

Institut International des Assurances
I. I. A.

RAPPORT D'ETUDE ET DE STAGE

Promotion DTS.A 1994 - 1996

THEME :

**APPROCHE D'ELABORATION D'UNE STRATEGIE DE
DEVELOPPEMENT DE LA BRANCHE ASSURANCE DE
PERSONNES EN REGIME I.A.R.D. : MALADIE ET
INDIVIDUELLE ACCIDENTS.**

CAS DE L'ALLIANCE AFRICAINE D'ASSURANCES

SUPERVISEURS

- D. LOGOUE
- N. N'GOTTA

PRESENTE PAR :

- GABRIEL BOHOUI
DOUZOH

Institut International des Assurances

I. I. A.

RAPPORT D'ETUDE ET DE STAGE

Promotion DTS.A 1994 - 1996

THEME :

**APPROCHE D'ELABORATION D'UNE STRATEGIE DE
DEVELOPPEMENT DE LA BRANCHE ASSURANCE DE
PERSONNES EN REGIME I.A.R.D. : MALADIE ET
INDIVIDUELLE ACCIDENTS.**

CAS DE L'ALLIANCE AFRICAINE D'ASSURANCES

SUPERVISEURS

- D. LOGOUE

- N. N'GOTTA

PRESENTE PAR :

- GABRIEL BOHOU
DOUZOH

ERRATA

Page 14 : a-2) Cotisation

Ligne 6 : ayant un revenu permanent

Page 17 : B- Ligne 1 : dépassement largement.

Page 27 : 3. Mode de Consommation

Ligne 2 : les conditions qui étaient les siennes...

Page 32 : Ligne 2 : en aménageant acceptablement l'échéancier...

Page 33 : Dernière ligne : Ce délai est inexistant...

Page 34 : 1ère ligne est répétée

Page 37 : Dernière ligne :auxquelles la Direction...

Page 41 : b) Ligne 2 :fiches récapitulatives.

Page 44 : B- Ligne 5 : Sur le marché, l'esprit de multiplicité de produits réside dans l'atomicité des garanties.

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

- 1 - A feu J.J CODJOVI qui représente pour moi l'image d'un modèle à suivre.
- 2 - A tous ceux qui chaque jour contribuent à l'éradication de la maladie sur la planète Terre.
- 3 - A l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) qui doit contribuer à l'épanouissement de l'assurance maladie. Cette forme d'assurance contribue aujourd'hui, pour une part importante à la promotion de la santé mondiale.
- 4 - A tous les Assureurs de la zone CIMA qui doivent s'intéresser davantage au développement de l'assurance Maladie.
- 5 - A mon cher grand frère BOHUI DJEZO
- 6 - A ma mère SIBAILLY Léonie
- 7 - A mes frères et soeurs,
- 8 - A mes très chers Amis:
 - GNATO T. Hubert
 - DAGO G. Fulbert
 - GABA D. Emmanuel
 - OUÉ G. Pierre Nolasque
 - DJILE D. Nicaise
 - N'DA N. Aristide

REMERCIEMENTS

Au terme de notre stage couronné par la réalisation du présent rapport, nous ne saurons conclure sans formuler ces quelques remerciements:

- Tout d'abord à M. D. SARR Président Directeur Général de l'Alliance Africaine d'Assurances, qui nous a permis non seulement de travailler dans de très bonnes conditions mais aussi de réfléchir sur le thème de ce rapport.

- A Mme C. SARR D.G.A et à tout le personnel des 3A pour leur aide et leur esprit d'ouverture, nous ayant permis de faire le tour de toutes les tâches exécutées dans une compagnie d'assurance.

- En fin, à MM D. LOGOUE et K. N'GOTTA qui ont supervisé la réalisation du présent travail.

PREFACE

La notion de couverture du risque maladie est encore méconnue en Afrique pour la plus grande frange de la population. Le revenu monétaire des ménages, quand il existe, est encore consacré à quelques biens de subsistances, aux rangs des quels ne figure pas une anticipation de la prise en charge des soins de santé. La survenance de la maladie est encore, pour cette frange, une pure fatalité.

Cependant, il existe déjà une légère prise de conscience au sein des classes moyennes et des socialement mieux nantis des milieux urbains. Ces constats fondent l'assurance maladie un service de luxe, donc fonction croissant du revenu. Pourtant le paradoxe de la maladie est qu'elle a pour lieu de prédilection les couches sociales les plus pauvres.

En Afrique, plus 60% de la population vit encore dans le milieu rural, où les conditions de vie sont très précaires. La forte urbanisation des dernières décennies produit chaque jour de nouveaux exclus sociaux. La maladie et l'accident représentent un risque presque certain devant lequel l'Etat providence s'estompe. Or là où s'arrête l'Etat devrait commencer le privé. Dans le cas d'espèce seul l'assureur est interpellé.

Mais un risque aussi certain est-il assurable ? Présente-t-il un intérêt quand on sait que la recherche et la maximisation du profit est un principe sacro-sain du secteur privé ? La réponse à ces questions passe par la recherche d'une stratégie de développement de l'assurance de personnes. C'est pourquoi l'Etude que nous avons l'honneur de préfacer présente un intérêt particulier. Il s'agira entre autres de développer une assurance maladie de proximité en la vulgarisant par une politique souple de distribution obéissant aux règles minima de la rentabilité financière. Cette nouvelle mission de l'assureur exige de ce dernier, des études de marché adaptées aux types de revenu non forcément salariaux, mais réalisable par les couches de population concernées. Il faut concilier le marché et le social.

Au total, le nouvel assureur maladie sera vu comme un agent de développement : mieux on se porte, mieux on produit des biens qu'on assure pour le bonheur des autres branches d'assurance.

Ce faisant, l'assureur maladie doit susciter le marché, le rendre solvable en agissant sur la structure des revenus des ménages.

M. H. G. TAKI

Administrateur des services de santé

SOMMAIRE

Introduction

Première Partie :

Présentation générale de l'Alliance Africaine d'assurances, Analyses et Suggestions

Chapitre 1: Présentation Générale

Section 1 : Historique

Section 2 : Présentation

I : Situation Géographique et Activité

A - Situation Géographique

B - Activité et Produits

1 - Assurances de Biens

2 - Assurances de Personnes

II : Capacités Techniques, Financières et Humaines

A - Capacités Financières

1 - Capital Social

2 - Les Actif Admis en représentation des Engagements
Réglementés

B - Capacités Techniques

1 - Supports Techniques

2 - Capacité de Souscription

C - Ressources Humaines

III : Part de Marché et Objectifs pour l'année 1996

A - Part de Marché

B - Objectifs de l'exercice 1996

Chapitre 2 : Organisation et Fonctionnement

Section 1 : Organigramme

Section 2 : Organisation et Fonctionnement par Service

I : La Production et le Réseau de Distribution

A - La Production

1 - La Production Automobile

2 - La Production Incendie, Risques Techniques, Risques Divers et Transport

B - Le Réseau de Distribution

1 - Présentation

2 - Fonctionnement

II : Le Service Sinistre

A - Fonctionnement

B - Suggestions

III : La Comptabilité, le Recouvrement et le Service Informatique

A - La Comptabilité

B - Recouvrement

C - Le Service Informatique

Deuxième Partie :

Approche d'élaboration d'une stratégie de développement des assurances de personnes régime IARD: Maladie et Individuelle Accident; Cas des 3A.

Chapitre 1 : Analyse du marché d'assurances Maladie et Individuelle Accident

Section 1 : Présentation sommaire du Marché

I : L'Individuelle Accidents

II : L'assurance Maladie

A - La pratique de l'assurance Maladie

III - Dispositions communes aux deux produits

- 1- Mode de souscription
- 2 - Le questionnaire médical
- 3 - Le remboursement des Frais de soins
- 4 - La prise en charge
- 5 - Les exclusions de garanties
- 6 - Le Délai de carence

IV - Les Modes de distribution

Chapitre 3 : Les conditions de développement de l'assurance Maladie et Individuelle Accidents

Section 1 : L'élaboration d'une stratégie commerciale

I : Approche Théorique

- A - L'analyse des opportunités
- B - Le choix des Marchés cibles
- C - Le Positionnement
- D - La construction du système Commercial
 - 1 - Le résumé
 - 2 - Analyse de la situation commerciale
 - 3 - Buts et Objectifs
 - 4 - Le Programme d'action
 - 5 - Le Budget commercial
 - 6 - Les moyens de contrôle

II : La mise en place d'une Force de Vente

- A - Le Réseau d'agents mandataires ou non
- B - Les Vendeurs Représentants Professionnels
 - 1 - Le recrutement
 - 2 - La Formation
 - 3 - Le traitement de la Force de Vente
 - 4 - Le Système de contrôle de la Force
 - 5 - La Motivation Objective des Vendeurs
 - a) Un taux de commission assez attractif
 - b) L'exigence du résultat escompté
 - c) Concours de Production

III : La Publicité

Secteur 2 : Conception et diversification des produits: La stratégie de prolifération des produits

I : La dissocation et le plafonnement de garanties comme moyen de prolifération

II : La pratique de certaines Garanties complémentaires

- A - Le cumul de l'assurance Maladie et de l'Individuelle Accidents
 - 1 - Avantages du cumul
 - 2 - inconvénients
- B - Proposition de certaines garanties
 - 1 - La Pratique du marché Français
 - 2 - Les garantie complémentaires
 - a) à l'Individuelle Accidents
 - b) l'assurance des séropositifs

Section 3 : Les Forme de souscription et leur impact sur une distribution de masse

I : La souscription individuelle

II : La souscription Groupe

- 1 - Les formes de souscriptions
- 2 - Les structures de couverture du risque
 - a) La MUGEF(Mutuelle Générale des Fonctionnaires)
 - b) Les Assureurs
 - c) Les Autres Intervenants
- B - Les Modes de distribution et Produits
 - 1 - Les Modes de Distribution
 - a) La Distribution Directe
 - b) La Distribution liée à un objectif de développement de la branche
 - 2 - Les Produits Pratiqués sur le Marché
- C - Les Modèles de Gestion
 - 1 - La Gestion Directe
 - 2 - La Gestion Séparée

Section 2 : Les Problèmes du Marché et les Solutions préconisées

I : Les Problèmes

- A - La concurrence déloyale des sociétés non agréées
- B - L'effet Prix et la difficulté d'application de la clause d'ajustement
- C - Les Problèmes de gestion et de contrôle

II : Perspectives de Solutions

- A - Au niveau du fonctionnement du marché
- B - La création d'un partenariat fort avec les formations sanitaires

Chapitre 2 : Analyse de la situation des 3A

Section 1 : Organisation et fonctionnement de la Cellule Maladie

I : Position des 3A par rapport au Marché

II : Organisation et fonctionnement

- A - Organisation
 - 1 - Les Tâches
 - a) La Négociation
 - b) La Recherche de partenaires
 - c) La Rédaction de sinistre
 - d) La Délivrance de l'autorisation préalable
 - 2 - Organisation de la cellule
- B - Fonctionnement
 - 1 - La production
 - 2 - Le sinistre

Section 1 : Objectifs et Produits

I : Les Objectifs de l'A.A.A

II : Produits, Tarification et modes de consommation

- A - La Protection Sociale (P.S)
 - 1 - Objet et Définition de la garantie
 - 2 - Taux de couverture et Tarification
 - 3 - Mode de consommation
 - 4 - Avantages et Inconvénients
- B - L'Assurance Maladie Système Tiers - Payant (S.T.P)
 - 1- Objet et étendue du contrat
 - a) Définition
 - b) Etendue
 - 2- La tarification
 - 3- Le mode de consommation
 - a) Dans les formations sanitaires conventionnées
 - b) Dans les autres formations sanitaires
 - 4- Avantages et Inconvénients

Section 4 : L'élaboration d'une stratégie de gestion et de contrôle incorporée

I : La Production et la gestion du réseau

A - La Production

B - La gestion des réseaux

II : Le service sinistre

III : Le Contrôle

Conclusion

INTRODUCTION

Dans le concert des nations, les pays africains sont à la traîne. Ce retard accentué par la crise économique sévit sur tous les plans. Mais l'aspect social est à nos yeux le plus catastrophique.

En effet, les mesures d'austérité consécutives aux plans d'ajustement structurels prônés par les institutions de Brettonwood (F.M.I. & Banque Mondiale) vont avoir deux effets néfastes sur les conditions de vie des populations du tiers-monde en général et ceux de la CÔTE d'IVOIRE en particulier. D'une part, une réduction drastique du pouvoir d'achat des ménages qui résulte de plusieurs chocs économiques dont la chute des produits de rente(Café, Cacao), la dévaluation du franc CFA et l'inflation subséquente. D'autre part, l'état providence a disparu, n'ayant plus les moyens d'une politique socialisée. Une politique qui englobait entre autres la prise en charge de la protection sanitaire des populations.

En effet le déficit budgétaire aggravé par la baisse du revenu national et l'augmentation évolutive du prix des produits manufacturés, n'arrive plus à être financé par la dette extérieure. Il est nécessaire de rappeler ici que la plus part voire la totalité du matériel, des fournitures sanitaires et produits pharmaceutiques sont importés.

L'État se rétracte et introduit la tarification en milieu hospitalier public : la privatisation des soins de santé. Le système ivoirien de santé qui était sommairement reparti entre hôpitaux publics et formations sanitaires privées va désormais revêtir un aspect homogène. Les Conséquences sont l'amélioration des soins mais aussi et surtout l'augmentation du coût de la santé.

Ces deux effets conjugués c'est à dire la réduction des revenus et la privatisation des hôpitaux publics ont créé une impossibilité pour les ménages d'avoir désormais accès aux soins.

Il s'est alors installé une crainte donc un risque de tomber malade, car on est presque certain d'en mourir. Or, là où il y a risque il y a possibilité d'assurance. Il est donc évident d'affirmer que cette croissance du risque maladie explique l'essor de l'assurance maladie en C.I. Le chiffre d'affaires global développé par l'assurance maladie et autres risques divers avoisine les quinze(15) milliards pour l'exercice 1994 (chiffres ASA-CI).

L'importance de l'assureur en matière de santé revêt deux aspects essentiels :



L'aspect social par la mutualisation du risque maladie et L'aspect qualité des soins et la rentabilisation des formations sanitaires.

Mais l'assureur n'est pas un philanthrope, il veut tirer partie dans la prise en charge du risque. Or, dans l'ensemble les assureurs sont sceptiques. Pour eux, l'assurance maladie est nécessairement déficitaire. Nous pensons le contraire. L'assurance maladie peut être rentable. Mais comment?

Par ailleurs, pour les mêmes causes sus évoquées, L'Etat et ses institutions de protection sociale comme la C.N.P.S ne fonctionnent plus efficacement. Et si nous savons qu'aujourd'hui, la Côte d'Ivoire est en pleine mutation économique:

Un parc Automobile important (environ un million de véhicules), Des villes en chantier et en proie aux maux de l'urbanisme (vol à mains armées, attentats, agressions et autres pratiques de nature à porter atteinte à la vie humaine), Des activités économiques avec du matériel de plus en plus mécanisés.

Il est clair que chaque citoyen est en permanence assujetti à une possibilité de réalisation d'un accident dont il serait la victime.

Dans un tel contexte, l'assurance individuelle accidents n'a t - elle pas sa place?

La réponse est évidemment affirmative. Car la solidarité africaine ne jouant plus, la prise en charge de la famille du défunt ou du physiquement réduit doit être garantie.

Au final, est il possible à une compagnie de réaliser un chiffre d'affaires dans la souscription de ces deux risques?

Cette question formulée sous le thème : Approche d'élaboration d'une stratégie de développement de la branche assurance de personnes (Maladie et Individuelle-Accident) : cas des 3A, fera l'objet de la deuxième partie du présent rapport. Il s'agira dans cette partie :

- D'analyser la situation actuelle du marché de l'assurance Maladie et Individuelle-Accidents. Nous mettrons en évidence le cas spécifique des 3A en vue du choix d'une stratégie appropriée.
- D'étudier et de dégager les conditions d'une mise en oeuvre optimale de cette stratégie compte tenu de la tendance déficitaire de la branche maladie et de la concurrence.

La première partie sera consacrée à la présentation générale des 3A : Analyses et suggestions.

CHAPITRE I : PRESENTATION GENERALE

SECTION I : HISTORIQUE

L'Alliance Africaine d'Assurances est une compagnie de droit national. Elle a été créée le premier octobre 1987 à l'instigation de J. Piccard et B. Perron, deux expatriés français alors courtiers. Elle est agréée par Arrêté 285/MEF/DA du 24/06/87. Le capital social était reparti entre les deux français et des actionnaires ivoiriens.

En Avril 1991, J. Piccard qui avait cumulé ses actions et ceux de Perron (rentré), cède ses parts à la COLINA S.A., société de la place pour cause de départ définitif en France.

Le 30 septembre 1995, un nouveau rebondissement se produit dans la vie de cette compagnie. Pour des raisons que nous ignorons, la COLINA rétrocède ses parts à certains anciens actionnaires des 3A, qui reprennent ainsi en main le destin de leur compagnie. Ainsi, depuis cette date, l'A.A.A renaît avec un nouveau staff dirigeant conduit par son Président Directeur Général M DAM SARR.

SECTION II : PRESENTATION

I- SITUATION GEOGRAPHIQUE ET ACTIVITE

A - SITUATION GEOGRAPHIQUE

Les activités de l'A.A.A s'étendent sur l'ensemble du territoire ivoirien. Son siège social est sis à Abidjan-Plateau, Avenue Nogues, Immeuble Trade Center, troisième étage(Ascenseur n°2) Adresse:17 Bp 477 Abidjan 17, Téléphone: 32-42-54/32-87-25, FAX: 32-90-54, TELEX: 22-223.

B - ACTIVITES ET PRODUITS

L'A.A.A est une compagnie d'assurance. Elle est agréée dans l'acceptation des risques rentrant dans la classification IARD et Transport.

1- Assurances de biens

Elles représentent la plus forte part de chiffre d'affaires. Il s'agit de :

- Incendie et risques annexes, Accidents et risques divers,
- Risques Techniques(TRC, BdM, ME)
- Les Multirisques Habitation, Bureau, Commerce, Industries ...

- Maritime et Transport.

2- Assurances de Personnes.

- Maladie
- Individuelle Accidents

II - CAPACITES TECHNIQUES, FINANCIERES ET HUMAINES.

A - CAPACITES FINANCIERES

1- Capital Social

Le code CIMA en son article 329-3 impose aux compagnies qu'elles régissent, un capital minimum de 250 Millions en dehors de tout apport en nature. Le capital social des 3A est de 300 Millions entièrement libéré.

2- Les Actifs admis en représentation des engagements réglementés.

Le Bilan 1995 donne les chiffres suivants, hors mis les proportions imposées par le code unique des assureurs.

- Terrains et Immeubles	: 1.100.705.088 FCFA
- Autres immobilisations corporelles	: 79.706.688 FCFA
- Immobilisations Financières	: 825.106.688 FCFA

B - CAPACITES TECHNIQUES

1- Supports Techniques

A l'image du marché ivoirien d'assurance, l'A.A.A est techniquement bien équipée. En effet, les dernières machines et micro ordinateurs sont utilisés dans l'ensemble des traitements nécessaires à son fonctionnement.

- Traitements sur IBM - 36,
- deux(2) PC Marque APPLE,
- Trois(3) PC marque COMPAQ
- un(1) PC marque PACKARD BELL.

Tout ce ensemble est géré par un service informatique.

2- Capacité de Souscription

L'acceptation du risque n'est certainement pas soumise à une contrainte de limitation du plein de souscription.

En effet, en plus de la capacité de coassurance qui lui est offerte par un marché de plus de trente(30) compagnies, l'A.A.A dispose d'une plage de Réassureurs dont nous citons quelques uns:

- M.R.S P.O. Box 511177- 145510 KIFISSIA (GRECE)
- GERLING- KONZERN GLOBALE 31, Rue Jean Girandoux 75116 Paris (France)
- NASCO , 17, Rue de Buzenval - 92380 Garches (France)
- ARAB - RE, P.O Box 9060 Beyrouth (Liban)
- CICARE, BP 12410 LOME NYEKO (TOGO)
- AFRICARE, 20 Bp 1623 ABIDJAN 20 (Antenne d'ABIDJAN)

L'A.A.A dispose d'une grande possibilité de cession en facultatif, compte tenu des compagnies du marché qui agissent en réassureurs.

C- RESSOURCES HUMAINES.

L'A.A.A fonctionne avec un personnel de trente (30) membres repartis comme suit :

- Dix (10) Cadres,
- Quatorze (14) Agents de Maîtrises,
- Six (6) Employés et Opératrices de saisies.

Un ensemble qualifié dans l'exécution des tâches.

III - PART DE MARCHE ET OBJECTIF POUR L'EXERCICE 1996.

A- PART DE MARCHE

BRANCHES	Montants C.A en millier	C.A 3A en millier	PART DE Marché %
AUTO CAT 1	6.477.000	303.000	4,68
AUTO CAT 2	506.000	157.000	31,03
AUTO CAT 3	880.000	88.000	10
AUTO CAT 4	3.067.000	442.000	14,41
2 ROUES	302.000	37.000	12,25
INCENDIE	7.795.000	59.000	0,76
FACULTÉS MARITIMES	6.635.000	69.000	1,04
FACUL. TERRESTRES	845.000	16.000	1,90
RISQUES DIVERS	15.216.000	142.000	0,94
TOTAL	41.723.000	1.313.000	3,15

Source : ASA-CI 1994

La part de marché de l'A.A.A était de 3,15% en 1994. L'Automobile représente plus de 78,22% du chiffre d'affaires.

B- OBJECTIFS POUR L'EXERCICE 1996

L'objectif de l'A.A.A est d'accroître sa part de marché. Elle devra passer de 3,15 à 4,09% en fin 1996, soit une augmentation de 29,84%. Cet objectif tient compte du nombre important de concurrents sur le marché.

Selon la Direction Générale cette accroissement doit se faire en priorité sur les chiffres des risques suivants:

- Automobile catégorie 1 (risque assez équilibré),
- Incendie et risques annexes (réduire la part importante de l'automobile dans le chiffre d'affaires global),
- Facultés Maritimes ,
- Risques Divers (Maladie et Individuelle Accidents)

En tout état de cause, le chiffre à réaliser est 1,7 Milliards FCFA, dont 900 millions pour le Bureau Direct, le courtage et l'équipe de vente, soit 52,94% et 800 Millions soit 47,06% pour le réseau.

CHAPITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

SECTION I : ORGANIGRAMME (voir Annexe 1)

SECTION II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT PAR SERVICE.

L'organisation et le fonctionnement d'un service justifient de son efficacité à exécuter les tâches et être rentable à la compagnie.

Les services que nous allons vous décrire sont ceux d'une compagnie en redémarrage . Nous ne ferons d'une description assez sommaire compte tenu de l'étude précise de l'assurance maladie et individuelle accidents qui nous a été soumise.

L'Alliance Africaine d'Assurances fonctionne avec quatre grands services:

- La Direction Générale,
- La Direction Administrative et Financière couvre la Comptabilité , le recouvrement et le service informatique,
- La Production et le réseau,
- Le Service Sinistres et contentieux

I- LA PRODUCTION ET LE RESEAU DE DISTRIBUTION.

A - LA PRODUCTION

Ce service est divisé en trois sous services. Il est dirigé par un responsable de la production. On y distingue, la production auto, la production Risques Divers et Transport et le service Maladie objet de la deuxième partie .

1- La Production Automobile.

Ce service est tenu par trois(3) employés. Ils ont pour rôle de:

- Recevoir les Agents et courtiers qui viennent déclarer leurs chiffres et faire le versement s'y réfèrent,
- Recevoir les clients qui viennent directement souscrire aux guichets de la compagnie. Dans ce cas, ils établissent surplace le contrat et l'attestation d'assurance.
- Assurer la formation et le recyclage des agents sur la tarification et le jeu des garanties.

Ces trois rédacteurs de production automobile participent à la gestion et au contrôle du réseau en collaboration avec le chef du réseau.



2 - La Production Incendie, Risques Techniques, Risques Divers et Transport.

Ce service est tenu par le Responsable de la Production. Il effectue la rédaction des polices et des avenants de renouvellement. Il effectue les visites de risques et la tarification. Il entreprend aussi la négociation commerciale. Il est aidé dans sa tâche par un rédacteur qu'il utilise en commun avec le service maladie.

Nous souhaitons la création d'un service de production risques Divers.

En matière d'assurance sur facultés, le Responsable de la production règle les sinistres et assure la production. C'est une forme d'assurance qui rentre dans les objectifs prioritaires de la compagnie. Il faut mettre en place une politique commerciale en vue de satisfaire aux attentes.

B- LE RESEAU DE DISTRIBUTION

L'A.A.A est une compagnie à réseau. Selon les informations reçues, la réalisation probable à 90% de l'objectif chiffré est dévolue au réseau. La répartition du chiffre d'affaires sera de l'ordre de 85% pour le réseau et 15% pour les services de production. La force du réseau est axée sur l'automobile et risques complémentaires.

Le réseau dispose pour sa gestion de quatre employés dont un cadre chargé de la gestion du réseau et trois(3) inspecteurs. Il s'agit des rédacteurs de production dont nous parlons plus haut. Ils assurent à tour de rôle l'inspection du réseau.

1- Présentation

Le réseau de distribution de l'A.A.A couvre la totalité du pays. On dénombre plus de cent (100) points de vente repartis de la manière suivante:

- Abidjan 36 points,
- Est et Sud -Est 13 points,
- Ouest et sud-ouest 20 points
- Nord et centre-nord 20 points
- Autres 17 points

C'est un réseau dense capable de propulser la compagnie dans sa conquête de marché.

2- Fonctionnement

Les Agents mandataires qui constituent le réseau font la production et délivrent les attestations de garantie. Ils n'ont pas mandat de régler les sinistres. Les Agents de la région d'Abidjan et banlieue font leurs versements, mensuellement aux guichets de la compagnie, Ceux de l'intérieur reçoivent également, une visite mensuelle des



inspecteurs. Ces derniers encaissent les primes, enregistrent les différents problèmes et remarques des Agents. Ils participent à la négociation commerciale à la demande des Agents. En fin, ils élaborent un rapport de mission à l'endroit du chef de réseau. Le responsable assure la supervision générale du réseau. Il effectue en cas de nécessité des missions de redressement chez les agents mandataires en crise.

II - LE SERVICE SINISTRE.

A - FONCTIONNEMENT

Ce service est géré par trois(3) employés. Il n'existe pas de spécialisation en fonction des tâches.

En effet, les trois employés en question règlent indifféremment les sinistres corporels et matériels. Ils s'occupent aussi du contentieux.

Nous ne trouvons pas pertinent de procéder à la description d'un règlement de sinistre ou de contentieux, il est toujours le même. Mais par contre notre attention a été attirée par l'application systématique du code CIMA dans ce service. Le code est l'instrument de travail des régleurs de sinistres aux 3A.

Le corollaire logique est l'offre de l'indemnité par le moyen de la transaction que nous décrivons sommairement ici.

Après ouverture du dossier sinistre, les victimes corporelles sont invitées par la compagnie à déposer une demande de transaction. A la réception de cette demande, si toutes les circonstances du sinistre sont réunies, le service sinistre procède à l'établissement d'une proposition chiffrée de l'indemnité due à la victime.

Si la victime est d'accord avec les différents montants proposés en règlement de son préjudice corporel, alors un chèque est établi en son nom sous trente (30) jours. Il est cependant important de noter que le calcul des indemnités se fait en application direct du code. Tous les chefs de préjudice édités par le code unique donnent lieu à indemnisation.

Nous avons remarqué que cette pratique transactionnelle semble satisfaire aux attentes des victimes. Elles échappent ainsi aux tractations judiciaires et aux règlements retardés.

B - SUGGESTIONS

L'importance du nombre de sinistres à régler nécessite un réaménagement du service. D'après les consultations que nous avons faites dans ce service il ressort ce qui suit :

1) - Il devient important de séparer le matériel du corporel afin de permettre aux travailleurs d'être bien concentrés sur leur sujet.

2)- Un service contentieux s'impose.

En effet, le portefeuille sinistre est en raison de sa nature même un portefeuille contentieux. C'est pourquoi il s'avère nécessaire de créer un service contentieux. Ce service prendra aussi en compte le recouvrement des impayés. Car le suivi des dossiers en contentieux prend énormément de temps et nécessite une bonne maîtrise de la situation. Cela pourrait éviter de régler certains sinistres non dus, la multiplication des significations, des citations et autres condamnations judiciaires de la compagnie en contentieux.

3)- Les sinistres Risques Divers peuvent être gérés par un sous service spécifique et spécialisé.

Dans l'ensemble, il est nécessaire que le service sinistre soit équipé en matériels informatiques. Plus précisément, un logiciel de gestion des sinistres s'impose. Nous proposons par exemple le logiciel WISE, nanti pour la gestion des sinistres corporels sur la base du code CIMA. Il est disponible à l'I.I.A.

III - LA COMPTABILITE, LE RECOUVREMENT ET LE SERVICE INFORMATIQUE.

A- LA COMPTABILITE

C'est l'élément centralisateur des données de la compagnie. Nous y avons décompté quatre employés. Le chef comptable et le chef comptable adjoint assurent le suivi général des comptes de la compagnie. Ils mettent au point tous les tableaux comptables et les états CIMA. Ces derniers sont conçus en collaboration avec le service informatique.

Le comptable matière assure la gestion des stocks de fournitures et le suivi des comptes fournisseurs. Une caissière gère les entrées et sorties d'espèces.

Dans l'ensemble les comptes courants des agents mandataires sont mises à jour mensuellement.

B- LE RECOUVREMENT

Un seul employé se charge de ce service. Sa tâche essentielle est celle du redressement des comptes clients qui représentent un poste dangereux au bilan de la compagnie.

Sont pris en compte les impayés, les chèques sans provisions et le compte courant des agents pour procéder à l'encaissement.

L'agent prend contact avec les personnes physiques ou morales concernées. En général, après négociation un échéancier est établi. Dans quelques rares cas l'affaire est introduite en justice.

L'instrument de travail est le bordereau client, accompagné des chèques revenus impayés pour poursuite en règlement.

Les difficultés observées sont les suivantes : La disparition du client et le problème des gros clients.

C- LE SERVICE INFORMATIQUE

Il est géré par deux employés et un technicien supérieur en informatique.

Ses tâches sont les suivantes

- la saisie des données,
- l'exploitation et la gestion des fichiers,
- le tirage des états, surtout le chiffre d'affaires du mois pour la Direction Générale. Le tirage peut être fait sur la demande d'un service donné.

Le service informatique est un atout précieusement pour l'A.A.A, dans son évolution sur le sentier de croissance.

Nous souhaitons que soient pris en compte nos propositions Car, quelle que soit la stratégie choisie, l'environnement concurrentiel exige que la compagnie se remette en cause et améliore ses performances afin de réduire les coûts de gestion et de fournir un support de haut niveau à ces réseaux et un service de qualité à ses assurés.

CHAPITRE I : ANALYSE DE L'ASSURANCE MALADIE ET INDIVIDUELLE - ACCIDENT

Les compagnies d'assurance IARD classent dans leur branche Risques - Divers, l'assurance maladie et l'Individuelle - Accidents. L'opportunité d'une étude conjointe de ces deux garanties tient sur deux éléments :

- En IARD, seules ces deux garanties couvrent les personnes dans leur chair.
- On meurt soit de maladie, soit par accident.

Ainsi, de toute évidence, ces deux assurances se complètent. L'Assurance Maladie garantit, sauf exclusions, le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation causés par les événements suivants : Maladie, Accident, Maternité.

L'Individuelle-Accidents garantit le versement d'une somme forfaitaire (précisée au contrat), en cas de décès ou d'invalidité. Elle garantit aussi le remboursement des frais médicaux en cas d'accident (avec option) et compense les pertes de revenus en cas d'accident ou de maladie (avec option).

Il apparaît clairement que ces deux garanties permettent une couverture parfaite des populations, tant dans leur vie privée que dans l'exercice de leur fonction.

comment se comportent elles sur le marché ivoirien d'assurance ?

SECTION I: PRESENTATION SOMMAIRE DU MARCHÉ IVOIRIEN DE L'ASSURANCE MALADIE ET INDIVIDUELLE-ACCIDENT

Le marché ivoirien est le plus important de la zone CIMA. Le chiffre d'affaires qu'il développe est d'environ 33% du chiffre global de l'ensemble des 14 Etats de la conférence. Dans cette performance, que représentent l'assurance maladie et individuelle-accidents?

I - L'INDIVIDUELLE-ACCIDENT

Quand on parle d'accident, on voit immédiatement l'accident automobile. Or l'accident étant défini comme " toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure" peut arriver en tout lieu et à tout moment.

Dans la pratique du marché, cette garantie est donnée comme garantie complémentaire à la RC obligatoire. En dehors de l'automobile, elle est timidement distribuée par les assureurs. De temps à autre un entrepreneur aguerri couvre ses employés.

Devant nous donc l'opportunité de la vente de ce produit sur un marché qui est pratiquement vierge.

II - L'ASSURANCE MALADIE.

Le chiffre affaires développé par cette branche est très importante. C'est à tort que le risque maladie est encore noyé dans la vague appellation de Risques Divers.

En effet, dans certaines compagnies, des paliers entiers d'immeuble ont été mobilisés pour contenir les services maladies. Nous sommes donc en présence d'une activité significative, voire importante sur le marché ivoirien d'assurance.

Comment est-elle pratiquée, quels sont les problèmes aux quels sont confrontés les assureurs santé ivoiriens ?

Quelles sont les solutions probables et les perspectives d'épanouissement de ce marché ?

A - LA PRATIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE.

1- Les formes de souscriptions.

On distingue les deux formes classiques de souscriptions, à savoir la souscription groupe et la souscription individuelle. Mais la souscription groupe est la plus pratiquée, le groupe non obligatoire.

Une autre variante de la souscription groupe est la signature de conventions entre les groupes socioprofessionnels et une compagnie donnée. Exemple : la convention d'assurance maladie entre le ministère de la sécurité(pour les policiers) et une compagnie comme l'A.A.A.

2 -Les structures de couverture du risque maladie.

a) La MUGEF (Mutuelle générale des fonctionnaires)

La MUGEF est un régime obligatoire de couverture des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ivoirien. Elle couvre 70% des frais pharmaceutiques uniquement. Les 30% restant sont mis à la charge du mutualiste sous forme de ticket modérateur. Les conditions de prise en charge des frais sont :

- Usage de bon de soins appelé bon de mutuelle.
- Les ordonnances doivent être signées et codées par un médecin agréé.

Chaque fonctionnaire dispose d'une carte de mutuelle ainsi que chacun de ses Ayants-droit. La famille en question a droit à un montant annuel de frais plafonné.

a-1) Fonctionnement du système MUGEF

Les formations sanitaires retenues pour donner les soins sont les CHU, CHR et autres hôpitaux publics. Dans chaque centre, un kiosque de la mutuelle assure la distribution des bons de soins aux fonctionnaires malades, sur présentation de leur carte de mutuelle. Seul les médecins agréés peuvent remplir les bons en y spécifiant la nature de l'affection et l'ordonnance s'y rattachant.

Le malade se rend en suite dans une officine, présente le bon, reçoit les médicaments et s'acquitte des 30% de ticket modérateur. L'officine facture directement les 70% à la MUGEF.

a-2) La cotisation

La mutuelle détermine et fixe le montant de la cotisation. Elle reçoit aussi la subvention de l'Etat ivoirien. La cotisation est payable mensuellement par prélèvement direct sur le salaire des fonctionnaires.

Au total, la MUGEF a contribué à faire connaître l'assurance maladie aux populations. Elle a permis aux assureurs de vendre plus aisément l'assurance basée sur le système Tiers-payant car c'est ce système qu'elle pratique.

Puisqu'en Afrique, la majeure partie de la population ayant un revu permanent est composée de fonctionnaires! On est tenté de dire que la MUGEF constitue un frein au développement de l'assurance maladie. La réponse est négative pour les raisons suivantes :

- Le domaine de validité de la garantie offerte est restreint. La MUGEF ne prend en charge que les frais pharmaceutiques prescrits dans les hôpitaux publics. Beaucoup d'autres frais restent à la charge du mutualiste dont les frais d'hospitalisation, de chirurgie, de maternité et autres consultations du médecin.
- Le ticket modérateur de 30% est parfaitement assurable.
- Les difficultés qu'a la MUGEF dans les prestations de services ont amené certains fonctionnaires à s'assurer sans tenir compte du régime obligatoire.

- Les fonctionnaires ne représentent plus une forte part de la population active. En effet, l'essor du secteur privé et la poussée du crowding-in avec la privatisation massive des sociétés d'Etat, laissent entrevoir une masse assurable importante pour les compagnies agréées en la matière.

b) Les Assureurs

Une race d'assureurs illégaux(non agréés) pratique l'assurance maladie, ayant compris l'intérêt de cette affaire. L'engouement à la souscription a amené le ministre de l'économie et des finances à publier la liste des compagnies agréées. Au total quinze(15) compagnies sont autorisées, dont L'A.A.A.

c) Les autres intervenants.

Il s'agit ici des conditions de consommation de l'assurance en cas de maladie. Ceux qui permettent cette consommation sont :

Les formations sanitaires publiques (lucratives), parapubliques et privées, L'ordre des médecins, Les infirmiers et sages-femmes, Les officines et autres dépôts de médicaments pharmaceutiques.

Selon les garanties en présence, les premiers cités agissent soit comme simples prestataires de service soit, comme tiers-payant.

B - LES MODES DE DISTRIBUTION ET PRODUITS

1- Les modes de distribution

a) La distribution directe

Elle se fait sans intermédiaire. Il s'agit d'une véritable gestion du patrimoine santé de certaines sociétés. Ici ne sont pris en charge que les groupes-entreprise qui apportent tous leurs autres risques assurables légalement et techniquement. C'est pour quoi on parle de vente- sollicitation ou que la maladie est un risque d'appel des autres risques. Dans ce cas, la maladie n'est qu'un risque complémentaire et ne peut donc être l'objet d'une quelconque stratégie de développement.

b) La distribution liée à un objectif de développement de la branche.

Ici tout y passe : Agents Commerciaux, Agents Généraux, Courtiers, Bureau Direct.

Quelques rares Compagnies mettent cet arsenal en place. Car selon les affirmations de l'ensemble des assureurs et de la Commission Maladie, l'assurance Maladie est une branche déficitaire.

2 - Les produits d'assurance Maladie pratiqués sur le marché.

Sur l'ensemble du marché, les assureurs vendent exactement les mêmes produits. C'est-à-dire :

- La protection sociale (assurance Maladie classique avec un taux de remboursement de 80% - 100%).
- L'assurance Maladie basée sur le système Tiers-Payant.

L'ALLIANCE AFRICAINE d'ASSURANCES pratique aussi ces produits, nous les étudierons plus en profondeur dans la chapitre II .

C) LES MODELES DE GESTION.

Deux modèles de gestion de l'Assurance Maladie sont utilisées sur le marché Ivoirien. Il s'agit de la gestion directe et de la gestion séparée.

1 - La gestion directe

Par gestion directe il faut entendre une structure de gestions de contrats et des sinistres Maladies par un département de la Compagnie, appelé département (ou branche ou cellule) Maladie.

En général, les Compagnies utilisent ce système bien qu'étant lourd et coûteux en personnel et en moyen logistique.

2 - La gestion saparée

D'autres Sociétés (rares) utilisent le système de gestion séparé qui consiste à commettre des entreprises spécialisées en la matière. Ces dernières gèrent les contrats (polices et dossiers sinistres), font les imputations des frais et dégagent les rapports S/P de chaque contrat. La Compagnie émet les primes, les encaisse et libère les chèques de remboursement des assurés ou de règlement des Tiers-Payant. Elle verse une commission de gestion à ces entreprises.

Ce système est très pratiqué en Europe. Il a l'avantage de libérer l'assureur à ses occupations de recherche et de conception de produits plus élaborés et plus rentables pour l'assuré et pour lui même.

L'inconvénient majeur est l'absence totale de contact direct entre l'assureur et l'assuré (sauf en cas de contentieux) dû au fait que l'assureur n'effectue ni le suivi des dossiers ni le suivi de la clientèle.

SECTION II : LES PROBLEMES DU MARCHE ET LES SOLUTIONS PRECONISEES

I - LES PROBLEMES DU MARCHE

Le marché Ivoirien est devenu très concurrentiel. Cette situation n'est pas sans effets néfastes sur la qualité des portefeuilles et sur les prestations.

En matière d'assurance Maladie, les difficultés suivantes peuvent être relevées.

A - LA CONCURRENCE DELOYALE DES SOCIETES NON AGREEES.

Ces Sociétés qui sont légions sur le marché, occultent les simples règles techniques de l'assurance et pratiquent des tarifs inimaginables. Cette sous tarification, au final, ne leur permet pas d'honorer leurs engagements. Donc non seulement ils attirent la majeure partie des prospects (EFFET PRIX), mais ils les démobilisent venant ainsi ternir l'image de marque de l'assureur légal. Ils sèment des difficultés de vente de l'assurance Maladie.

B - L'EFFET PRIX ET LA DIFFICULTE D'APPLICATION DE LA CLAUSE D'AJUSTEMENT DE LA PRIME.

Aujourd'hui, les difficultés financières aidant, le pourcentage d'assurés considérant prix comme un critère essentiel de prise d'assurance est fort et en croissance.

En matière d'assurance maladie, on ne peut réellement maîtriser et rentabiliser un portefeuille qu'à la fin de la troisième année de souscription. En effet pendant les deux premières années, l'effet psychologique d'être assuré amène les personnes couvertes à faire des frais en permanence. Les deux premiers résultats sont de ce fait déficitaires. Or, les contrats maladie sont à durée annuelle. A chaque renouvellement les souscripteurs sont courtisés par les assureurs qui leur proposent des tarifs de plus en plus bas. La clause d'ajustement de prime prévoyant une augmentation de la prime devient caduque. En effet, la sinistralité élevée donne des ratios S/P forts. Ainsi sachant que les frais à charge de l'assureur dépasse largement la prime payée, le souscripteur n'a plus qu'à résilier le contrat sans autres formes de procès. Il va se couvrir auprès d'un autre assureur moyennant une prime même inférieure à celle qu'il payait en dehors de toute clause d'ajustement.

C - LES PROBLEMES DE GESTION ET DE CONTRÔLE.

L'enregistrement du nombre sans cesse croissant de contrats, la sinistralité élevée et la mise en place d'une structure efficace de remboursement, nécessite du personnel et un matériel informatique. Les frais généraux de gestion sont très élevés.

Autant les primes sont encaissées, autant les nombreux chèques émis en paiement de sinistres assèchent les comptes. Résultat, les frais financiers sont élevés et les produits du même genre n'atteignent pas le niveau escompté. C'est l'assurance où le règlement d'un sinistre ne peut prendre plus d'un mois. Certes les montants sont relativement faibles mais avec une cadence forte. La sommation des petits sinistres devient une lourde charge pour la compagnie.

L'assurance maladie est le maillon le plus sensible à la fraude et à la tricherie :

- Fausse déclaration à la souscription,
- Fausse factures et fausses déclarations de maladie,
- Prise en charge de tiers non assuré, par l'usage des pièces justificatives de l'assurance, avec la complicité de l'assuré lui même.
- Surfacturation des frais par les formations sanitaires en complicité avec l'assuré. La clinique et le malade assuré font en sorte que seul l'assureur supporte les coûts. La motivation des parties à cette fraude est la suivante.

L'assuré s'octroie une couverture à 100%. Il évite ainsi la charge du ticket modérateur. La clinique garde l'exclusivité des soins de ce client. Elle se constitue un portefeuille patients sur le dos de l'assureur (illustration en annexe 2).

Ces situations et biens d'autres ont contraint l'assureur à mettre en place un système de contrôle. Ce système, en général réduit à un technicien et un médecin conseil, consiste en ce qui suit :

* - A la souscription

A analyser la déclaration du proposant, Pour le médecin conseil, dans certain cas, il s'agit d'examiner le proposant. Ces actes doivent aboutir à une acceptation ou à un refus du risque.

* - En cours de contrat,

A analyser les ordonnances pour voir le lien qu'il y a entre l'affection et les médicaments prescrits, à délivrer des prises en charges aux assurés malades devant être hospitalisés ou subir une intervention chirurgicale. Le médecin conseil fixe le nombre de jours d'hospitalisation en accord avec le médecin traitant.

L'agrégation des coûts et des problèmes sus évoqués font de l'assurance maladie une branche déficitaire. Autrement dit comment résoudre ces difficultés et rendre la branche rentable ?

II - PERSPECTIVES DE SOLUTIONS

A - AU NIVEAU DU FONCTIONNEMENT DU MARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE.

- La direction des assurances doit évincer tous les assureurs maladie ne disposant pas d'agrément à cet effet.
- Une harmonisation des tarifs d'une compagnie à l'autre avec un tarif plancher.
- La nécessité d'une législation,

Il est à ce jour indispensable que le législateur intervienne sur cette forme d'assurance. L'A.M a en effet une grande portée sociale. Elle mérite par conséquent une attention particulière de la part du législateur. Le pouvoir compétent doit en la matière intervenir sur trois(3) points à savoir :

- * La tarification en milieu hospitalier pour une révision significative à la baisse des honoraires de consultation et de visite des médecins. Devra aussi être révisé à la baisse, le loyer des chambres d'hospitalisation.
- * L'allégement de la taxation sur les produits et fournitures sanitaires.
- * La suppression pure et simple du droit d'enregistrement sur les prime d'assurance Maladie. Ce droit est actuellement de 14,5% sur la prime commerciale.

B - LA CREATION D'UN PARTENARIAT FORT AVEC LES FORMATIONS SANITAIRES.

En matière de vente le prix est un élément extrêmement déterminant. Cela est encore plus vrai pour l'assurance.

En effet, une vente de masse tient essentiellement à deux choses : la qualité du produit, objet de la vente, en rapport avec la satisfaction des besoins, et son prix. Le prix c'est - à dire la prime, est lié, d'une part au coût de l'acte médical et d'autres part à la fréquence de réalisation des ces actes. Cette fréquence étant importante, la prime est élevée. Cela rend les garanties maladies inaccessibles aux moins disants. Si donc nous désirons faire jouer à l'A.M son rôle social, il est nécessaire de ramener cette prime à une hauteur normale. Pour ce faire, il faut en plus de l'exonération fiscale :

- Créer un partenariat fort avec les organismes et formations prestataires de services sanitaires. Ce partenariat doit permettre d'éliminer certains élans de gonflement de

factures. Il doit occasionner une réduction ou un rabais sur le coût des actes. Et en fin, permettre des soins de bonne qualité pour réduire à terme la fréquence des actes sanitaires couverts par l'assurance.

- Créer un partenariat avec la communauté des assurés. Les assureurs doivent, par des actions concrètes montrer aux souscripteurs que l'assurance est leur bien social qu'ils se doivent d'entretenir et de sauvegarder.

Ces deux formes de collaboration devraient permettre à l'assureur de rester solvable et jouer pleinement son rôle. Ce rôle d'assureur santé dont l'A.A.A veut être le leader.

La position de leader dans le domaine de la protection santé nécessite un certain nombre d'aptitudes tant humaines, techniques que financières. Quelle est la situation actuelle de 3A ? Peut elle prétendre à une plus grande part de marché ?

CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DES 3A.

L' A.A.A veut devenir leader de l'assurance santé sur un marché concurrentiel.

Elle veut aussi promouvoir l'assurance INDIVIDUELLE ACCIDENTS en somme, elle prône le développement de l'assurance de personne sous le régime IARD.

Pour aider à répondre à cette préoccupation nous avons trouvé nécessaire d'analyser la situation actuelle de cette Compagnie. Cette étude va porter sur quatre axes :

- Position des 3A par rapport au marché,
- L'organisation et le fonctionnement des différents services chargés des assurances de personnes,
- Objectifs et produits,
- Les modes de distribution.

SECTION I : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA CELLULE MALADIE

I - POSITION DES 3A PAR RAPPORT AU MARCHE.

En terme de part de marché, l'ALLIANCE AFRICAINE d'ASSURANCES occupe moins de 1% en ce qui concerne l'assurance MALADIE. Pour la garantie I. A moins de 12 % (référence faite de la part de marché automobile).

Il s'agit d'une Compagnie challenger qui cherche à se positionner sur le marché.

Compte tenu des structures mises en place, des moyens et techniques appliqués, nous pouvons conclure que la branche MALADIE est en pleine croissance.

En effet, en sept mois de souscription, le portefeuille MALADIE compte entre 800 et 1 000 assurés avec une masse de prime de 100.000.000 F CFA.

A ce jour, avec la nouvelle politique de souscription de masse qui va bientôt entrer en application les résultats devraient s'améliorer significativement.

II - ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SERVICE MALADIE.

La garantie I.A. est servie comme garantie complémentaire soit en Responsabilité Civile Automobile, soit en Multirisque Professionnelle. Elle ne fait donc pas l'objet d'une gestion particulière. Par contre l'A.M. impose par sa nature une gestion rigoureuse tant en matière de production qu'en matière de sinistre.

A - ORGANISATION.

Le Service Maladie des 3A est une cellule MALADIE. Il est rattaché au service de Production des Risques Divers et Transport. Il comporte deux employés dont un chef de service. Le chef de service, en plus de son rôle de supervision de la cellule, a à sa charge quatre tâches essentielles :

1- les tâches

a) La négociation commerciale :

La recherche de marché, les séances de prises de contact avec les expositions des produits vendus dans les différentes entreprises à besoin de couverture médicale. Il répond à tous les appels d'offre avec proposition de garantie et de primes. Il reçoit toutes demandes de cotation. Il réalise ses cotations après analyse des besoins et des moyens des proposantts.

b) La recherche de partenaires prestataires de services sanitaires :

Il s'agit essentiellement des cliniques, des officines et des formations sanitaires publiques. Le chef de service élabore des conventions qui portent sur l'ouverture de compte pour les clients 3A dans ces organismes. Ces conventions sont en fait très importantes pour la consommation du produit basé sur le système Tiers-Payant.

Il s'agit en résumé pour les partenaires signataires de la convention, cliniques, hôpitaux publics ou pharmacies, de recevoir les assurés 3A et de leurs servir les prestations demandées. Cette tâche impose au chef de service un déplacement assez régulier, entraînant quelques fois, un certain vide dans la cellule.

c) La rédaction de sinistre :

Le chef de service reçoit les déclarations de sinistres. En Assurance Maladie il s'agit du dépôt des feuilles Maladie, des bons de soins, des factures d'hôpitaux, cliniques et pharmacies. Le dépouillement des déclarations, nous y avons pris part comme aide au chef de service, consiste en ce qui suit;

Les éléments recherchés sont les suivants :

- Les affections diagnostiquées par le médecin consultant. La connaissance de l'affection est très importante compte tenu de l'exclusion de certaines maladies telles que cancer non déclaré, le SIDA etc.
- le rapport entre l'affection et les médicaments prescrits. Car logiquement l'ordonnance doit concerner la maladie précise. C'est un véritable travail de contrôle, travail de médecin.

Quand la situation est compliquée pour le technicien d'assurance transformé en médecin de circonstance, alors intervient un « médecin conseil. »

La délivrance de certificat de prise en charge en cas d'hospitalisation pour éviter les débordements surtout au niveau de nombre de jours d'internement, le chef de service avec l'aide de son conseil (médecin conseil) apprécie l'affection. Le médecin conseil saisi, fixe le nombre de jour d'intervenant et balise les coûts. Le certificat de prise en charge contient entre autres précisions le plafond de la garanti offerte par l'A.A.A.

d) La délivrance d'autorisation préalable

Le chef de service délivre aussi, toujours avec l'aide de son conseil, des autorisations préalables pour les garanties contractuelles soumises à cette censure. Il s'agit principalement des analyses biologiques, des radiographies, scanographie et autres formes de prospections sanitaires.

Ces analyses sont soumises à l'autorisation préalable sauf si elles font suite à une hospitalisation.

La cellule maladie des A.A.A utilise en commun le secrétariat du service production. Même l'employé du service maladie exerce aussi dans les autres branches des risques divers. Il établit et gère les contrats. Il opère les incorporations et rajustement des primes. Il ouvre les dossiers sinistres.

Cette structure réduite était opérationnelle au début de l'instauration de la cellule santé. Mais aujourd'hui elle a besoin d'être réaménagée. Ce remaniement doit être progressif, car ne dit-on pas que l'assurance maladie c'est de la gestion ?

2 - Organigramme du service maladie.

La cellule santé ne comporte pas un organigramme spécifiant les tâches. Nous avons vu qu'il n'y a qu'un seul employé qui fait spécifiquement la maladie : le chef de service maladie. Nous avons été appelé à exercer en plein temps dans ce service lors du stage, vu le nombre croissant des tâches, avec le renflouement du portefeuille. Les deux employés travaillant pratiquement en fonction des tâches qui se présentent à eux.

Cependant il y a une organisation hiérarchique du pouvoir de décision. En effet, le service maladie est sous la couverture du responsable de production (IARD et transport). Ce dernier est cosignataire des cotations et contrats maladie avec le Directeur Général Adjoint (D.G.A). Mais pour des raisons de rapidité nous souhaitons l'annulation de la contre signature des cotations.

En conclusion, les règles de démarrage ont été respectées :

A savoir, une main d'oeuvre réduite et qualifiée (un chef de service très compétent), un outil informatique performant, aboutissant à une réduction des frais généraux.

Mais, avec l'évolution des contacts commerciaux et l'amélioration du portefeuille, certains problèmes se posent :

la lourdeur dans l'établissement des contrats et des « passeport pour la santé » (Badge d'identification des assurés devant les partenaires sanitaires).

La lourdeur et lenteur dans le règlement des assurés. Le dernier phénomène étant l'une des causes fondamentales de résiliation. Nous souhaitons une meilleure organisation du service en vue de satisfaire à l'obligation de la gestion rigoureuse.

B - FONCTIONNEMENT DU SERVICE MALADIE.

Le fonctionnement de la cellule peut être appréhendé par rapport aux deux tâches principales que sont la production et le sinistre.

1 - La Production

Que ça soit en cas de souscription individuelle ou en cas de groupe (la notion de groupe varie avec le produit pris) le prospect remplit un questionnaire médical qui tient lieu de proposition. Les propositions ainsi formulées sont en général acceptées, sauf quelques rares cas où l'on fait intervenir le médecin conseil.

Après acceptation, l'assureur demande au proposant de fournir les éléments suivants :

- une copie de la carte nationale d'identité
- une copie du jugement du conjoint avec une copie de l'acte de mariage
- une copie de jugement pour chaque enfant et deux photos d'identité pour chaque membre de la famille. Ces éléments sont exigés en cas d'assurance maladie tiers-payant.

Le service production attribue un numéro de contact et établit la police. Le contrat est fait en deux (2) exemplaires s'il s'agit d'une affaire apportée par le bureau direct ou les vendeurs représentants professionnels et en trois exemplaires si l'apporteur est un courtier ou un agent général.

Le service production procède à l'établissement du passeport pour la santé (badge ou livret).

2 - Le Sinistre.

En plus des tâches évoquées au A-1 (rôles du chef de service Maladie), le service sinistre après toute vérification évalue les frais exposés en tenant compte des

exclusions. Il applique les différents taux de couverture et procède à l'établissement des chèques.

Pour le règlement des factures tiers-payant (cliniques, hôpitaux et pharmacie conventionnés) la procédure est la même. Vérification des différentes factures, si cela est nécessaire avec intervention du médecin conseil. Ensuite, établissement des chèques.

le service sinistre procède enfin à l'ouverture des dossiers sinistre et impute les différents frais aux polices concernées.

Compte tenu de l'augmentation du nombre des assurés et donc du nombre de cas de maladie couverts, la structure sus évoquée de la cellule est en ce moment insuffisante.

SECTION II : OBJECTIFS ET PRODUITS.

I - LES OBJECTIFS DE L'A.A.A.

La direction Générale de la compagnie à un souhait, celui de devenir, leader de l'assurance santé en Côte d'Ivoire.

Or, être leader sur un marché c'est détenir une part de marché largement supérieure à celle de chacun des autres concurrents. Selon la notion de la part relative, il s'agit, pour être leader d'avoir une part relative égale ou supérieure à deux (2) c'est à dire une position dans laquelle l'on détient par dévers soi, une part de marché au moins double de celle du principal concurrent.

Certes, la position de leader permet d'avoir le bénéfice des avantages de coût liés à l'économie d'échelle et à la loi d'expérience, mais être leader en matière d'assurance santé sur le marché concurrentiel ivoirien est difficile.

La direction en a conscience, c'est pour quoi elle a élaboré un plan progressif. Elle a fixé un objectif de 2 % de part de marché soit 300.000.000 pour l'année 1996.

Et en même temps, des spécialistes de vente sont recrutés pour une vaste opération de distribution des assurances de personnel (maladie - I A).

Cette opération vient d'être initiée, et au moment de la rédaction de notre rapport, nous n'en connaissons ni les tenants ni les aboutissants. Nous souhaitons seulement que soit tenu compte des modestes propositions et suggestions faites dans ce rapport.

II - PRODUITS, TARIFICATIONS ET MODE DE CONSOMMATION.

Il n'existe pas de produits typiquement 3A. comme nous l'avons souligné plus haut, toutes les compagnies pratiquant cette forme d'assurance vendent exactement les mêmes produits. Il s'agit de l'assurance maladie classique dite « Protection Sociale (P.S) » et l'Assurance maladie système tiers-payant. L'I.A comme garantie complémentaire et à part entière est aussi vendue.

A - LA PROTECTION SOCIALE (P.S)

1 - Objet et définition de la garantie

C'est l'assurance maladie classique copiée sur l'occident. C'est un système de remboursement des frais exposés par les assurés et prévus au contrat. Elle est donnée sous quatre (4) formes :

- La garantie complète.

Elle couvre les frais médicaux, chirurgicaux, les frais d'hospitalisation et de pharmacie des suites les événements suivants : Accident, Maladie, Maternité.

Cette garantie « tous risque » s'étend au remboursement des frais optiques et dentaires. Elle couvre moyennant une surprime, l'évacuation sanitaire. Cette surprime est au moins égale à 10 % de la prime annuelle.

- La garantie hospitalisation chirurgie (garantie réduite)

Elle couvre, comme son nom l'indique, certains événements précis : Hospitalisation et chirurgie.

- La garantie complémentaire Mutuelle.

Elle est offerte aux fonctionnaires et assimilés, membres de la MUGEF. Elle couvre les frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation à 100% et pour les frais de pharmacie, le ticket modérateur de 30% laissé à la charge des mutualistes.

- La garantie complémentaire mutuelle frais pharmaceutiques.

Elle garantit le remboursement du ticket modérateur de 30%.

1 - Taux de couverture et tarification.

Pour l'ensemble des garanties, les taux de couverture standards sont de 100% et 80%. Cependant, il est possible, sur proposition du client, d'accorder les taux de 90%, 70%, ou 60%. Pour les taux usuels, le tarif est à lecture directe. Les primes H.T. sont données par taux de couverture et par forme de souscription (groupe ou individuelle). Le tarif individuel est appliqué de un à quatre contrats. La souscription groupe vise les entreprises. On parle de groupe-entreprise. Les primes sont données par classe, en

fonction du nombre de salariés (de 5 à 100 ; 101 à 500 etc. ...). On parle aussi de la notion de groupe-fictif. Il s'agit de police groupe avec incorporation.

Par ailleurs, pour les taux intermédiaires il est appliqué un coefficient d'ajustement :

Pour la couverture à 90% on prend la moyenne arithmétique des primes à 80% et 100%. Pour la couverture à 70% on applique 0.8 à la prime à 80%. Pour la couverture à 60% on applique 0.6 à la prime à 80%.

En ce qui concerne la tarification des garanties complémentaires mutuelle la prime est décomptée ainsi qu'il suit :

pour la garantie complémentaire mutuelle on applique 0.8 à la prime nette à 100%.

Pour la garantie complémentaire mutuelle frais pharmaceutiques exclusivement, le coefficient appliqué est de 0.30, sur la prime nette à 100%.

La prime ainsi déterminée est payable en une seule fois, compte tenu de forte sinistralité de la branche.

3 - Mode de consommation.

Il s'agit d'une assurance IARD basée sur le principe indemnitaire. Autrement dit, il faut mettre l'assuré dans les conditions qui étaient les siennes avant la survenance du sinistre (maladie). L'assuré malade se rend dans un centre hospitalier de son choix, muni d'une feuille maladie. Il y subit les traitements appropriés et fournit à l'assureur toutes les pièces justificatives. Le service maladie procède au remboursement sous 15 jours à compter de la date de dépôt.

La garantie P.S s'étend au monde entier.

4 - Avantages et inconvénients de la P.S

Cette forme classique d'A.M a des avantages et des inconvénients tant pour l'assureur que pour l'assuré.

a) Pour l'assureur

a-1) Avantages

* Produits Financiers

* L'auto sélection du risque.

La prime est très élevée. La conséquence de cette situation est que, les souscripteurs sont d'un certain niveau social. Ils disposent de moyens de bien se soigner et se nourrir. Il s'agit d'assurés théoriquement en bonne santé.

* La limitation du besoin hypothétique de soin dans les formations sanitaires de renom (PISAM). Cette limitation est due au support immédiat des frais.

a-2) Inconvénients.

Il y a trois inconvénients majeurs pour l'assureur.

* Le problème du développement du portefeuille.

Les difficultés d'entrée d'affaires nouvelles se posent. En effet, hors mis la concurrence, les compagnies se voient opposer l'objection du manque de moyens financiers. Il manque des moyens financiers non seulement pour faire face à la prime, mais aussi pour le support immédiat des frais de soins. Très peu de familles ont la possibilité de satisfaire à ces deux conditions d'assurabilité. Même en cas de groupe-entreprise, bien qu'étant aidés dans le paiement de la prime, les familles assurées se voient freinées dans la jouissance de leur assurance, par le support immédiat des charges sanitaires. Cependant, pour remédier à cette insuffisance, des Bons de Prise en Charge sont délivrés en cas de maternité, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

* La fraude est très importante : 40% de la charge de sinistre. C'est la garantie maladie la plus susceptible aux manipulations frauduleuses.

* La procédure de remboursement.

Il est surchargeant, lourd et coûteux. Il suffit, pour mieux comprendre ce problème, d'imaginer le remboursement de 1000 assurés dans les locaux de la compagnie.

b) Pour l'assuré.

b-1) Avantages.

* Une grande liberté dans le choix des praticiens pour leurs besoins sanitaires qui procure un réconfort psychologique en matière de santé. Les assurés ne sont pas dérangés dans leurs habitudes sanitaires.

* La P.S comme toute assurance empêche la dissipation des biens de l'assuré du fait de la maladie.

b-2) Inconvénients.

Nous avons décompté deux inconvénients essentiels. Il s'agit de la tarification et la prime élevée, d'une part et la charge immédiate des frais d'autre part.

* Tarification et prime

En assurance P.S, la tarification est individualisée. C'est à dire que dans la famille, chacun à une prime précise à payer. Cette prime varie selon qu'on est adulte ou enfant mineur. Elle aboutit à une prime importante.

* la charge immédiate des frais de soins.

Ces deux inconvénients cumulés ont réduit l'aspect social de l'A.M ou plus précisément du produit P.S. La nécessité d'un produit adéquat s'est imposée et l'assurance basée sur le système Tiers-payant est née.

B - L'ASSURANCE MALADIE SYSTEME TIERS-PAYANT (S.P.T)

1- Objet et étendue du contrat.

La Compagnie garantit à l'assuré, ou à chacun des membres de sa famille nucléaire (conjoint (e), ou concubin (e) et enfants mineurs) la prise en charge des frais médicaux chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation exposés par suite de maladie, accident ou de maternité, dans les formations sanitaires conventionnées.

a) Définition de la garantie.

Il est proposé aux assurés deux polices (ou garanties) au choix offrant une couverture médicale de 70% ou 80% des frais réellement exposés.

Il s'agit de la police partielle et de la police globale. Elles diffèrent dans leur champ de validité.

La Police Partielle :

Elle garantit la prise en charge des consultations, actes externes et hospitalisation reçus dans les hôpitaux publics uniquement. C'est la garantie restreinte ;

La Police Globale :

Elle prend en charge les consultations, actes externes et hospitalisation reçus dans les centres sanitaires publics et dans les cliniques et polycliniques conventionnées. C'est la garantie élargie.

b) Étendue

L'assurance Maladie Tiers-Payant est une couverture territoriale. Elle couvre uniquement la Côte d'Ivoire.

2 - La tarification

Elle est à lecture directe. Il existe deux tarifs. Le tarif se rapportant à la souscription individuelle, tient compte du nombre des membres de la famille. Le tarif Groupe, il s'applique à partir de 25 familles assurées. Ici, la famille est censée avoir au maximum 8 (huit) membres dont un père, une mère et six enfants mineurs ou un assuré et 7 ayants-droit mineurs. Le rajout d'un enfant supplémentaire donne lieu à surprime. La prime peut être fractionnée. Elle est même payable mensuellement.

3 - Mode de consommation.

IL est établi pour chaque assuré (famille ou individu) un livret de santé ou un badge nommé "PASSEPORT POUR LA SANTE ". La pièce ainsi établie comporte les éléments suivants :

- Une photo de chaque assuré.
- La définition de la garantie partielle ou globale,
- Le taux de couverture,
- Un numéro client.

L'assuré S.T.P. peut faire les frais soit dans les formations sanitaires conventionnées ou dans les autres hôpitaux. Les conditions de consommation du produit varient selon que les prestations sont servies dans les formations sanitaires conventionnées ou non.

a) Dans les formations sanitaires conventionnées :

L'assuré ou l'ayant-droit muni de sa carte d'assuré social en cours de validité et d'un bon de soins 3A s'acquitte uniquement du ticket modérateur à sa charge. Cette franchise 20 ou 30% du coût de la prestation selon l'option choisie. Le solde des frais est directement pris en charge par l'ALLIANCE AFRICAINE d'ASSURANCES, au moyen d'un règlement direct au x formations sanitaires concernées.

Il existe trois types de bons :

- Les bons de consultations et pharmacie (couleur verte)
- Les bons d'analyses médicales ou de radio (couleur orange)
- Les bons de soins dentaires et de pharmacie (couleur rouge).

Il est précisé dans ces bons le taux de couverture, le numéro du bon et les parts de sinistres dévolues à l'assuré et à l'assureur.

b) Dans les formations sanitaires non conventionnées :

L'assuré règle la totalité des frais. Il produit ensuite toutes les pièces justificatives en vue d'obtenir le remboursement. Ce remboursement tiendra compte du taux de couverture et des tarifs de soins pratiqués dans les secteurs publics et des tarifs officiels du secteur privé.

Cette forme de garantie inspire des avantages et des inconvénients tant pour l'assuré et pour l'assureur.

4 - Avantages et inconvénients du S.T.P

a) Du point de vue de l'assureur ,

a-1) avantages:

* Un produit de masse.

Il s'agit ici d'un produit tout à fait social. Il peut donc faire l'objet d'une parfaite distribution.

En effet, sa facilité dans la souscription et dans la consommation est un atout précieux pour l'assureur dans le renflouement de son portefeuille ;

La modification du système de remboursement :

Le système classique P.S. prévoyait un remboursement par assuré qui nécessitait une gestion au quotidien de sinistres avec des amas importants de feuilles Maladie.

Avec le S.T.P les 3A ne reçoivent que les factures des partenaires sanitaires avec des échéances mensuelles ou bimensuelles de règlement. On constate un allègement significatif de la gestion.

* La réduction de la susceptibilité à la fraude ;

En effet, conformément à la convention signée avec les ~~conventions~~ conventions sanitaires, exigence est faite aux partenaires de veiller à l'application des exclusions au moment de l'évaluation du ticket modérateur. Les différents tickets modérateurs se calculent sur la base du tarif régulier. Ils doivent correspondre aux produits prescrits et dont le remboursement est garanti par les 3A.

Obligation est aussi faite aux partenaires de veiller à la validité des cartes d'assurés et à leur conformité avec l'identité du porteur de la carte en la comparant à une pièce du patient.(carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire etc..)

Il existe bien d'autres avantages tels que la connaissance parfaite des assurés et de leur famille, qui implique une bonne maîtrise du risque à terme ; le partenariat avec les prestataires de services sanitaires et la maîtrise voir la réduction des frais. En effet, dans leur ensemble les pratiquants consentent une réduction entre 10% et 20% des frais de consultation.

a-2) Inconvénients :

Les deux inconvénients dignes d'évocation sont relatifs à l'encaissement de la prime.

* Le rapport entre prime fragmentée et les frais de santé mis à la disposition de l'assureur. Ici, contrairement au système classique, la prime est mensualisée. Le problème posé est que, compte tenu de la sinistralité immédiate, l'assureur risque de dépenser plus qu'il ne reçoit chaque fin de mois. Cette situation peut aussi avoir un effet de réduction sur les produits financiers probables.

L'assureur ne risque-t-il pas de supporter des charges importantes et ne pas pouvoir par la suite encaisser les primes dues ?

En tout état de cause, l'assureur peut dépasser cet inconvénient en constituant une mutualité plus forte et en aménageant acceptable l'échéancier de paiement de la prime.

* Le problème de l'encaissement de la prime :

Le paiement de la prime en général peut se faire par trois voies :

Paiement en espèce à la caisse de la Compagnie, Par chèque, Par ordre de virement bancaire. A ce jour, le paiement de la prime se fait par chèque ou par espèce au guichet de 3A.

L'assurance Maladie S.T.P. est acceptée par les ménages de moyens revenus à cause de la prime mensuelle. Ces assurés sont à chaque fin de mois obligés de se rendre au Siège ou chez un agent général ou un courtier pour payer leur prime. Nul n'est besoin de citer tout ce qui peut arriver :

- Difficulté pour l'assuré de se déplacer à chaque fin de mois,
- Le problème de la non réversibilité de la prime,
- Les chèques revenant impayés etc ...

Cet autre inconvénient peut aussi être contourné par la mise en place d'un système de prélèvement bancaire bien négocié avec les banques de la place.

Cet inconvénient est minimisé en cas d'assurance Groupe-Entreprise.

Ce produit à notre avis se prête mieux aux objectifs de développement de l'assurance Maladie prônés par l'ALLIANCE AFRICAINE d'ASSURANCES.

b) D'un point de vue de l'assuré :

C'est le système qui lui convient le mieux. Il satisfait au rôle social d'une assurance santé. l'assuré n'a à sa charge que le ticket modérateur. Il ne supporte immédiatement que 20 ou 30% du coût des soins. Il peut donc se soigner avec peu de moyens.

III - DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX PRODUITS :

1- Les modes de souscriptions.

Les deux produits d'Assurance Maladie vendus par l'ALLIANCE AFRICAINE d'ASSURANCES, peuvent être souscrits soit individuellement soit en groupe. Notre motivation est de savoir quel mode de souscription permet un portefeuille équilibré. Cette analyse sera faite dans le chapitre II.

2 - Le questionnaire médical.

Tout proposant en Assurance Maladie est soumis au questionnaire médical détaillé. Il s'agit de satisfaire au souci de sélection de risque.

3 - Le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques.

Sont concernés les frais sanitaires occasionnés en dehors de toutes hospitalisations.

- Centres de santé conventionnés (S.T.P.):

La totalité des frais raisonnablement exposés par l'assuré, diminuée du ticket modérateur, est directement pris en charge par 3A.

- En général, pour la P.S. et pour le S.T.P. en formation sanitaire non conventionnée, l'assuré s'étant acquitté de la totalité des frais, produit toutes les pièces justificatives en vue d'obtenir le remboursement.

Éléments constitutifs du dossier de remboursement :

- Fiche médicale de déclaration d'accident ou de maladie.

- Ordonnances médicales,

- Les vignettes apposées sur les médicaments, à défaut, une partie de l'emballage.

Toutefois, il est procédé au contrôle des différents éléments pour conformité avec l'ordonnance médicale prescrite et les clauses du contrat d'assurance Maladie.

Le délai de prescription du dépôt des dossiers de remboursement est de deux mois à compter de la date de l'acte médical.

4 - La prise en charge :

Pour la P.S. ou le S.T.P. (en formation conventionnée ou non), toute hospitalisation des suites de maladie, accidents ou de maternité, doit être soutenue par une prise en charge. Sa délivrance intervient sur requête de l'établissement hospitalier d'accueil et après approbation du médecin, conseil des 3A. Le bon attestant cette prise en charge est signé conjointement par le service compétent de l'assureur et du médecin conseil.

5 - Les exclusions de garantie.

Les exclusions portent tant sur les circonstances de survenance des accidents et maladies que sur certains produits pharmaceutiques. La liste des circonstances et des produits pharmaceutique exclus est donnée à chaque assuré.

6 - Le délai de carence

Ce délai est existant en cas d'accident. Par contre en cas de maladie et de

Ce délai est existant en cas d'accident. Par contre en cas de maladie et de maternité, il est respectivement de 3 mois et de 9 mois à compter de la date d'effet du contrat. En cas de souscription groupe, il n'est maintenu qu'un délai 3 mois pour la maternité. Le délai de carence est une période de non garantie, permettant à l'assureur d'éviter les frais des affections antérieures à la date de prise d'effet du contrat maladie.

IV - LES MODES DE DISTRIBUTION

La jeune branche d'assurance de personne, surtout l'assurance maladie, est actuellement une petite cellule qui avance progressivement.

Les activités ont commencé en octobre 1996. Mais, jusqu'au mois de Janvier, il n'a été question que de l'élaboration des contrats (dispositions générales et particulières) et conventions, de la mise au point des bons de soins et autres accessoires nécessaires au fonctionnement d'une assurance maladie.

L'action n'était pas axée sur la commercialisation.

C'est véritablement à partir du mois de février que des actions en été entreprises pour la connaissance du marché, de la concurrence et des différents problèmes qui minent l'assurance maladie. Nous les avons déjà évoqués.

Les 1000 assurés en portefeuille sont la résultante des souscriptions par l'action du P.D.G. (un véritable entrepreneur), de l'action singulière du chef du service maladie et de deux agents représentants commerciaux des 3A.

Pour nous, une bonne politique de développement d'une assurance de personne repose sur certains éléments fondamentaux dont : une stratégie commerciale, l'innovation dans la conception des produits et une stratégie de gestion et de contrôle intégrée.

CHAPITRE III : LES CONDITIONS DE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ET INDIVIDUELLE ACCIDENTS

Le Chiffre d'affaires développé par le marché d'assurance Maladie et Risques Divers est de 15 milliards (chiffre 1994). La prime moyenne en la matière est de 200 mille FCFA tous Produits Santé confondus. Il se dégage donc un nombre d'assurés qui est égal à 75 000 si nous supposons que tout le chiffre d'affaires est réalisé en matière de maladie. Ce chiffre rapporté à la population totale de la Côte d'Ivoire évaluée à 15 Millions, donne un taux d'assurance de 5%0 .En Côte d'Ivoire, 5 habitants sur mille sont assurés Maladie.

Cette petite approche montre bien que les Ivoiriens ne sont pas assurés Maladie. Le champ est donc libre pour une Compagnie comme l'A.A.A de se spécialiser pour conquérir ce marché. Mais cette conquête ne peut se faire au hasard. L'assureur de personnes n'est pas un boutiquier, c'est un vendeur. Il s'agit donc de mettre en place une structure gagnante de distribution. La distribution est l'un des aspects majeurs de la stratégie des Sociétés d'Assurances. La plus grande part de ces Compagnies ont mené leurs analyses de l'efficacité des choix stratégiques et sont convaincues que les meilleures politiques de distribution sont celles qui prennent en compte les éléments suivants :

Le comportement des clients qui accordent toujours plus d'importance au prix.

La concurrence est de plus en plus croissante à cause de l'augmentation du nombre des compétiteurs.

La création d'un réseau de distribution et la mise en oeuvre d'un partenariat fort avec ce réseau. Il faut rechercher la compétitivité des réseaux, notamment en les concentrant sur la vente et en valorisant leurs compétences et leurs spécificité.

La mise en place d'un environnement administratif dynamique capable de soutenir la concurrence et de maintenir la clientèle.

Toutes les analyses faites dans la partie introductive et le premier chapitre de la deuxième partie ont dégagé une large ouverture du marché. Nous allons donc pour ce chapitre procéder à des propositions concrètes dans le sens du développement de l'assurance de personnes, en trois sections :

SECTION 1 : L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE COMMERCIALE

SECTION 2 : CONCEPTION ET DIVERSIFICATION DES PRODUITS

SECTION 2 : L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE DE GESTION ET DE CONTRÔLE INCORPORE

SECTION 1 : L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE COMMERCIALE

Etant donné que nous évoluons désormais dans une société moderne dynamique et concurrentielle, la navigation à vue est un suicide. Une compagnie digne ne peut vivre sans une stratégie commerciale de distribution de ses produits. Cela est valable pour les risques pris en charge mais l'est encore davantage pour les produits dits d'assurance de personnes (Assurance Vie, Assurance Maladie - Individuelle Accidents).

I- APPROCHE THEORIQUE

D'un point de vue théorique, une stratégie selon le MERCATOR, est un ensemble de moyens d'actions utilisés conjointement en vue d'atteindre certains objectifs.

Ainsi, lorsque la Direction Générale fixe des objectifs, elle doit s'assurer que les moyens mis à la disposition des exécutants sont à la hauteur des buts assignés. Elle doit faire référence à la Direction Administrative et Financière pour l'évaluation des ressources financières, technologiques et humaines en vue de procéder aux différents aménagements. Elle doit aussi faire référence à la Direction Commerciale pour connaître les chances de l'entreprise par rapport à la politique à mettre en oeuvre. La Direction Commerciale se doit de procéder à une étude de marché en vue d'élaborer la stratégie commerciale gagnante.

Le processus d'élaboration d'une stratégie commerciale est la suivante :

A- L'ANALYSE DES OPPORTUNITES

Une opportunité commerciale est un domaine d'actions dans lequel une Compagnie peut espérer jouir d'un avantage différentiel. Aujourd'hui, dans la configuration du marché, l'assurance Maladie et Individuelle Accidents font partie de l'éventail de possibilités de l'A.A.A .

Nous l'avons clairement démontré.

B- LE CHOIX DES MARCHES - CIBLES

Il est certainement vrai que lorsqu'on cherche à développer un portefeuille, le souci premier est de vendre. Mais il faut savoir à qui vendre, il faut savoir si la personne à qui l'on veut vendre est solvable et accessible. C'est pourquoi le choix de marché-cible

est une donnée essentielle de la vente. En matière d'assurance Maladie toute la population n'a pas les mêmes besoins et les mêmes moyens de prendre l'assurance. Il est donc important de procéder à une segmentation du marché afin de concevoir et de vendre le produit adapté à chaque segment.

En effet, l'épouse d'un manoeuvre de la SOGB n'a certainement pas besoin de venir accoucher à la PISAM.

C- LE POSITIONNEMENT

Le positionnement consiste à déterminer la place que l'on doit occuper sur le marché compte tenu de la concurrence et des attentes de la clientèle.

Nous avons montré que la population Ivoirienne a besoin d'assurance Maladie et Individuelle Accidents. Le marché est pratiquement vierge. Toutes les entreprises qui opèrent dans cette branche vendent les mêmes produits. Il s'agit donc pour les 3A de procéder à la segmentation du marché afin de voir les conditions et coûts de soins des segments qu'elle aura retenu pour proposer un prix concurrentiel.

L'A.A.A peut opter pour la souscription de masse et imposer ainsi sa notoriété sur le marché des deux produits en question. Elle occupera ainsi une position de challenger.

D- LA CONSTRUCTION DU SYSTEME COMMERCIAL

La Direction Commerciale opère la construction d'un système commercial après le choix de la cible et de la position.

Il s'agit d'élaborer un plan d'action commercial afin d'atteindre les objectifs globaux de l'entreprise. Ce plan doit faire ressortir les éléments suivants :

1- Le résumé

Le résumé fourni le condensé des objectifs et indique les chiffres clés à la Direction Générale.

2- Analyse de la situation commerciale

L'A.A.A veut véritablement pénétrer le marché de l'assurance Maladie et Individuelle Accidents, dans quel contexte se trouve - t - elle ? Dispose t - elle d'un certain avantage prévisionnel ? Qu'elles sont ses opportunités et les menaces qui pèsent sur elle ? Et qu'elles sont enfin ses forces et faiblesses à elle même et par rapport à la concurrence ?

Autant de questions à laquelle la Direction Commerciale doit répondre.

3 - Buts et Objectifs

L'A.A.A. a un objectif, celui de devenir leader de l'Assurance Santé en Côte d'Ivoire ; objectif de grande envergure.

Il s'agit d'obtenir une plus grande part de marché. Elle s'est néanmoins fixée une part de 2% pour l'année 1996. Par rapport à l'objectif premier qui est un objectif à terme il sera question d'être beaucoup plus ambitieux. Il faut fixer des parts importantes et y mettre les moyens.

4- Le Programme d'action

C'est un véritable calendrier d'exécution du plan commercial mis en place.

On doit, à partir de ce programme, suivre l'avancement des activités et voir si à terme les objectifs seront atteints ou non. Et changer de tir au moment opportun si cela s'avère nécessaire.

5- Le Budget commercial

En vue d'une meilleure appréciation des dépenses, par rapport au résultat obtenu ou à obtenir, il est nécessaire de ne pas noyer les dépenses relatives aux opérations prévues dans les frais globaux de la Compagnie. On établit donc un budget commercial séparé. Ce budget ne comporte que des dépenses.

6- Les moyens de contrôle

Le plan doit être doté d'un moyen de contrôle interne qui peut se faire à travers des rapports d'activité mensuels, bimensuels ou trimestriels. Toutes ses données ne peuvent porter un fruit sans un support de distribution. Pour notre part, en matière d'assurance de personnes la force de vente 'est le meilleur support.

II- LA MISE EN PLACE D'UNE FORCE DE VENTE

D'un point de vue d'une distribution de masse, l'A.A.A. doit reposer sa vente sur deux structures : Le réseau habituel des agents mandataires ou non et les vendeurs représentants professionnels

A- LE RESEAU D'AGENTS MANDATAIRES OU NON

Les agents généraux et les courtiers, surtout les agents généraux doivent être véritablement impliqués dans la distribution de l'assurance Maladie et Individuelle Accidents. Ils représentent un atout car ils ont déjà un portefeuille. Il suffira de leur apporter une formation adéquate et créer un intéressement à la vente de ce type de

produits. Le réseau comporte plus de quarante agents mandataires et avec plus de cent points de vente. La Direction Générale doit informer solennellement tous les agents généraux de la Compagnie et les inviter à venir subir une formation au sein des 3A . Elle peut aussi dépêcher des techniciens dans les différentes régions pour accomplir les formations nécessaires à la vente.

En effet, le choix d'une stratégie de souscription de masse nécessite un engagement de toutes les forces vives de l'entreprise dans la même direction. La Direction diversifie ses activités alors le réseau doit nécessairement suivre cette dynamique afin de contribuer à la réalisation des objectifs. Même le personnel 3A doit être intéressé à la distribution. Cela pourrait se faire par note interne avec proposition d'une commission étudiée. Cette dernière pratique est autorisée par le CODE CIMA.

B- LES VENDEURS REPRESENTANTS PROFESSIONNELS

Selon A. ABEGA, les vendeurs représentants professionnels doivent être classés parmi les intermédiaires. Ils constituent la clé, la pièce maîtresse d'un réseau, d'une équipe de vente. En matière d'assurance de personnes, il faut des contacts directs avec les prospects. Il faut les amener à accepter le produit en répondant à toutes leurs objections.

Ainsi, l'A.A.A gagnera - t - elle à mettre en place une véritable force de vente basée sur les vendeurs représentants professionnels. La mise en place d'une telle force nécessite un certain nombre d'éléments :

- Le recrutement
- La formation
- Le traitement de la force de vente
- Le système de contrôle de cette force
- La motivation objective des vendeurs.

1- Le Recrutement :

Il peut se faire par plusieurs moyens, mais le seul élément important est qu'il doit être vide de toute partialité. Il doit prendre en compte le niveau d'études, le dynamisme et le sens de l'argumentation chez le candidat.

2- La Formation :

Elle doit, entre autres, mettre l'accent sur le rôle d'un vendeur, la connaissance du produit et de l'art de vendre. Est-il besoin de dire que le vendeur doit :
Savoir que vendre, où vendre, à qui vendre, comment vendre .

Il doit aussi avoir en permanence en tête que son rôle est de vendre pour réaliser un chiffre d'affaires, disposer d'un portefeuille. Il doit permettre à la Compagnie d'atteindre ses objectifs en exécutant à la lettre les tâches qui lui sont confiées.

- La prospection
- La réalisation d'un chiffre d'affaires (vente)
- La promotion des produits de la Compagnie
- La prise de commande
- Renseigner la société de l'évolution du terrain (tarifs pratiqués par la concurrence entre autres).
- Les encaissements de primes
- Le service après vente qui inclut le suivi et la fidélisation de la clientèle.

Il est pour nous impératif que la formation soit confiée à des experts en matière de vente de produits d'assurance.

3 - Le traitement de la force de vente

Aujourd'hui une force de vente efficace est une force entretenue. L'A.A.A doit pouvoir donner les moyens logistiques, techniques et financiers au vendeur. Car un vendeur délaissé à lui même ne peut produire. Lorsqu'on cherche la performance et le résultat générateur de profit il faut mettre les moyens en jeu.

Pour nous, la concurrence est de plus en plus rude. Affûter ses armes, c'est envoyer sur le terrain des vendeurs qui dispose d'une assurance financière, et qui de ce fait seront éloquentes et rassurants. Ils auront à leur actif l'attitude professionnelle et un amour naîtra entre eux et la Compagnie. Ils n'auront pas tendance à voltiger de sociétés en sociétés. Il faut enfin leur tracer un profil de carrière leur permettant à long terme de disposer d'une situation professionnelle stable.

L'A.A.A. dispose en son sein d'un vendeur d'assurance Maladie. Ce vendeur ne bénéficie que d'une carte de bus lui permettant de sillonner la ville d'ABIDJAN. Il n'est payé qu'à la commission 5% sur prime nette. Il a réalisé en quatre mois d'exercice un chiffre de 4. 034 160 FCFA pour une prévision de 600 000 FCFA /mois soit 2 400 000 FCFA pour l'ensemble des 4 mois. Il a réalisé un dépassement des prévisions à concurrence de 68%. Ce résultat témoigne de ce que l'assurance Maladie se vend bien, et que l'expérience des vendeurs représentants professionnels est digne de foi.

4- Le système de contrôle de la force de vente

La force de vente doit être supervisée. De préférence elle doit être répartie géographiquement sur l'ensemble du territoire. Elle doit être fondée sur l'application

de la stratégie alternative permettant d'atteindre les espaces non couverts par le réseau des agents mandataires.

L'objectif à atteindre doit être éclaté par région (soit par exemple 65% Abidjan, 10% Bouaké, 10% San-Pédro et 15% autres).

La force de vente s'insère dans le plan commercial général de la Compagnie. L'administration suit progressivement les ventes réalisées et apprécie les différents groupes de vente. Les chefs de groupe assurent la supervision et adressent un rapport hebdomadaire à la direction commerciale. Les dirigeants ont ainsi une large manoeuvre d'appréciation et de redressement de leur tirage.

5 - La motivation objective des vendeurs.

Pour obtenir les meilleurs résultats, certains professionnels des assurances préconisent les sources de motivation suivantes.

a) Un taux de commission assez attractif.

Pour les vendeurs, un salaire minimum avec un taux de commission de 4 à 5% pourrait avoir un effet assez attractif.

Notre agent vendeur 3A a un taux de commissionnement de 5% sans aucun fixe. Les agents généraux et les courtiers apporteurs d'affaires perçoivent 10%. Cette différence s'explique par les frais généraux que ces derniers supportent. Le seul problème c'est que, pris individuellement, ils ont une productivité largement en dessous de celui de notre vendeur.

b) L'exigence du résultat escompté.

La tenue des fiches techniques de vente doit être obligatoire ; à savoir :

les fiches prospects, les fichiers de prospection, les fiches récapitulatifs de production, le planigramme hebdomadaire et les fiches des objectifs mensuels.

Un suivi méthodique devant conduire le vendeur à prendre conscience de son état de vendeur. Ce contrôle doit l'amener à savoir qu'un vendeur qui ne vend pas n'en est pas un.

Les responsables commerciaux doivent avoir le courage de congédier un représentant non rentable. Il faut être à l'écoute du vendeur tout en essayant de subvenir subtilement à ses besoins.

c) Concours de production

Enfin, selon certains professionnels, le recours au concours de production entre les groupes de vendeurs est aussi une source d'incitation à la vente. Ces concours sont le

plus porteurs dans les périodes des réalisations difficiles d'affaires nouvelles telles que pendant les périodes de pluie ou de rentrée scolaire.

En tout état de cause, il sera question de faire en sorte que le vendeur soit imprégné de la trilogie Compagnie - Produits - Prospect et que la vente demeure en lui. Il doit se sentir utile à l'entreprise et avoir un sentiment de sécurité. Nous croyons très fermement que la productivité marginale sera maximisée.

III - LA PUBLICITE

Selon A. ABEGA, avoir un bon produit ne suffit pas sans le faire savoir et le faire connaître. Faire connaître ses produits, attirer les clients potentiels et provoquer chez eux une attitude et un comportement favorable, il faut que s'établisse une communication entre le public et la Compagnie.

Cette réflexion on ne peut plus claire, résume l'importance de la communication en matière de distribution dont une variante est la publicité.

Le marché Ivoirien regorge de Compagnies. Certaines, de part leurs actions publicitaires à la radio et à la télévision, s'identifient aujourd'hui à l'assurance vis-à-vis des populations.

Nous croyons que l'A.A.A aura certainement intérêt à mener des actions publicitaires dans la promotion et la vente de ses produits.

Le budget du plan commercial inclut en effet des frais publicitaires. Ces frais sont comptablement incorporés au coût de distribution.

La publicité favorise la notoriété qui elle même contribue positivement à la réalisation du développement du portefeuille en matière d'assurance de personnes.

SECTION II : CONCEPTION ET DIVERSIFICATION DES PRODUITS : LA STRATEGIE DE PROLIFERATION DES PRODUITS

La pratique commerciale générale du marché de l'assurance Maladie et Individuelle Accidents est la vente des mêmes produits par toutes les compagnies.

Nous pensons que l'A..A.A peut porter entorse à cette pratique en procédant à la création de produits nouveaux, adaptés, simples, standardisés, de qualité et à des prix réduits.

En effet, on n'a jamais demandé réellement ce que le client veut. On a des produits tout préparés qu'on sert au prospect.

La segmentation et la cible choisies sur le marché devraient permettre à l'assureur de connaître exactement les besoins de la clientèle potentielle.

I - LA DISSOCIATION ET LE PLAFONNEMENT DE GARANTIE COMME MOYEN DE PROLIFERATION.

Nous avons affirmé plus haut que les besoins en soins de santé varient à travers les couches sociales professionnelles. Ainsi compte tenu des moyens des ménages, il sera possible de concevoir des produits simples à des coûts réduits.

Pour nous, l'assurance S.T.P. est plus adaptée. On pourrait concevoir des produits par garantie ou groupe de garantie réduit que d'égrener tout le chapelet des couvertures dans une même police. Tout comme la spécification a été faite au niveau de la protection sociale, on pourrait avantageusement concevoir des produits en système Tiers-Payant qui couvrent uniquement :

l'hospitalisation et la chirurgie; les frais médicaux uniquement; la maternité et frais associés etc. ...

Cette stratégie de multiplication de produits et sous-produits plafonnés et ciblés sur certaines formations sanitaires devrait contribuer à une large diffusion et à des primes socialisées.

II - LA PRATIQUE DE CERTAINES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

A - LE CUMUL DE L'ASSURANCE MALADIE ET DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS:

Nous proposons que soit cumulées les garanties Maladie et Individuelle Accidents dans un même contrat. Cela est déjà fait par certaines Compagnies y compris l'A.A.A, mais sur la demande des proposant groupe. L'action doit être automatique. La prime Individuelle Accidents est très faible compte tenu des activités peu dangereuses des citoyens. Elle ne gonfle que lorsqu'on y ajoute la prime de la garantie frais médicaux en cas d'accident, qui en faite est déjà couverte par le contrat Maladie. Prenons un agent de banque qui prend un contrat Maladie système Tiers-Payant Police Globale 80%. Il est chef d'une famille de trois personnes. Il prend ensuite un contrat I.A garantissant le versement d'un capital d'un million à sa famille et un capital d'un million à lui même en cas d'invalidité. Voilà comment se présentent les deux contrats :

Maladie (lecture tarif)	Prime Annuelle 303.480 FCFA
Individuelle Accident(sans frais médicaux)	Prime Annuelle <u>7.786 FCFA</u>
	311.266 FCFA

Si on lui donne gratuitement l'assurance I.A cela fera une réduction de 2,50% sur la Prime Totale et 2,55% sur la Prime Maladie.

1 - Avantages de ce cumul :

- Innovation et arguments de vente surtout dans la conquête des contrats groupe
- On peut au niveau de la Compagnie retirer 2,55% et procéder à la constitution des provisions pour risques en cours, pour l'Individuel Accident :

2 - Inconvénients

Aucun, l'aggravation de risque évoquée par certains techniciens que nous avons consulté ne tient pas car la possibilité de prélèvement de la prime référant à l'Individuelle Accidents ne pose aucun problème. C'est pour cela que nous avons évalué la prime I.A avec coût de police et taxes.

Par ailleurs, on a très vite consenti une réduction de la prime d'assurance Maladie jusqu'à 50% dans certains cas. Nous pensons que 2,55% de réduction est tout à fait intéressant vu la force commerciale que cela peut avoir.

B - PROPOSITION DE CERTAINES GARANTIES

1- La pratique du marché français

En matière de souscription Maladie, les couvertures données dans un contrat Maladie Groupe sur le marché Français sont les suivantes :

- | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1- Consultation | 2- Hospitalisation | 3 - Optique |
| 4- Dentaire | 5 - Invalidité | 6- Incapacité |
| 7- Décès (un capital décès se référant à l'I.A). | | |

Les trois dernières garanties sont assimilables à l'I.A que nous voulons associer à l'assurance Maladie. C'est donc un cumul déjà pratiqué pour les contrats groupe, nous le conseillons aussi pour les contrats Individuels. Sur le

marché des produits réside dans l'atomicité des garanties. Toutes ses garanties peuvent être vendues individuellement.

2 - Les garanties complémentaires,

a) à l'Individuelle - Accidents(I.A)

- La garantie perte de profession ;

Un capital invalidité est versé si l'accident rend l'assuré incapable d'exercer sa profession de manière absolue et définitive. Même si le taux cette invalidité selon le CODE CIMA est de 40%. Exemple amputation de la main gauche d'un chauffeur de taxi.

C'est une clause qui est insérée au contrat I.A moyennant surprime.

- La garantie Maladie redoutée;

Si au cours du contrat, l'assuré est atteint d'une maladie redoutée (cancer, SIDA etc.) rentrant dans une liste préétablie cette garantie donne lieu au versement anticipé du capital décès.

C'est une clause qui peut être insérée au contrat I.A moyennant surprime.

Plusieurs autres formes d'assurances I.A peuvent être vendues avec une bonne promotion :

- L'individuelle Vie privée et Professionnelle;

Elle couvre soit l'assuré, soit en plus sa famille en cas d'accident.

- L'individuelle Sportive

Elle peut être souscrite soit collectivement par une équipe de sport, soit par un sportif individuellement. On peut lui associer une Responsabilité Civile liée à la pratique du sport.

- L'individuelle Voyage ;

Elle est souscrite dans les gares et aéroports. Les montants et étendue de garantie restent à l'appréciation des contractants.

- L'individuelle Enfant;

Elle couvre les enfants du souscripteur dans leur déplacement quotidien.

b) L'assurance des séropositifs

L'assurance des séropositifs peut être étudié et vendu. Cette forme d'assurance est largement pratiquée en Europe et surtout en France.

Cette stratégie de prolifération des produits est une stratégie adaptée à la souscription de masse. On est pratiquement sûre que chaque citoyen y trouvera son goût. Mais, en tout état de cause, un agrément Vie sera une providence pour parfaire la gamme des produits.

SECTION III : LES FORMES DE SOUSCRIPTION ET LEUR IMPACT SUR UNE DISTRIBUTION DE MASSE.

Un équilibre doit pouvoir être établi entre les souscriptions groupe et les souscriptions de type individuel.

L'A.A.A, dans sa politique de distribution devra éviter de déséquilibrer son portefeuille Maladie. En effet un portefeuille déséquilibré est¹ portefeuille constitué à 80% par deux ou trois grosses entreprises.

I - LA SOUSCRIPTION INDIVIDUELLE.

A notre avis la souscription individuelle mais massive est beaucoup plus équilibrée. Un groupe de mille assurés individuels est plus rigide à la résiliation. La prime est plus importante car le tarif est pleinement appliqué (le coût de police est multiplié par autant de souscripteurs). De plus, la sélection du risque est une réalité.

Le seul inconvénient c'est la difficulté de réalisation des contrats. Cette difficulté sera contournée par une bonne force de vente.

II - LA SOUSCRIPTION GROUPE.

On a l'impression de confondre beaucoup de choses en assurance Maladie. On croit que la souscription groupe est la meilleure. Cela est vrai dans certaines conditions.

En effet, la souscription groupe permet de vite réaliser une mutualité et donc une masse plus importante de prime. Mais à vrai dire les résultats négatifs de la branche sont dus à l'accent très porté sur cette forme de souscription :

- *l'antisélection de risques,*
- *une prime faible avec la prise en charge de famille trop large.*

EXEMPLE :

Pour un groupe de 100 personnes, chaque famille de huit personnes payera 304.360 FCFA /An. Au total 30.456.000 FCA pour couvrir une population de 800 personnes en S.T.P. globale 80%. Cela fait environ une prime annuelle par personne de 3 800 FCFA.

En souscription individuelle une famille de 8 personnes paiera 497.280 FCFA pour la même couverture soit près de 200 000 FCFA de prime en plus par famille.

- *Le chantage véreux des décideurs qui aboutit souvent à la résiliation en bloque.*

C'est là un risque énorme de la souscription groupe qui entraîne des pertes techniques.

C'est pourquoi, nous souhaitons que l'accent soit mis sur la souscription individuelle. Et si on prône les souscriptions Groupe, veiller à ce qu'aucun groupe, aussi important qu'il soit ne constitue pas plus de 15% du portefeuille.

Cependant, dans un cas ou dans l'autre, une action doit être menée pour toujours tenter de faire jouer l'effet d'appel des autres risques du souscripteur. La prospection doit aussi tenir compte des risques entretenus c'est-à-dire des groupes ayant déjà bénéficié d'une assurance Maladie. La notion de " Risques entretenus " tient au fait que ces risques ont déjà bénéficié de soins couverts et supportés par une Compagnie

concurrente. Ils deviennent de ce fait plus résistants aux infections malades. Ils ne souffrent plus de l'effet psychologique d'être assurés. Ils sont techniquement rentables.

Tenez l'exemple du groupe C.R.O (Centre de Recherche Océanographique) :

Prime : 9.000.000 FCFA

Sinistre : 500 000 FCFA en 8 mois de validité du contrat, $S/P = 0,0056 = 5,6\%$.

En tout état de cause, une stratégie de distribution compétitive ne peut être porteuse que lorsqu'elle est soutenue en aval par une stratégie de gestion et de contrôle incorporée.

SECTION IV : L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE DE GESTION ET DE CONTRÔLE INCORPORÉE.

L'assurance Santé est qualifiée de gestion du patrimoine Santé d'une structure donnée. Cette qualification est fondée sur le principe de la clause d'ajustement de la prime. Or nous avons montré la difficulté d'application de cette clause. La suite est que l'assureur prend énormément de risques.

Ainsi, pour réduire cette exposition, compte tenu la forte sinistralité et de la fraude, la réflexion suivante doit être prise en considération. Elle implique Production, Sinistre et Contrôle.

I - LA PRODUCTION ET LA GESTION DU RESEAU DE DISTRIBUTION.

A - LA PRODUCTION

Le service de production, à la suite de la distribution de masse, doit disposer d'une dynamique interne impliquant les éléments suivants :

- 1) La prise en compte effective des déclarations du proposant en vue de satisfaire à l'obligation de sélection.
- 2) L'établissement rapide des contrats et autres accessoires nécessaires à la consommation de l'assurance, plus précisément les cartes et livrets d'assuré social.
- 3) La création d'un partenariat fort avec le réseau de distribution en matière d'assurance de personne.
- 4) La recherche de l'équilibre du portefeuille. Cet équilibre ne peut être réalisé qu'avec un certain nombre d'action:
 - La formation et l'information des assurés surtout dans les groupes - entreprise.
 - L'entretien du partenariat avec les prestataires des services sanitaires.

Il s'agit, en dehors de tout sinistre, de procéder à des visites dans ces organismes. Des visites d'entretien qui peuvent aboutir à la création d'un réseau de soins 3A.

B - LA GESTION DES RESEAUX.

Les réseaux de production doivent être impliqués dans les affaires de la Compagnie. Cette implication basée sur des moyens d'incitation à la production (forte commission ou concours) doit aboutir à l'équilibre des souscriptions et une entrée massive d'affaires nouvelles. Ceci est vrai pour les branches exploitées par la Compagnie et qui utilise le réseau. Le réseau est le prolongement de la société.

II - LE SERVICE SINISTRE.

Il doit nécessairement être séparé de la production. C'est le nerf de soutien d'une branche Maladie. C'est en effet le lieu de toute susceptibilité : Fraude et Résiliation pour insatisfaction.

C'est le service Maladie lui même. Il doit pour jouer un rôle parfaitement rentable, être organisé et inclure une rapidité dans le désintéressement des sinistres et des Tiers-Payeurs. Pour ce faire il faut :

- 1) Une main-d'oeuvre qualifiée, concentrée et vigilante.
- 2) Une structure de règlement rapide des assurés et surtout des formations sanitaires agissant en Tiers-payant.

Un praticien ou une officine non réglé à temps, perd confiance et rejette les assurés de la Compagnie en question.

L'A.A.A, pour garder son image de marque, doit faire la différence en assurant un règlement prompt. C'est une action commerciale tant auprès des assurés que les Tiers-Payant.

- 3) Une évaluation trimestrielle des ratios, significatifs tel que C.A, S/P ... l'application de la clause d'ajustement doit se faire dans un élan de négociation.

La maîtrise des coûts peut transiter par l'organisation de concours - récompense entre les assurés.

III - LE CONTRÔLE

Selon les statistiques du marché, la fraude représente près de 40% des charges globales de sinistre. Elle a coûté près de 100.000.000 FCFA de perte à l'UNION AFRICAINE pour l'année 1994. Elle a coûté un déséquilibre grave à la MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES. On peut donc lui imputer le déficit enregistré dans la

branche Maladie. Y remédier pourrait à notre avis être salubre pour la jeune branche Maladie 3A.

Pour ce faire il faut un contrôle à double vitesse :

Un contrôle en amont dans la mise au point de carte ou livret réduisant au minimum les possibilités de tricherie.

Un contrôle en aval prenant en compte la visite par le médecin conseil de tous les malades hospitalisés. Cette visite permettrait la réduction du nombre de jours d'hospitalisation que les cliniques ont tendance à augmenter.

Cette deuxième vitesse touche l'évaluation des frais en remboursement et les facturations des Tiers-Payant. Elle doit être systématique, et pour les grosses factures induire l'intervention du médecin conseil.

Cette deuxième vitesse de contrôle, pour être efficace, nécessite l'aménagement d'un bureau pour le médecin conseil dans les locaux de la compagnie.

CONCLUSION GENERALE

L'Assurance Maladie est aujourd'hui une réalité incontournable. Elle est pratiquée de par le monde et génère d'une part le bien être sanitaire pour les populations et d'autre part des primes importantes pour les assureurs.

Cependant, conformément au système français, les structures sanitaires africaines ont besoin de se doter d'un régime obligatoire de soins de santé. Ce régime doit en principe servir de base à l'assureur privé de ce risque. Nous pensons qu'en agissant en régime complémentaire et en prenant en compte les différentes propositions formulées dans ce rapport, l'assureur maladie africain devrait avoir les moyens de sa politique. L'assainissement du marché et la rentabilisation de la branche par la réduction du coût de la santé sont à ce prix.

Cela nous amène, au terme de cette étude à poser la problématique de l'instauration de la sécurité sociale dans le mode de vie des citoyens des quatorze Etats de la conférence. Une sécurité sociale qui prend véritablement en compte la maladie.

Nous souhaitons vivement la naissance de ce régime.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CAPA Octobre 1982 - COM - N° 153 : La Distribution de l'Assurance aux Pays - Bas
- 2 - CAPA Juin 1985 - COM - N°165 : La Distribution de l'Assurance aux Etats - Unis (III)
- 3 - Cours I.I.A 1995 : Les Assurances de Personnes
- 4 - Cours I.I.A 1995 : Gestion Commerciale
- 5 - Cours I.I.A 1996 : Marketing de l'Assurance Vie
- 6 - Cours I.I.A 1995 : Risques - Divers

ABREVIATION

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------|
| 1 - ALLIANCE AFRICAINE D'ASSURANCES | : A.A.A ; 3 A ; Alliance |
| 2 - ASSURANCE MALADIE | : A.M |
| 3 - INDIVIDUELLE ACCIDENTS | : I.A |
| 4 - Assurance Maladie SYSTEME TIERS - PAYANT | : S.T.P |
| 5 - Assurance Maladie PROTECTION SOCIALE | : P.S |

ANNEXE 1 bis : PROPOSITION D'UN ORGANIGRAMME DE MASSE PAR SERVICE

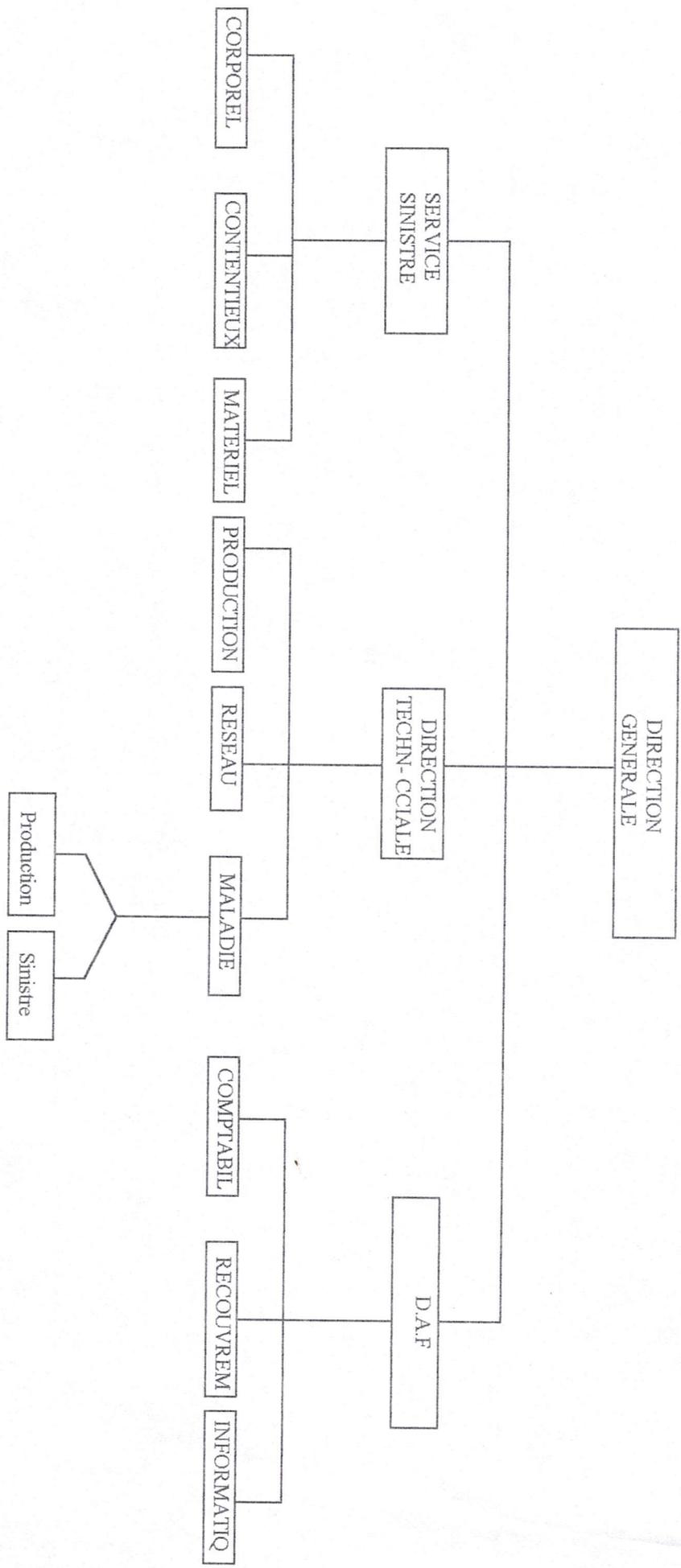


ILLUSTRATION D'UNE FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE

Prenons un assuré S.T.P police globale 80% qui est hospitalisé, frais d'hospitalisation 500.000 FCFA.

Normalement l'assuré doit supporter et s'acquitter du ticket modérateur de $20\% * 500.000 = 100.000$ FCFA.

Mais il évite cette charge en complicité avec la clinique qui surtarifie les soins de santé de sorte qu'en appliquant les 80% à la charge de l'assureur, il retombe sur la totalité des frais:

Dans le cas d'espèce	500.000	
	-----	= 625.000 FCFA
	80%	

A la fin, la clinique dépose devant l'assureur une facture globale de 625.000 FCFA dont 80% soit 500.000 FCFA à la charge de l'assureur. Ce qui représente la totalité des frais réellement exposés.