinistres.

Ce qui explique le fait que les métiers d'indemnisation et de règlement soient l'objet de toutes les attentions. Cela a été développé à travers le thème « Association régie par la loi du 01 juillet 1901 dans les métiers de l'indemnisation et du règlement des sinistres : de la rédaction à la télégestion »

### **BONNE PRATIQUE DE L'OCDE POUR LA GESTION DES SINISTRES D'ASSURANCES**

Les bonnes pratiques de l'OCDE sur la gestion des sinistres d'assurance présentées ci-après ne sont ni contraignantes ni exhaustives. Elles proposent une liste récapitulative de pratiques visant à aider les compagnies d'assurances dans la gestion de leurs sinistres. D'autres façons appropriées de gérer les sinistres peuvent exister ou être déjà reflétées dans la législation et la réglementation de certains pays et/ou dans les codes de conduite des compagnies ou de l'industrie de l'assurance. Les compagnies d'assurance peuvent aussi aller au-delà de ces bonnes pratiques, par exemple par le lancement de programmes de sensibilisation du public à des questions liées à la gestion des sinistres.

Le Comité des assurances a approuvé en juin 2004, par la voie de la procédure écrite, les bonnes pratiques soumises par son Groupe de travail. Il propose dès lors que le Conseil adopte le projet de recommandation qui figure en appendice, invitant les compagnies d'assurance et les autorités publiques des pays Membres de l'OCDE à assurer une gestion efficace et équitable des sinistres d'assurance, en tenant compte des bonnes pratiques présentées en annexe à cette recommandation. Les non-Membres sont invités à prendre en considération les termes de cette recommandation.

#### **Bonne pratique 1 : La déclaration du sinistre**

La compagnie d'assurance rédige les polices d'assurance de manière aisément compréhensible, en stipulant clairement les risques couverts et les risques exclus dans les termes de ces polices. Si cela s'avère nécessaire, une explication en langage courant du texte légal peut être incluse dans un addendum.

La compagnie d'assurance attire l'attention de l'assuré/du demandeur/du bénéficiaire, tant au moment de la souscription du contrat (pour les seuls assurés) qu'à l'occasion de la notification du sinistre, sur les obligations qui lui incombent au stade de la déclaration d'un sinistre, qui constituent à :

\*s'efforcer de limiter le dommage ;

\*déclarer rapidement le sinistre ;

\*coopérer dans l'enquête, en communiquant à la compagnie toutes les informations pertinentes et notamment des copies des documents officiels relatifs au dommage (accident, perte...);

\*autoriser la compagnie à pratiquer les inspections nécessaires et à évaluer l'ampleur du dommage avant toute réparation ou remplacement.

Afin que la phase de déclaration du sinistre se déroule le mieux possible, la compagnie d'assurance adresse dans un délai raisonnable (courant à partir de la notification du sinistre) à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire :

\*un formulaire de demande d'indemnisation (quand le sinistre est notifié par écrit) adapté au type d'assurance en cause établi soit par chaque compagnie d'assurance, soit au niveau national, par les compagnies ou les autorités de contrôle ainsi que les instructions et les informations utiles permettant de se conformer aux clauses de la police et aux exigences légitimes de la compagnie ;

\*les informations nécessaires pour les aider à déclarer le sinistre.

### **Bonne pratique 2 : La réception par la compagnie de la demande d'indemnisation**

\*Le département de gestion des sinistres de la compagnie et/ou l'intermédiaire concerné, le cas échéant, sont aussi accessibles que possible pour le demandeur. Si l'intermédiaire représente le seul contact direct des demandeurs, les déclarations de sinistres doivent être transmises au département de gestion des sinistres de la compagnie sous un délai approprié.

\*La compagnie d'assurance prend contact avec l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire ou lui fait parvenir un accusé de réception dès qu'elle reçoit la demande d'indemnisation.

\*Par la suite, s'il apparaît que le sinistre ne peut pas être réglé rapidement, la compagnie le notifie à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire et indique que l'on reprendra contact avec elle/lui dans un délai raisonnable.

\*Lorsque la fourniture de pièces spécifiques par l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire<sup>1</sup> est nécessaire à l'enregistrement de la demande d'indemnisation, la compagnie lui adresse la liste des pièces dans les plus brefs délais. Une notification particulière détaillant les éléments à

fournir est par ailleurs adressée à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire lorsqu'une autre compagnie d'assurance est impliquée.

\*S'il apparaît que le sinistre n'est pas couvert par la police d'assurance, la compagnie adresse à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire une notification précisant les raisons de cette non couverture dans les plus brefs délais.

\*Lorsque l'auteur de la demande d'indemnisation n'est pas l'assuré, la compagnie lui fait parvenir dans les plus brefs délais des informations relatives à ses droits et obligations, lorsque cela s'avère pertinent.

\*Lorsqu'il y a lieu, la compagnie indique à l'assuré ses droits de subrogation et lui rappelle les grands principes régissant la procédure de subrogation.

### **Bonne pratique 3 : La constitution du dossier**

Le dossier constitué par la compagnie, dès réception de la déclaration de sinistre et, le cas échéant, des documents complémentaires indispensables à son traitement, comporte :

- le numéro d'enregistrement du sinistre ;
- le numéro de la police ;
- le nom de l'assuré/du demandeur/du bénéficiaire ;
- un document résumant l'évolution et l'état d'examen du dossier ;
- le type d'assurance ;
- la date d'ouverture du dossier ;
- la date du sinistre ;
- la date de notification ;
- la description du sinistre ;
- Des informations sur les demandeurs ;
- La date d'évaluation du dommage ;
- le cas échéant, la copie électronique et/ou papier des rapports des experts et enquêteurs ;
- L'identification de l'expert ;
- le coût estimé des dommages ;
- la date des versements et leurs montants respectifs ;
- le cas échéant, la date du rejet ;
- le cas échéant, le nom des intermédiaires ;
- la date de clôture du dossier ;
- Les documents retraçant les contacts de la compagnie avec l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire.

#### **Bonne pratique 4 : La prévention et la détection des fraudes**

Afin d'enrayer le développement de déclarations frauduleuses de sinistres et les hausses de primes qui en résultent, les compagnies prennent les mesures suivantes :

- \*elles établissent des programmes de lutte contre les pratiques frauduleuses et contre le blanchiment d'argent en fonction de leurs risques et vulnérabilités ;
- \*au stade de la demande d'indemnisation, elles s'efforcent de décourager les pratiques frauduleuses en sensibilisant l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire sur les conséquences auxquelles s'expose l'auteur d'une déclaration mensongère (qui peut, en particulier, être passible de poursuites pénales) et/ou incomplète. A cet effet, elles font figurer sur les formulaires de demande d'indemnisation un rappel de la loi en vigueur, des statuts ou de la réglementation sur les assurances régissant les notifications de sinistres frauduleuses ou incomplètes ;
- \*quand cela est légalement possible, les compagnies participent à des bases des données appropriées où tous les sinistres susceptibles d'être frauduleux sont enregistrés. En outre, les autorités publiques pourraient encourager ou prendre des mesures pour initier la création d'un bureau public ou privé des fraudes à l'assurance ;
- \*par ailleurs, les compagnies s'engagent à fournir une formation adéquate sur les indicateurs de fraude à leurs personnels du département des sinistres.

#### **Bonne pratique 5 : L'évaluation du dommage**

Considérations générales :

- \*La manière dont certains facteurs spécifiques, tels que la vétusté, l'actualisation ou la négligence imputée à la victime, sont pris en compte est précisée dans la constitution du dossier.
- \*Les méthodes d'évaluation des dommages utilisées par la compagnie sont raisonnables et cohérentes.
- \*La compagnie d'assurance utilise ses propres méthodes pour évaluer la valeur du sinistre, en accord avec la loi en vigueur.

Rôle des experts en règlement de sinistres :

- \*Les compagnies faisant appel à des experts en règlement de sinistres ou à des intermédiaires devront s'assurer de leur compétence/qualification. En outre, si ces experts/intermédiaires viennent à commettre dans le cadre de leur mandat avec une compagnie d'assurance des erreurs sous malversations vis-à-vis des assurés/des demandeurs/des bénéficiaires, la compagnie en est tenue responsable. Les compagnies peuvent dès lors décider de limiter les

domaines d'intervention des experts et des intermédiaires (par exemple en plafonnant le nombre de demandes d'indemnisation qu'ils peuvent gérer).

\*Chaque fois qu'elles font appel à un expert en sinistres indépendant ou à un intermédiaire, les compagnies en tiennent informés les assurés/les demandeurs/les bénéficiaires

Lorsque le dommage fait l'objet d'une estimation écrite effectuée pour le compte de l'assureur, ce dernier adresse à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire une copie du document sur la base duquel le montant de l'indemnisation a été fixé.

### **Bonne pratique 6 : Le traitement des demandes d'indemnisation**

Considérations générales :

\*Les procédures de règlement des sinistres en vigueur au sein d'une compagnie sont rassemblées dans un manuel à usage interne. Un membre du personnel au moins devrait être responsable de la mise à jour du manuel et des ajouts et amendements à effectuer lorsque cela est nécessaire.

\*Au sein des compagnies, le personnel du département de gestion des sinistres possède les qualifications adéquates. A cet effet, les compagnies encouragent les programmes de formation interne ou externe du personnel concerné.

\*Des audits internes sont conduits régulièrement pour tous les sinistres qui n'auraient pas été réglés intégralement. Ces audits internes s'appliquent à toutes les étapes du processus de gestion des sinistres. Des examens par les pairs (échanges de dossiers au sein du personnel du département de gestion des sinistres) pourraient également être conduits.

\*Dans le cas de procédures de gestion des sinistres impliquant plusieurs compagnies d'assurance, l'indemnisation de l'assuré est une priorité : le sinistre doit être indemnisé sous un délai approprié, alors que les litiges potentiels entre assureurs sont résolus à un stade ultérieur. Pour les sinistres les plus courants (par exemple, en assurance automobile), des accords spécifiques sont conclus entre assureurs afin d'accélérer et de simplifier les procédures de règlement de sinistres impliquant plusieurs assurés.

Les compagnies d'assurance :

\*ne dissimulent pas d'éléments relatifs à la couverture d'une police d'assurance lorsque ceux-ci sont pertinents dans le cadre de la demande d'indemnisation ;

\*ne dissuadent pas l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire de recourir aux services d'un avocat ou d'un contre expert ;

\*ne tentent pas d'indemniser le sinistre pour un montant moindre que celui auquel l'auteur de la demande d'indemnisation pouvait prétendre sur la base des documents écrits ou des notices

commerciales imprimées jointes aux formulaires de souscription. L'assureur conserve toutefois la possibilité de se retourner contre tout intermédiaire ayant fait à l'assuré des promesses inconsidérées ;

\*ne rejettent pas une demande d'indemnisation avant d'avoir effectué une enquête suffisamment détaillée ;

\*ne rejettent pas la responsabilité de l'indemnisation sur d'autres acteurs, à moins que cela ne soit expressément prévu par la police.

Information aux assurés :

\*La compagnie tient informé l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire de l'avancement de son dossier de gestion de sinistre. Elle l'informe de la date probable à laquelle les indemnités lui seront versées, ou la réparation ou le remplacement effectué, et lui précise, le cas échéant, les raisons pour lesquelles un délai supplémentaire est nécessaire.

\*Quand une compagnie décide de faire appel à des interlocuteurs extérieurs (experts, avocats, inspecteurs vérificateurs,...), elle en informe l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire, justifie sa décision et explique le rôle que ces interlocuteurs extérieurs seront amenés à jouer dans le traitement de la demande d'indemnisation.

\*Lorsqu'une indemnité est versée ou lorsqu'une offre d'indemnité est faite, la compagnie en explique à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire les raisons ainsi que les bases utilisées.

La compagnie d'assurance constitue son dossier de gestion du sinistre afin d'être en mesure de répondre aux questions qui pourraient être soulevées concernant le traitement ou le paiement du sinistre.

Cas particulier de non indemnisation ou d'indemnisation partielle :

\*En cas de rejet de sa demande d'indemnisation, la compagnie d'assurance indique expressément à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire sur la base de quelles dispositions, quelles clauses ou quels cas d'exclusion prévus par la police la demande est rejetée.

\*Lorsque la compagnie d'assurance propose une indemnité différente de celle réclamée, elle en explique la raison à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire.

\*Lorsque en vertu des clauses de la police, la compagnie d'assurance n'a pas à prendre en charge tout ou partie du sinistre, elle en informe l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire et en explique les raisons.

### **Bonne pratique 7 : Le respect des délais relatifs aux demandes d'indemnisation**

En accord avec la loi sur l'assurance en vigueur, les compagnies peuvent spécifier dans leurs polices les délais de réponse probables aux courriers qui leur sont adressés par l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire.

\*Après déclaration d'un sinistre par l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire,

\*l'acceptation ou le rejet de sa demande d'indemnisation lui est notifié(e) par la compagnie d'assurance dans un délai raisonnable après réception de sa déclaration ;

\*la compagnie d'assurance prend contact avec toute autre compagnie partie au dossier dans un délai raisonnable et résout les questions liées aux réclamations entre compagnies le plus rapidement possible.

La compagnie d'assurance s'efforce de régler le sinistre dans les plus brefs délais et informe par écrit l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire des raisons en cas de retard dans le traitement du sinistre.

La rapidité de gestion des sinistres ainsi que la qualité et la ponctualité de l'information transmise à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire sont des éléments essentiels dans la concurrence entre les compagnies.

Après accord entre la compagnie et l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire sur le montant de l'indemnisation, le paiement de ce montant intervient dans un délai raisonnable.

Les compagnies d'assurance mettent en place et assurent la mise à jour de leur propre base de données statistique retraçant leurs performances en matière de délais de règlement des sinistres ainsi que les tendances observées dans le règlement des sinistres et les dépenses. A cette fin, une procédure adéquate de codage et de traitement statistique des dommages est élaborée.

### **Bonne pratique 8 : Les réclamations et le règlement des litiges**

Réclamations/Litiges :

Lorsqu'un assuré/un demandeur/un bénéficiaire introduit une réclamation, la compagnie :

\*accuse réception de la réclamation dans un délai raisonnable ;

\*fournit à l'assuré/au demandeur/au bénéficiaire des explications sur la manière dont sa réclamation sera traitée et sur les démarches qu'il doit accomplir ;

\*informe l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire des procédures internes et externes de règlement des litiges ;

\*traite cette réclamation promptement et équitablement ;

\*tient l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire régulièrement informé de l'avancement du traitement de sa réclamation ;

\*y apporte une réponse écrite finale dans un délai raisonnable.

Si l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire n'est pas satisfait de la réponse finale qui lui est adressée par la compagnie, il peut faire appel à une procédure de recours interne. Il peut

également faire jouer une procédure de règlement des litiges externe à la compagnie (par exemple, traitement des plaintes par les autorités de contrôle). En cas de litige, l'assuré/le demandeur/le bénéficiaire devrait être informé par la compagnie de l'existence de cette possibilité de recours.

### **Bonne pratique 9 : Contrôle des services de règlement des sinistres**

Les autorités de contrôle des assurances peuvent procéder à des enquêtes sur les services de règlement des sinistres particulièrement lorsque des problèmes sont suspectés. A cette occasion, les éléments suivants sont pris en compte :

- \*la possibilité d'accéder aux éléments non confidentiels du dossier pour tous les dossiers en cours ainsi que pour les dossiers déjà clos, dans un délai déterminé (par exemple : l'année en cours et les deux années précédentes) ;
- \*la conservation d'informations suffisantes et pertinentes dans les dossiers d'indemnisation ;
- \*l'utilisation d'un formulaire de demande d'indemnisation adapté au type d'assurance ;
- \*la qualification adéquate des personnels du département de gestion des sinistres, notamment fondée sur le code des assurances en vigueur
- \*la détermination des montants d'indemnisation conformément aux procédures de la compagnie ;
- \*le contrôle de la nature et du nombre de plaintes relatives à la gestion du sinistre ;
- \*la surveillance de la proportion de demandes d'indemnisation donnant lieu à litige ;
- \*le respect des procédures de lutte contre la fraude et le blanchiment ;
- \*l'existence d'un audit interne régulier des dossiers de sinistres
- \*l'existence d'un manuel interne énonçant les procédures de règlement des sinistres ;
- \*l'existence d'une procédure adéquate de codage et de notification statistique des dommages ;
- \*les performances en matière de rapidité de règlement des sinistres (telles qu'évaluées à partir de la base de données statistiques mise en œuvre en vertu du point 7).

### **Bonne pratique 10 : Les pratiques de marché**

Les autorités publiques encouragent la mise en place d'un système de référentiel relatif au processus de règlement des sinistres ou à un de ses aspects particuliers (par exemple : la façon de traiter les réclamations).

Le mode de rémunération des employés des compagnies d'assurance ou d'autres services en charge de la gestion des sinistres n'incite pas à un traitement inéquitable des

assurés /demandeurs/bénéficiaires en ce qui concerne le traitement ou le résultat des demandes d'indemnisation.

**Six clés pour optimiser la gestion des sinistres :Gestion des processus métiers (pega BPM/BUILD FOR CHANGE)**

Pega BPM est une technologie brevetée qui signifie la création et la modification d'applications d'entreprise en enregistrant directement les objectifs stratégiques sans aucune programmation manuelle

Elle centralise les règles et les processus métiers dans des applications composites compatibles avec les systèmes existants. Les équipes métiers et informatique disposent ainsi de la technologie « Build for change » et peuvent rapidement apporté de la valeur ajoutée et surpasser la concurrence (Consulter le site web [www.Pega.com](http://www.Pega.com))

La gestion des processus métier (BPM) s'est révélée une solution bien plus efficace que les applications préinstallées n'offrant aucune souplesse, car elle offre les capacités stratégiques nécessaires aux assureurs pour mettre en place un environnement de gestion des sinistres optimisé. La gestion des processus métier offre notamment les avantages suivants :

\*Elle garantit l'application des meilleures pratiques grâce à la mise en place de processus à base de règles pour l'ensemble des divisions métier, des produits et des régions.

\*Elle automatise les processus centraux entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistres grâce à une gestion intelligente des cas de façon à hisser la gestion des sinistres au plus haut niveau d'efficacité.

\*Elle renforce la fidélisation des assurés par l'application de processus intentionnels évolutifs réagissant de façon dynamique après chaque interaction avec les assurés pour obtenir le meilleur résultat.

Grâce à la gestion des processus métier, les assureurs peuvent augmenter la valeur du processus de gestion des sinistres, renforcer l'engagement envers leur entreprise, atténuer les risques et pertes et améliorer leur position concurrentielle

Elle peut révolutionner les stratégies des assureurs en matière de traitement des dossiers sinistres au XXI è siècle.

*Il présente six clés sur lesquels les assureurs peuvent miser pour transformer et optimiser le traitement des dossiers :*

**\*Mise en valeur du processus axé sur la finalité pour optimiser le**

**Traitement des dossiers sinistres**

Grâce à l'unification des règles et processus en une seule solution, les assureurs peuvent, de façon homogène, intégrer les procédures et règlements internes relatifs à la gestion des sinistres à des processus de services axés sur la finalité et dynamiques mettant automatiquement en adéquation les besoins de l'assuré introduisant une demande avec la finalité du métier lors d'une interaction avec l'assuré. Le processus intelligent guide automatiquement le personnel tout du long de la démarche optimisée au fil des interactions.

En d'autres termes, les collaborateurs n'ont plus à se soucier de trouver le bon système à utiliser ou la prochaine étape à suivre. Il leur suffit de se consacrer aux activités les rapprochant des clients, lesquelles contribuent à les démarquer de la concurrence par la qualité de leurs prestations. C'est en capitalisant sur les processus axés sur la finalité que les assureurs peuvent anticiper les besoins éventuels d'un assuré et les mettre en adéquation avec le processus optimal de gestion des sinistres ou de prestation. Imaginez être capable d'anticiper les besoins d'un assuré et de pouvoir y répondre avant même qu'il ne vous pose la question !

#### **\*Amélioration des résultats par une gestion dynamique des cas**

Les assureurs peuvent régler chaque sinistre de façon optimale en appliquant un mode de gestion dynamique des cas offrant une visibilité à 360° et permettant d'organiser et d'exécuter le processus optimal selon chaque dossier. Dans la plupart des dossiers, toute une série de processus sont nécessaires à la clôture du sinistre. Ces processus récupèrent les données de plusieurs systèmes, sont mis en œuvre sur un ensemble de services d'entreprise – souvent de façon parallèle ou asynchrone – et un processus peut modifier le mode de déroulement du suivant. Néanmoins, cette vaste complexité doit être orchestrée et administrée avec efficacité pour garantir un traitement cohérent, précis et efficient des dossiers sinistres en vue d'un résultat optimal. La gestion des cas fournit aux assureurs une plateforme stratégique organisant et gérant des dossiers complexes sur un ensemble de silos et de systèmes centraux. Elle leur permet d'orchestrer les multiples processus d'un dossier et, conformément aux objectifs de l'entreprise représentés par les règles métier, de guider le traitement du sinistre en aval, du plus haut niveau jusqu'au plus bas niveau de décision.

L'unification des procédures et règlement internes étendent cette capacité en favorisant la mise en place d'une stratégie de réception des demandes «multi canal »et des transferts de responsabilité transparents vers les ressources optimales. Les règles métier garantissent l'exécution cohérente notamment des étapes décisionnelles, des missions et des contrats de niveau de service, ainsi que leur traçabilité aussi bien au niveau du dossier sinistre qu'au niveau des sous-tâches. Munis d'un système intelligent gérant les étapes du processus

nécessitant peu ou pas d'intervention humaine, les assureurs peuvent automatiser le traitement des dossiers sinistres ou activités associées de nature peu complexe afin de mieux maîtriser les coûts tout en gagnant en efficacité et en productivité.

**\*Maximisation de l'impact de la chaîne de valeur de la gestion des sinistres**

En combinant les règles et les processus à la gestion des cas, les assureurs peuvent orchestrer eux-mêmes un processus complexe de traitement des dossiers sinistres sur plusieurs systèmes et gérer des outils analytiques, des banques de données ou des services tiers. Cette capacité unique permet aux assureurs de mettre en place les bonnes ressources au bon moment en vue d'obtenir le meilleur résultat dossier après dossier. Étant donné que la gestion des processus métier fournit des processus à base de règles, les assureurs n'ont plus à compter sur les experts pour jouer un rôle clé dans le traitement des dossiers. Désormais, la gestion automatisée des cas s'intègre aisément avec des systèmes d'arrière-plan pour accéder aux éléments d'actif adéquats et y faire appel en temps réel dans le cadre du processus rationalisé.

**\*Transformation des informations en action**

Les assureurs cherchent de plus en plus à améliorer le niveau de leurs prestations et leurs résultats d'exploitation en intégrant des fonctions de veille stratégique et d'analyses dans leurs processus de gestion des sinistres. Toutefois, bon nombre d'entre eux commencent à peine à se pencher sur la question et ne sont pas encore conscients de l'immense potentiel de cette capacité. Qui plus est, si les informations que fournissent ces outils procurent une haute valeur ajoutée, beaucoup d'assureurs n'ont pas les moyens de transformer ces informations en une action optimale.

Les assureurs ont besoin de solutions de gestion des sinistres leur permettant de mieux tirer parti des fonctions d'analyses en les rendant exploitables. Grâce aux solutions BPM intégrant les fonctions d'analyses dans le processus de gestion des sinistres, les assureurs bénéficient d'une veille stratégique en temps réel et restent ainsi au fait notamment du nombre de fraudes, des indemnisations éventuelles et du risque d'attrition afin de progresser vers la meilleure action à lancer au cours du processus. Les assureurs sont ainsi en mesure de mettre en œuvre les bons processus afin d'aborder toute question relative à un dossier de façon active et d'atténuer les risques.

**\* Obtention d'un avantage concurrentiel grâce à la réutilisation stratégique des meilleures pratiques**

Pour réduire les coûts d'un bout à l'autre du traitement des dossiers – et dans l'ensemble de l'entreprise – les assureurs doivent partager les meilleures pratiques de tous les services de gestion des sinistres. Ils doivent pour cela être capables d'aborder les changements de façon

globale afin de transformer tous les processus entrant en jeu dans le traitement des dossiers. Avec une solution BPM unifiée fournissant une banque commune de procédures et de règlements internes spécifiques à la gestion des sinistres, le meilleur processus est toujours disponible et peut être activé par tout expert quel que soit le service de gestion des sinistres concerné.

En s'appuyant sur des règles dynamiques, chaque processus central peut être aisément adapté et étendu selon les marchés desservis. L'avantage tient du fait que les assureurs ont uniquement besoin de modifier les deltas entre les conditions des meilleures pratiques de base et celles des processus uniques par l'application de «couches» d'instructions spécialisées au processus de base. Au lieu de recréer le processus à chaque fois de A à Z, les assureurs peuvent se concentrer sur les deltas, et les deltas uniquement – une approche propice à la réduction des coûts tout en garantissant l'intégration des meilleures pratiques dans chaque processus de gestion des sinistres.

#### **\*Maximisation de l'agilité stratégique**

Les assureurs doivent également se doter d'une plateforme métier prenant en charge des opérations de gestion des sinistres en constante évolution. Contrairement aux solutions préinstallées rigides, les solutions BPM avancées misent sur des outils d'entreprise configurables bien connus, tels que Microsoft Visio ou Excel, pour permettre la conception et la mise en œuvre de fonctions avancées de gestion des sinistres, et ce en quelques mois à peine. Les changements peuvent aussi être aisément mis en œuvre de façon globale dans tout processus à modifier. En éliminant le besoin d'un codage sur mesure et le besoin de conserver plusieurs versions d'un seul et même processus, les assureurs bénéficient d'un niveau d'agilité inégalé et profitent rapidement d'un bon retour sur investissement grâce à une baisse des coûts d'exploitation et à une nette accélération des délais de lancement. Tandis que les assureurs continuent de se tailler de nouvelles perspectives de marché ou se retrouvent confrontés à l'évolution de la réglementation, les outils BPM rationalisés leur permettent de modifier rapidement et facilement les processus de gestion des sinistres et de les adapter selon les critères des marchés. Par comparaison avec les applications préinstallées nécessitant un grand degré de personnalisation et un nombre considérable de corrections, la souplesse dynamique des solutions BPM offre un réel avantage concurrentiel.

## **SECTION 2 : HYPOTHESES ET METHODOLOGIE**

Des hypothèses ont été émises et il importe de les vérifier (Paragraphe1), puis un accent est mis sur la méthodologie (Paragraphe2)

### **Paragraphe1 :HYPOTHESES**

Afin de mener à bien cette étude, il est important d'établir des hypothèses qui ne sont que des réponses provisoires aux questions de départ susceptibles de permettre une gestion efficace des sinistres automobiles. A cet effet deux hypothèses sont posées à savoir :

H1 : l'optimisation de la chaîne de valeur entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistre a un effet positif sur la santé financière d'une compagnie d'assurance

H2 :Une bonne gestion des sinistres est un élément décisif dans la concurrence entre compagnies d'assurances.

### **Paragraphe2 :METHODOLOGIE**

La méthodologie est l'ensemble des démarches ou méthodes entreprises pour collecter des données et les traiter afin d'obtenir des informations. Les outils participatifs de recherches ont été utilisés à chaque étape de l'analyse. Ce sont principalement des tableaux et graphiques.

Deux démarches sont indispensables dans notre méthodologie à savoir les approches théorique et empirique

### **I-APPROCHE EMPIRIQUE**

La dimension empirique de l'étude vise à mettre en exergue la méthode d'enquête envisagée à travers les outils de mobilisation des données, ceux relatifs au dépouillement des données et enfin ceux liés à la présentation des données.

#### **A- Objectifs et cadre de l'enquête**

##### **1-Fixation des objectifs**

Les objectifs visés à travers nos enquêtes sont ceux de la mobilisation des informations nécessaires pour la vérification des hypothèses précédemment formulées.

Ainsi il sera vérifié si sur le terrain, les causes que nous avons supposées être à la base des problèmes spécifiques identifiés le sont effectivement. En d'autres termes, nous devons alors vérifier :

-Si les méthodes, techniques et outils qu'utilise le service sinistre permettent une gestion optimum de la chaîne des valeurs entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistres

-Si la bonne gestion des sinistres automobile à un effet positif sur la concurrence

## **2- Cadre de l'enquête et population mère**

En vue de la vérification des hypothèses de recherche liées à notre problématique, nous avons eu à mener des enquêtes aussi bien internes qu'externes. La population cible de l'enquête internes est essentiellement constituée des agents chargés des sinistres à la FEDAS, celle retenue pour l'enquête externe est composée des clients ayant faits des déclarations de sinistres soit directement au niveau de la direction soit par le biais de notre agence (SICA ZONGO)

### **B- Choix de l'échantillon et des outils de sélection des données**

#### **1- Choix de l'échantillon**

Nous avons retenu au niveau de la population mère (100 personnes) pour la vérification des hypothèses liées aux problèmes spécifiques. Sur un effectif de (07) agents chargés des sinistres à la FEDAS seulement deux parmi eux ce sont prêtés à notre questionnaire. En ce qui concerne l'effectif des clients sinistrés à la FEDAS à qui nous avons adressé un questionnaire dans le but de recueillir les données nécessaires pour l'analyse, nous avons pu questionner (93) personnes.

#### **2- Outils de sélection des données**

Le traitement des données quantitatives de notre enquête a été réalisé avec le tableur Microsoft Excel. Les résultats de nos enquêtes ont été représentés par les méthodes de tri à plat

#### **3- Variables utilisées**

##### **a- Choix de l'unité de recherche**

La présente étude est rendue possible grâce à un séjour de deux semaines effectuées au service sinistre de la direction qui nous à été accordé par la FEDAS par le biais de notre agence d'accueil (SICA ZONGO). ce qui nous a permis de nous familiariser avec le règlement des sinistres au sein de la FEDAS, découvrir les méthodes, outils et techniques utilisés pour le traitement des dossiers sinistres.

Les réponses aux questionnaires par les sinistrés se sont effectuées sur place dans notre agence d'accueil.

### **b-Choix de la période d'étude**

L'étude réalisée s'étend sur une période de 1 an (Avril2014-Avril2015)

## **II-APPROCHE THEORIQUE**

### **Outils d'analyse retenue**

Pour analyser les données recueillies nous allons :

- Effectuer d'abord un rapprochement entre travaux antérieurs de recherche et la méthode de gestion de sinistre au sein de la FEDAS
- Evaluer ensuite les faiblesses de la FEDAS dans le traitement des dossiers sinistre et leur proposer des recommandations sur une gestion optimiser de la chaine de valeur
- Après étude du questionnaire que nous ont accordé les sinistrés, prévenir la FEDAS sur l'avantage concurrentiel grâce à une bonne gestion

**CHAPITRE3 :**  
**PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS**

Ce chapitre présente et analyse les résultats des enquêtes (Section1), puis émet des recommandations pour une amélioration des prestations (Section2).

## **SECTION I** : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Il sera, d'abord, procédé à la présentation de la procédure et le mécanisme de règlement des sinistres au sein de la FEDAS avant d'en faire, en suite, une profonde analyse.

### **Paragraphe1**: Présentation des résultats de l'enquête

#### **A- GESTION DES SINISTRES AUTOMOBILE AU SEIN DE LA FEDAS**

Lors de nos différentes séances d'enquêtes, nous avons pu comprendre dans le moindre détail la chaîne de valeur entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistres.

Nous distinguons tout le long de cette chaîne complexe:

- Les collaborateurs
- La procédure de gestion des sinistres automobiles au sein de la FEDAS S.A.
- Le mécanisme de règlement des sinistres et
- Les ressources nécessaires

#### **I- Les collaborateurs**

L'assureur collabore avec d'autres institutions à savoir :

- \* L'assuré
- \* La police ou de la gendarmerie
- \* Les autres sociétés d'assurances
- \* Les centres de santé

#### **a- l'assuré**

Il s'agit de toutes personnes physiques ou morales ayant établi un contrat d'adhésion avec la FEDAS pour ce couvrir d'éventuels risques en souscrivant à certaines garanties.

### **b – La police ou la gendarmerie**

Elle est tenue de faire le constat sur les lieux de l'accident et de délivrer un procès verbal (PV) après étude afin de départager chaque partie

### **c- Les autres sociétés d'assurance**

Elles interviennent lorsqu'il y a collision entre assurés de différentes entreprises. Une fois le procès verbal délivré le partage de responsabilité, l'assureur par le principe subrogatoire pourra réclamer la part d'indemnisation que prend en charge l'autre assureur

### **d – Les centres de santé**

La collaboration entre assureur est indispensable puisque l'assuré victime est contraint de présenter certaines pièces justificatives certifiées par un médecin s'agissant de dommages corporels

## **II-Procédure et modalités d'indemnisation des victimes des sinistres automobiles : cas de la FEDAS BENIN**

### **1- Procédure d'indemnisation au regard des dispositions légales**

L'analyse des faiblesses du système de règlement des sinistres en assurance responsabilité civile automobile ne peut se faire sans une maîtrise parfaite de la procédure d'indemnisation. L'indemnisation se fait selon une procédure décrite en plusieurs étapes et par la collecte de pièces indispensables à l'instruction du dossier.

#### **a- Pièces nécessaires au règlement du sinistre**

Les dommages causés par les accidents de la circulation sont de trois natures à savoir: les dommages subis par la victime blessée, les dommages subis en cas de décès et les dommages matériels

\*les pièces nécessaires à l'instruction du dossier sinistre en cas de blessures

Après l'obtention du PV de constat d'accident, la victime doit produire pour étude de son dossier :

Le certificat Médical Initial(CMI) faisant état des dommages subis par la victime au jour de l'accident ;

Les justificatifs des Frais Médicaux Pharmaceutiques (ordonnances, ticket de caisses, factures pro-forma ... ) ;

Le Certificat Médical de Guérison (CMG) qui atteste que la victime est consolidée ;

Le rapport d'expertise établi par un médecin agréé permettant de déterminer le taux d'incapacité de la victime

\*les pièces nécessaires à l'introduction du dossier sinistre en cas de décès

Quelque soit la nature du dommage subi par la victime, le PV est indispensable pour l'étude du dossier. Après obtention de cette pièce, les ayants droits doivent présenter les pièces suivantes pour l'étude du dossier .Il s'agit de :

Le certificat de décès

Le certificat de genre de mort qui nous renseigne sur les causes du décès

L'ordonnance du tribunal portant désignation du liquidateur des biens

L'acte de mariage s'il y a eu mariage

Les pièces justificatives des revenus

Les pièces justificatives du droit à l'indemnisation des ayants droit à savoir :

Acte de naissance

Certificat de vie

Certificat de possession d'ETAT

Copie de la carte d'identité pour les ayants droit atteignant la majorité

\*Les pièces nécessaires à l'instruction du dossier matériel

Après un accident de circulation soldé par un dommage matériel, la victime pour obtenir une prompt et équitable réparation des dommages subis doit produire les pièces suivantes :

Le procès verbal de l'accident établi par les autorités de la police nationale ou de la gendarmerie pour situer les responsabilités

Le constat d'accident est fait le même jour par ces autorités mais le PV est établi ultérieurement

Les photos montrant les dommages subis et le devis de réparation pour donner une idée du montant nécessaire à la réparation de ce préjudice, ou un rapport d'expertise établi par un expert agréé

Les factures des pièces détachées au cas où la victime aurait déjà réparé les dommages qu'elle a subis

Le papier d'achat de la moto

## **2- Déclaration du sinistre**

D'après l'article 12 aliéna 4 du code CIMA, l'assuré est tenu de donner avis à l'assureur dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être supérieur à cinq jours (05) ouvrés sauf cas exceptionnel. La déclaration du sinistre est d'une importance capitale étant donné qu'elle constitue le point de départ de l'instruction du dossier grâce aux informations qu'elle procure à l'assureur. L'obligation pour l'assuré de déclarer le sinistre à l'assureur se justifie par le fait que c'est ce dernier qui supporte en dernier ressort le règlement de sinistre. L'assuré est obligé de déclarer à l'assureur dès qu'il en a connaissance et dans un délai de cinq (05) jours tout sinistre de nature à entraîner sa garantie.

Cette déclaration doit être faite le plus tôt possible pour permettre à l'assureur d'organiser la défense de ses intérêts et de ceux de son client, voire de toute la mutation qu'il gère.

Elle permet, pour être opération, d'apporter à l'assureur un minimum d'informations parmi lesquelles :

- La date, l'heure et le lieu de l'accident
- Les circonstances du sinistre
- La nature des dommages
- L'identification des victimes et de leurs véhicules
- L'identification de l'hôpital où elles ont été transportées
- Les noms et les adresses des victimes

Ainsi, à la survenance d'un accident de circulation, l'assuré se présente dans l'un des bureaux de souscription habilités à recevoir des déclarations, muni des pièces suivantes :

- La copie de la carte grise

- Une copie de son permis de conduire
- Une quittance et le contrat d'assurance pour attester si la garantie est acquise et si l'assuré a soldé son compte
- Les photos des dommages subis en cas de destructions des biens publics
- Les photocopies de la première, deuxième pages du livret de bord et la page de la visite technique

L'agent d'assurance chargé de recevoir et la déclaration, procède à l'ouverture du dossier en remplissant correctement la cote jaune et la fiche de déclaration ainsi que la fiche de synthèse tout en attribuant un numéro « sinistre ». Il s'agit en outre de certaines informations extraites de la déclaration du sinistre et de celle ayant trait notamment à :

- La confirmation du règlement de la prime du contrat
- L'indication de l'existence ou non d'une possibilité du recours et des personnes physique ou morale à l'encontre desquelles le recours s'exerce
- L'estimation détaillée des dommages et l'indication de l'évolution de cette estimation avec le temps

Ainsi le remplissage adéquat de la chemise sinistre contribue à la gestion efficiente du dossier en rappelant au rédacteur des points importants de cette gestion, par exemple : la nécessité de ne pas archiver un dossier tant que tous les recours contre les tiers n'ont pas été totalement exercés.

Après cette phase l'assuré introduire cette pièce de réclamation pour obtenir réparation du préjudice.

### **3-L'instruction du dossier**

Après un accident, les victimes déposent leurs pièces de réclamations à l'accueil de la compagnie. Le dossier ainsi constitué suit un circuit préétabli avant de parvenir au service sinistre

Après avoir recueilli toutes ces pièces, le régleur procède alors à l'étude proprement dite du dossier sinistre

L'étude proprement dite du dossier est d'une importance capitale dans la procédure.

Elle consiste à examiner les pièces de réclamation, au regard des prescriptions de la législation.

L'étude technique du dossier sinistre matériel se fait sur la base des devis estimatifs de réparation du rapport d'expertise mécanique.

L'étude est faite, pour une victime blessée, sur la base des pièces de réclamation qu'elle avait produite et le rapport d'expertise médicale.

Pour une victime décédée, l'étude peut être faite une fois que les ayants droit ont produit les pièces appropriées.

A l'occasion de l'étude d'un dossier de sinistre, on prend en compte deux (02) éléments :

**-La garantie :** il faut vérifier si la garantie est acquise à l'assuré ;

**-La responsabilité :** elle est déterminée en fonction des circonstances de l'accident et du croquis d'état des lieux telles que décrits au procès verbal.

### **III- Mécanisme de règlement des sinistres**

#### **1- Exercice de recours**

Au titre de la garantie « Recours », l'assureur s'engage à exercer à ses frais toutes les actions amiables ou judiciaires de nature à permettre à l'assuré d'obtenir la réparation des préjudices matériel et corporel qu'il a subis

##### **a-La procédure d'exercice de recours sur le plan national**

\*L'assuré victime

On parle de procédure d'exercice de recours lorsque la responsabilité de l'assuré victime n'est pas engagée ou l'est partiellement

\*L'assureur

Au cours de la procédure d'exercice de recours, l'assureur doit transmettre le dossier de la victime à l'assureur du responsable de l'accident pour le règlement. Il assurera aussi la gestion et le suivi pour le compte de son assuré jusqu'au règlement définitif du litige.

Mais en cas de désaccord sur la détermination des parts de responsabilité, les compagnies se réfèrent à la Commission Nationale d'Arbitrage de l'ASA-Benin qui doit commettre trois (03) assureurs étrangers au litige, conformément à l'article 276 du code CIMA. Il faut noter que les décisions de la CIMA sont sans recours.

#### **a- La procédure d'exercice de recours dans l'espace CEDEAO**

Le bureau émetteur (lieu de délivrance de la carte brune CEDEAO) habilite le bureau gestionnaire (lieu de l'accident) à recevoir toutes les réclamations contre tout détenteur d'une carte brune CEDEAO en état de validité émise par lui et aussi à régler à concurrence des limites prévues, sur la base de la loi applicable sur le territoire où l'accident s'est produit.

En contrepartie, la compagnie qui a délivré la dite carte s'engage à rembourser par l'intermédiaire de son bureau national, la somme payée en son nom par le bureau gestionnaire.

## **2 – Indemnisation**

#### **a- L'offre d'indemnisation**

Après la phase d'étude du dossier, une notification est établie pour informer la victime du montant de l'offre d'indemnisation.

D'après l'article 231 du code CIMA, la société d'assurance doit présenter dans un délai maximal de douze (12) mois à compter de la date de l'accident, une offre d'indemnisation à la victime qui a subi une atteinte à sa personne.

En cas de décès de la victime le législateur prévoit un délai de huit mois pour la présentation de l'offre aux ayants droit.

Nous avons remarqué un mutisme de la part du législateur quant au délai de présentation de l'offre dans le cas des dommages matériels.

L'offre d'indemnisation comprend tous les éléments indemnifiables du préjudice y compris les éléments relatifs aux dommages aux biens qui n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable.

### **Paiement de l'assuré**

Lorsque le montant proposé rencontre le consentement de l'assuré, les dispositions nécessaires sont prises par la compagnie pour que ce dernier soit désintéressé dans le plus bref délai.

Dans ce cas d'accord, on procède au remplissage de cote qui sera visée par les différents responsables hiérarchiques avant l'établissement de la demande de chèque adressée au service financier. A la réception du chèque, on procède à l'établissement de la quittance de règlement avant d'appeler la victime qui viendra retirer son chèque avec une pièce d'identité valide.

Dans le cas de désaccord, le dossier peut faire l'objet d'une tierce expertise ou les parties peuvent aller en arbitrage. En effet, la tierce expertise consiste à désigner un tiers expert d'un commun accord entre l'expert de l'assureur et l'expert désigné par la victime en cas de divergence sur le montant proposé.

### **b- Modalités d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation**

#### **Préjudices indemnifiables en cas d'accidents corporels (victimes blessées)**

Dix (10) chefs de préjudice sont indispensables en cas d'accidents de la circulation soldés par les victimes blessées. Il s'agit de :

**Les frais de toutes natures :** qui sont remboursables à la victime sur présentation des justificatifs (ordonnances, tickets de caisses, reçu correspondant à chaque prescription) et dans la limite de deux fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays où l'accident s'est produit (art 258)

**L'incapacité temporaire de travail :** Elle est réglée si la victime se trouve dans l'obligation d'interrompre le travail pendant un certain temps. Elle réside dans la perte de revenu subie par la victime pendant la période d'inactivité. L'indemnité mensuelle est plafonnée à trois (03) fois le SMIG annuel. Le SMIG s'entend pour le pays sur le territoire duquel s'est produit l'accident (art 259)

**L'incapacité permanente** : Elle mesure la réduction du potentiel physique ou intellectuel dont reste atteinte une victime après la consolidation de son état. Elle est composée des préjudices physiologique, économique et moral. .

**Préjudice physiologique** : Il est déterminé en multipliant le montant du SMIG annuel par le nombre de point d'IP (taux d'incapacité fixé par expertise médicale) et par la valeur de point d'IP (fixé à partir d'une grille instituée par le code CIMA en tenant compte et de l'âge de la victime et du taux d'IP)

**Préjudice économique** : Il est déterminé lorsque le taux d'incapacité dégagée par expertise médical de la victime, est au moins égale à 50%. Ce montant est calculé pour les salariés, en fonction de la perte de revenus établie et justifiée. Dans tous les cas, l'indemnité pour ce chef de préjudice est plafonnée à (07) fois le montant du SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident (art 260)

**Préjudice moral** : Il n'est indemnisable que si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égale à 80%.L'indemnité est fixée à une fois le SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident

**L'assistance d'une tierce personne** : Lorsque l'état grabataire de la victime est tel que l'assistance d'une tierce personne lui est indispensable pour les besoins vitaux et quotidiens, cette assistance est prise en compte et donne droit à une indemnisation si le taux d'incapacité physique permanente fixé par expertise médicale est supérieur ou égale à 80%.Son indemnité est limitée à 25% de celle accordée à la victime au titre de l'incapacité permanente (art 261)

**Le pretium doloris** : Encore appelé prix de la douleur, est l'indemnité du préjudice subi par la victime en raison des souffrances physiques qu'elle a ressenties à la suite des blessures qu'elle a eues lors de l'accident et lors des soins qu'elle a reçu jusqu'à sa consolidation. Il est indemnisé suivant l'évaluation du taux faite par le médecin traitant, qui lui affecte alors une qualification. L'indemnisation à allouer au titre de ce préjudice, en application de l'article 262 du code CIMA, est égale à un taux du SMIG annuel variable en fonction de la qualification du préjudice.

**Le préjudice esthétique** : Il résulte de la persistance des séquelles visibles consécutives à l'accident subie par la victime. Il varie en fonction du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial et du contexte socio professionnel de la victime. Son appréciation, de même que le calcul de l'indemnité du pretium doloris, au titre de l'article 262 du code CIMA.

**Le préjudice de carrière** : Il est réglé suivant deux (02) catégories :

**-La perte de chance de carrière**

Elle est indemnisable si la victime est un élève ou un étudiant à hauteur de douze (12) mois de bourses officielles, calculée selon la catégorie correspondante au niveau de l'élève ou de l'étudiant

**-La perte de carrière**

Elle est réglée si la victime est déjà engagée dans la vie active. Elle est limitée à trois (03) fois le SMIG annuel pour un jeune qui perd ses chances de travail (art 263)

Au cours du traitement, l'agent traitant peut demander une contre-expertise médicale lorsqu'il juge le certificat médical de guérison trop généreux ou ne donnant aucun détail sur les différents taux

**Préjudices indemnisables en cas d'accidents corporels (victime décédée)**

Trois chefs de préjudice sont retenus à savoir :

**Les frais funéraires** : le remboursement des frais funéraires plafonné au montant du SMIG annuel sur présentation des pièces justificatives (art 264), les frais de traitement déboursés avant le décès de la victime sont aussi remboursés et ne doivent pas excéder deux (02) fois le tarif des hôpitaux publics comme le prévoit l'article 258 du code CIMA.

**Le préjudice économique** : Il n'est indemnisé qu'au profit des conjoints(es), des ascendants du premier degré et des enfants à charge. L'indemnité due à chacune des catégories de ces personnes est égale au produit du franc de rente correspondant à l'âge du bénéficiaire au moment du décès de la victime par un rapport de ses revenus annuels variant en fonction du nombre d'enfants qui était à la charge de la victime au moment de son décès conformément à l'article 265 du code CIMA.

Les enfants n'ont droit au préjudice économique que jusqu'à l'âge de 21 ans à moins qu'ils ne poursuivent des études supérieures : dans ce cas, l'âge est repoussé jusqu'à 25 ans.

Lorsque la victime laisse à la fois des orphelins doublés et des orphelins simples, le rapport du revenu à capitaliser pour l'ensemble des enfants des enfants est celui qui est associé aux enfants orphelins doubles.

Dans tous les cas, l'indemnité globale au titre de ce préjudice est plafonnée à soixante-cinq (65) fois le SMIG annuel du pays où s'est produit l'accident (art 265)

**Le préjudice moral** : C'est la souffrance que l'on ressent suite à la perte d'un être cher. Il est indemnisé au profit des conjoints, enfants mineurs comme majeurs, ascendants au premier degré, frères et sœurs de la victime décédée ainsi que les tiers lésés. Les indemnités sont calculées au pourcentage du SMIG annuel variant de l'une à l'autre de ces catégories de personnes conformément à l'article 266 du code CIMA. Elles ne sauraient globalement dépasser quinze (15) fois le SMIG annuel. En cas de pluralité d'épouses survivantes, le montant total de l'indemnité au titre de leur préjudice moral ne peut excéder 300% du SMIG annuel (art 266).

#### **IV- Les ressources nécessaires**

Généralement la couverture des coûts d'indemnisation des sinistrés est assurée par la collecte des primes effectuée auprès des assurés

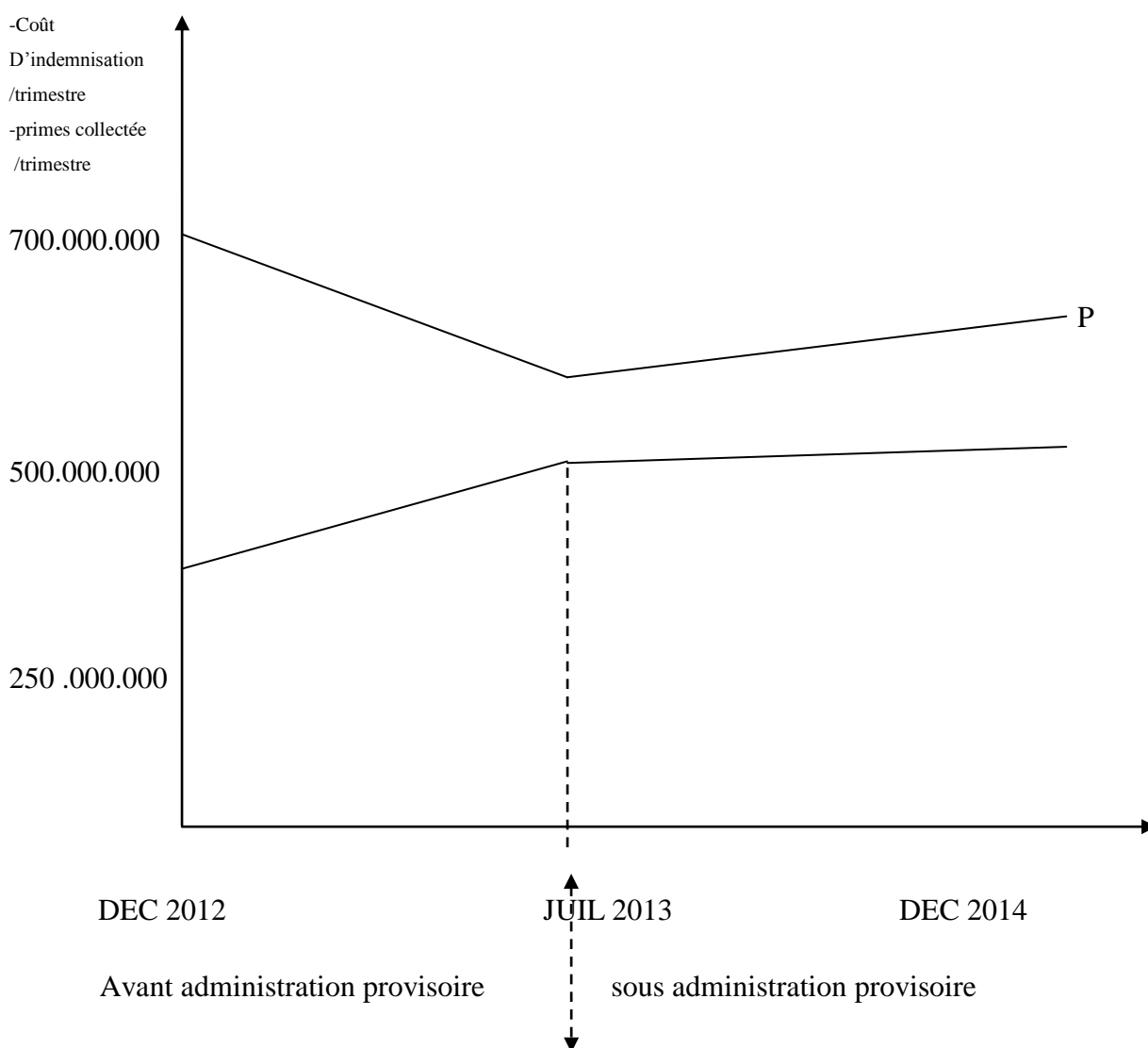
#### **B-Résultat d'enquêtes effectuées**

Rappelons que notre enquête porte sur un échantillon de 100 individus dont 93 clients de la SICA ZONGO et 07 personnels du service sinistre de la FEDAS SA. Parmi les 07 AGENTS sur lesquels porte notre choix, seulement 02 se sont prêtés à notre préoccupation, et les 93 clients ont été soumis à un questionnaire de 02 pages (voir annexe). Les variables étudiées lors de notre enquête sont les suivantes :

- Comparaison entre coût d'indemnisation et primes collectées entre décembre 2012 et décembre 2014
- Les causes d'éventuelle réclamation contre la présentation d'offre d'indemnité
- Les causes de fidélisation chez les avenants de renouvellement de contrat
- Les causes d'adhésion chez les clients aux contrats d'affaires nouvelles.

**I/ Comparaison entre coût d'indemnisation et les primes collectées entre décembre 2012 et décembre 2014**

Les courbes juxtaposées ci-dessous nous montrent l'évolution du coût d'indemnisation comparée des primes collectées avant l'administration provisoire et pendant l'administration provisoire qui rappelsons à été levée depuis décembre 2014.



COURBE JUXTAPOSEE DE COMPARAISON ENTRE L'EVOLUTION DES PRIMES COLLECTEES ET L'EVOLUTION DU COÛT D'INDEMNISATION

P : Primes collectées

C : Coût d'indemnisation

Observation

- Avant administration provisoire

Nous constatons qu'avant de passer sous administration provisoire, la courbe « P » a connu une véritable chute pendant que celle du coût d'indemnisation « C » a connu une croissance considérable.

- Sous administration provisoire

Nous constatons une évolution des 02 courbes « P » et « C » avec une légère croissance de la courbe P par rapport à la courbe C.

II/ CAUSE D'EVENTUELLE RECLAMATION CONTRE LA PRESENTATION D'OFFRE

**TABLEAU :1Présentation les différentes causes qui poussent les sinistrés à réclamer contre l'offre que leur présente la FEDAS SA**

	Offre < au devis de répartition	Autres	Total
Clients	75	18	93
Pourcentage	80 ,64%	19,36%	100%

SOURCE :données de l'enquête réalisée au cours du stage.

Observations

Nous avons observé qu'environ 80% des sinistrés réclament contre une présentation d'offre à cause d'incompatibilité entre les montants du devis de réparation et le montant d'offre que leur propose la FEDAS.

. Les 20% restant le font pour d'autres fins.

### **III/ CAUSE DE FIDELISATION**

**TABLEAU 2 : Présentation des résultats des différentes causes de fidélisation**

Critères	Indemnisation	Autres	Total
Clients	42	21	63
Pourcentages	66,66%	33,34%	100%

SOURCE : données de l'enquête réalisée au cours du stage.

#### **Observations**

Nous avons constaté que 2/3 des clients avenants soumis au questionnaire sont fidèles et renouvellent leur confiance à la compagnie pour satisfaction entière ou partielle lors d'une demande d'indemnisation et le 1/3 restant le renouvelle pour d'autres critères

### **IV- Cause d'adhésion**

**TABLEAU 3 : Présentation des résultats des différentes causes d'adhésion**

Critères	Déception Ailleurs	Autres	Total
Clients	21	9	30
Pourcentages	70%	30%	100%

SOURCE : données de l'enquête réalisée au cours du stage.

#### **Observations**

Nous avons observé que 70% des clients nouvellement venus prétendent être déçu par d'autres compagnies d'assurances lors d'une demande d'indemnisation et les 30% restant viennent pour d'autres critères

### **SECTION 2 : Analyse des résultats et vérifications des hypothèses**

L'analyse portera essentiellement sur les quatre (4) variables ci- dessous étudiées.

#### **A- Analyse des causes de Comparaison entre coût d'indemnisation et primes collectées entre décembre 2012 et décembre 2014**

La principale charge que supporte une compagnie d'assurance est le coût d'indemnisation et pour couvrir ces charges la compagnie d'assurance à pour ressource nécessaire la collecte des primes au près des assurés. Pour un bon fonctionnement d'une compagnie d'assurance qui à pris l'engagement de garantie la réparation à ses assurés en cas de sinistre, l'évolution du coût d'indemnisation que supporte cette compagnie devrait être en concordance avec les ressources nécessaires afin de garantir la santé financière de la compagnie mais considérant l'incapacité des dirigeants à prendre des ressources pertinentes pour rétablir la solvabilité de la société.

Considérant les différents manquements qui mettent en péril l'exécution des engagements de la société envers les assurés et bénéficiaires de contrats et nécessitent la prise de mesures de sauvegarde.

Après audition des dirigeants de la FEDAS BENIN, en présence du représentant du ministère de l'économie et des finances de la république du Bénin, la CRCA a décidé de mettre sous administration provisoire en juillet 2013 afin de corriger la solvabilité de la société, ce qui portera ces fruits puisque sous l'administration provisoire. Nous nous rendons compte de l'évolution normale de la situation financière de la société jusqu'à ce qu'en décembre 2014.(voir annexe pour plus de détail sur les différents arrêtés)

De l'analyse de la courbe juxtaposée, nous pouvons affirmer que l'hypothèse H1 : « l'optimisation de la chaîne de valeur entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistre à un effet positif sur la santé financière d'une compagnie d'assurance »

### **B-Analyse des causes d'éventuelle réclamation contre la présentation d'offre d'indemnité**

L'offre d'indemnité est le processus par lequel l'assureur porte à la connaissance de son assuré, tiers, victime ou ayants droits le montant à payer au titre du préjudice (matériel ou corporels) qu'il a subi. Mais le constat que nous faisons est que parmi les réclamations sur lesquelles s'est portée notre étude, environ 80% présente une réclamation contre la compagnie pour incompatibilité entre le montant de l'offre d'indemnité et le devis de réparation qu'ils avaient déposés lors de la demande d'indemnisation.

On remarque bien souvent que l'offre d'indemnisation est inférieure au devis de réparation que présente le sinistré et cela s'explique par :

-La détection de surestimation volontaire ou involontaire sur certaines pièces de rechanges par les experts de la compagnie

-L'ignorance des critères d'évaluation du montant d'indemnisation tels que : l'ancienneté du véhicule, le lieu de l'accident et surtout le procès verbal.

Ce rôle que joue les experts de la compagnie grâce aux outils, techniques et méthodes dont ils disposent est d'une importance capitale puisqu'il permet de détecter les dossiers frauduleux ce qui apporte une plus value et aussi amélioration à la gestion des sinistres.

Notons que les 20% restants ne réclament pas et ces pas et ces dossiers se classent pour la plupart parmi les demandes d'indemnisation corporelle.

Au vue de cette analyse, nous pouvons affirmer que l'hypothèse H1 : « l'optimisation de la chaîne de valeur entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistre à un effet positif sur la santé financière d'une compagnie d'assurance »

### **C-Analyse des données relatives aux causes de fidélisation chez les avenants de renouvellement de contrat**

Toutes compagnies d'assurances a pour revenu principal la collecte des primes et c'est bien le pilier de sa situation financière. Dès lors, la fidélisation de sa clientèle est l'un des critères les plus importants. La fidélisation de la clientèle de la FEDAS se traduit donc par la confiance des avenants dans le renouvellement de leur contrat d'adhésion arrivé à échéance. Lors de notre étude, 2/3 des clients avenants qui ont été soumis à notre questionnaire renouvellent leur confiance pour une satisfaction partielle ou entière lors d'une demande d'indemnisation ou celles de leurs proches.

Notons que depuis la levée de l'administration provisoire, en décembre 2014, la FEDAS-SA s'est beaucoup améliorée dans la gestion des sinistres en respectant ses engagements vis-à-vis de ses clauses du contrat d'adhésion (Le montant, le temps du traitement des dossiers et la couverture totale des victimes d'un sinistre automobile)

Cette vision dans laquelle les nouveaux dirigeants se sont engagés porte déjà ses fruits vu le pourcentage des avenants qui renouvellent leur contrat d'adhésion arrivé à échéance et ceci

grâce à la bonne gestion des sinistres automobiles. Remarquons que 1/3 des avenants reconduisent quant à eux leurs confiances à la FEDAS-SA pour d'autres causes tels que :

- L'accueil et la prestation qu'offre le personnel de la production ;
- La prime d'assurance automobile relativement abordable par rapport à d'autres compagnies ;
- La proximité des agences générales et bureaux direct de la FEDAS-SA partout sur le territoire national.

En vue de cette analyse, nous pouvons aisément affirmer que l'hypothèse H2 : « Une bonne gestion des sinistres est un élément décisif de la concurrence entre compagnies d'assurances » est vérifiée à près de 67%

### **D -Analyse des données relatives aux causes d'adhésion chez les clients aux contrats d'affaires nouvelles**

Le législateur béninois comme dans la plus part des autres pays de la zone CIMA a rendu obligatoire la garantie Responsabilité Civile (RC) automobile. Au Benin, rappelons que nous avons sept (7) compagnies d'assurances IARDT. Ces compagnies étant toutes agréées pour garantir la responsabilité civile, il revient aux usagers d'automobile de faire le choix de la compagnie d'assurance qui répondra le plus à leurs attentes. Il faut souligner que le critère le plus important chez les assurés est celui du respect des clauses du contrat d'adhésion notamment celles de l'indemnisation en cas de sinistre aussi bien pour la garantie RC obligatoire que pour les autres risques.

Au cours de notre étude, 70% des nouveaux clients soumis à notre questionnaire prétendent être déçus par d'autres compagnies dans la façon de gérer les sinistres automobile, ils espèrent donc une meilleure prestation de notre part.

La FEDAS est donc averti des dispositions à prendre dans la gestion des sinistres automobiles afin de fidéliser sa clientèle. Notons que 30% des nouveaux clients viennent s'assurer à la FEDAS SA pour d'autres causes telles que :

- La publicité
- La proximité des agences générales et bureaux directs de la FEDAS partout sur le territoire national.

Au vue de notre étude, nous pouvons donc affirmer que l'hypothèse 2 (H2) :« Une bonne gestion des sinistres est un élément décisif de la concurrence entre compagnies d'assurances »est vérifiée à près de 70%

### **SECTION 3 : Recommandations**

Pour optimiser la gestion des sinistres automobiles au sein de la FEDAS face aux critères diagnostiqués au cours de notre travail, il est nécessaire que nous émettions des suggestions. Ainsi, nos approches de solutions s'adressent d'abord à la compagnie puis aux victimes où à leurs ayants droit.

#### **A/ Au niveau de la compagnie**

-Les dirigeants de la compagnie doivent éviter les différents manquements qui mettent en péril l'exécution des engagements de la société envers les assurés ou bénéficiaires du contrat d'adhésion.

-Pour réduire les réclamations répétées qui provoquent une étude à nouveau des dossiers sinistres et une défense juridique nécessitant des coûts supplémentaires dans la gestion des sinistres, La compagnie doit assurer la transparence et la transmission de l'information aux assurés au moment de la souscription et tout le long du processus de traitement des sinistres.

-La compagnie doit également se doter d'une technologie prenant en charge des opérations de gestion des sinistres en constante évolution tels que Microsoft Visio ou Excel qui sont des outils d'entreprises configurables bien connus afin de permettre la conception et la mise en œuvre de fonctions avancées de gestion des sinistres et ce en quelques mois à peine ; une approche propice à la réduction des coûts tout en garantissant l'intégration des meilleurs pratiques dans chaque processus de gestion des sinistres et la hausse des primes qui en résultent. La compagnie doit prendre les mesures suivantes :

\*Elle doit établir des programmes de lutte contre les pratiques frauduleuses et contre le blanchissement d'argent en fonction de leurs risques et vulnérabilités.

\*Au stade de la demande d'indemnisation, la compagnie doit s'efforcer de décourager les pratiques frauduleuses en sensibilisant l'assuré sur les conséquences auxquelles s'expose l'auteur d'une déclaration mensongère (qui peut en particulier être passible d'une poursuite pénale) ou d'une déclaration incomplète

-Enfin, il est préférable pour la FEDAS de renforcer l'effectif et aussi innover des programmes de formation interne ou externe du personnel du service sinistre. C'est à ce niveau que tout se joue puisque la crédibilité de la compagnie et la fidélisation de sa clientèle se mesurent par rapport au dynamisme de son département sinistre.

### **B- Au niveau des victimes ou de leurs ayants droits**

-Les victimes ou ayant droits devraient se rapprocher de la compagnie d'assurance pour prendre connaissance des pièces à fournir pour le règlement et aussi pour comprendre les critères de base de fixation des montants d'indemnisation afin de réduire les réclamations répétés provoquant des coûts supplémentaires dans la gestion des sinistres ainsi que la lenteur observée dans leur indemnisation.

- les victimes, pour une prompte et équitable réparation des dommages subis, peuvent limiter les lenteurs administratives en déposant à temps toutes les pièces nécessaires à l'étude de leur dossier.

**CONCLUSION**

Notre stage pratique en entreprise qui est la dernière étape de la formation pour l'obtention de la licence professionnelle s'est révélé très fructueux et ce, à plusieurs égards. Nous avons non seulement fait asseoir nos connaissances reçues à l'université en les mettant en pratique, mais aussi, nous nous sommes imprégnés des réalités de la vie professionnelle, le tout dans une chaleureuse communauté humaine que constitue la SICA-ZONGO

En effet, les compagnies d'assurances sont présentes partout sur le territoire grâce à leurs bureaux directs et agences générales qui œuvrent pour sa bonne marche. Nous avons donc eu à travailler dans l'une des agences générales qui est la SICA-ZONGO où nous avons mis en pratique nos connaissances théoriques et surtout, confronté la théorie à la pratique.

Pendant le stage, nous avons constaté que les assureurs font face à de considérables coûts dans le traitement des dossiers sinistres. Ils s'empressent d'encaisser les primes mais font difficilement aboutir les dossiers des clients qui ne cessent d'aller de compagnie d'assurance en compagnie d'assurance à la recherche du meilleur prestataire. Or la prospérité de toute société d'assurance passe surtout par la fidélisation de ses clients et donc par un meilleur règlement des sinistres automobiles.

Notre stage pratique à SICA ZONGO nous a donné l'occasion de constater que:

- L'optimisation de la chaîne de valeur entrant en jeu dans le traitement des dossiers sinistres à un effet positif sur la santé financière d'une compagnie d'assurance
- Une bonne gestion des sinistres automobiles est un élément décisif dans la concurrence entre compagnie d'assurance.

Ainsi l'application des solutions préconisées et la prise en compte des conditions de leur mise en œuvre permettront inévitablement à la FEDAS S.A d'améliorer le règlement des sinistres automobiles, de fidéliser leurs clients, de réduire considérablement le coût supporté dans le traitement des dossiers sinistres et de prospérer.

Nous ne saurions prétendre avoir abordé tous les aspects de la question dans la mesure où tout est dynamique et rien n'est statique dans ce secteur d'activité en perpétuel mouvement. Nous osons donc espérer que des recherches ultérieures vont se poursuivre et contribuer à améliorer cette étude.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**Eurydice SènougnonFanou TOBOSSI et Béatrice Sènanpkon HOUESSO** ; 2013-2014 « La gestion des sinistres automobile au sein d'une compagnie d'assurance :cas de la FEDAS » ;mémoire présenté en vue de l'obtention des crédits associées aux diplômes de licence professionnelle en science de gestion.

**Judith Christiane G. EDOH et Justesse Raid HOUNSANGBE** ; 2013-2014 « Contribution à l'amélioration du règlement des sinistres automobiles : cas de la SAAR-Bénin »

**Jacob Nicolas** ;''LES ASSURANCES'' 2<sup>ème</sup> édition

**Thérèse KORBLAH** ; 2011 ; « règlement des sinistres automobiles sous l'égide de la carte brune CEDEAO : cas de la FEDAS »

**www.pegacom** « Six clés pour optimiser la gestion des sinistres »

**www.google.com** « Règlement des sinistres automobiles

**www.google.com** « Bonne pratique de l'OCDE pour la gestion des sinistres d'assurances »

**www.google.com** « Auteurs d'ouvrages en assurances automobiles »

**www.google.com** « Mémoire online »

## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	1
Chapitre1 : Cadre institutionnel de l'étude, déroulement du stage et inventaire des atouts et problèmes.....	4
Section1 : Cadre institutionnel de l'étude.....	5
Paragraphe 1 : Présentation de la FEDAS S.A et de l'agence FEDAS SICA Zongo.....	5
I-Présentation de la FEDAS S.A.....	5
A-Historique de la FEDAS S.A.....	5
B-Objectif et Organisation.....	6
1-Objectif de la FEDAS S.A.....	6
2-Organisation de la FEDAS S.A.....	7
II-Présentation de la FEDAS SICA Zongo.....	8
A-Historique.....	8
B-Mission et Organisation.....	9
1-Mission de la SICA Zongo.....	9
2-Organisation de la FEDAS SICA Zongo.....	10
Paragraphe 2 : Environnement et activités de la FEDAS SICA Zongo.....	10
A- Le micro environnement.....	11
1-Les fournisseurs.....	11

2-Les concurrents.....	11
3-La clientèle.....	12
B- Le macro environnement .....	12
1-L'environnement économique.....	13
2-L'environnement démographique.....	13
3-L'environnement socioculturel.....	13
4-L'environnement institutionnel ou politico-légal.....	14
II-Activité de SICA.....	14
Section 2 : Déroulement du stage et inventaires.....	15
Paragraphe1 : Déroulement du stage.....	15
I- Tâches exécutées .....	15
II – Observations de stage.....	16
Paragraphe2 : inventaire des atouts et problèmes.....	16
I-Inventaire des atouts.....	17
II – Inventaire des problèmes.....	17
Paragraphe3 : Problématique, objectifs et intérêt de l'étude.....	17
I-Problématique.....	17
II-Objectif.....	19
A-Objectif général.....	19
B-Objectifs spécifiques.....	19
III- Intérêt de l'étude.....	19
Chapitre2 : Revue de littérature, hypothèse et méthodologie .....	20
<b>Section1</b> : Revue de littérature.....	21

1-Clarification des concepts clés.....	21
2-Modes de gestion.....	23
Section2 : Hypothèses et méthodologie.....	36
Paragraphe1 : Hypothèses.....	36
Paragraphe2 : Méthodologie.....	37
I –Approche empirique.....	37
A-Objectifs et cadre de l’enquête.....	37
1-Fixation des objectifs.....	37
2-Cadre de l’enquête et population mère.....	38
B-Choix de l’échantillon et des outils de sélection des données.....	38
1-Choix de l’échantillon.....	38
2-Outils de sélection des données.....	38
3-Variables utilisées.....	38
II Approche théorique.....	39
Chapitre3 : Présentation, analyse des résultats et recommandation.....	40
Section I : Présentation et analyse des résultats.....	41
Paragraphe1: Présentation des résultats de l’enquête.....	41
A-Gestion des sinistres automobile au sein de la FEDAS.....	41
I Les collaborateurs.....	41
II Procédure et modalités d’indemnisation des victimes des sinistres automobiles : cas de la FEDAS BENIN.....	42
1 Procédure d’indemnisation au regard des dispositions légales.....	42
2- Déclaration du sinistre.....	44

3-L'instruction du dossier.....	45
III- Mécanisme de règlement des sinistres.....	46
1-Exercice de recours.....	46
2 – Indemnisation.....	47
IV- Les ressources nécessaires.....	51
B-Résultat d'enquêtes effectuées.....	51
I/ Comparaison entre cout d'indemnisation et les primes collectées entre décembre 2012 et décembre 2014.....	51
II/ Cause d'éventuelle réclamation contre la présentation d'offre.....	53
III/ Cause de Fidélisation.....	53
IV- Cause d'adhésion.....	54
Section2 : Analyse des résultats et vérifications des hypothèses.....	54
A-Analyse des causes de Comparaison entre coût d'indemnisation et primes collectées entre décembre 2012 et décembre 2014.....	54
B-Analyse des causes d'éventuelle réclamation contre La présentation d'offre d'indemnité.....	55
C-Analyse des données relatives aux causes de fidélisation Chez les avenants de renouvellement de contrat.....	56
D -Analyse des données relatives aux causes d'adhésion chez les clients Aux contrats d'affaires nouvelles.....	57
Section3 : Recommandation.....	57
A/ Au niveau de la compagnie.....	58
B/Au niveau des victimes ou de leurs ayants droits.....	58
Conclusion.....	6