

24

**INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES**

B.P. 1575

Yaoundé

**L'ASSURANCE MALADIE:  
DE LA SOUSCRIPTION AU  
REGLEMENT DES SINISTRES**

Mémoire de fin d'étude présenté par :

**MAMADOU THIERO**

En vue de l'obtention du

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES DES ASSURANCES**

Sous la Direction de: **Mr Jean N'GOUNA**  
Chef de Service Commercial C. C. A. R. Yaoundé

Promotion 1986 - 1988

**INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES**

B. P. 1575

Yaoundé

**L'ASSURANCE MALADIE:  
DE LA SOUSCRIPTION AU  
REGLEMENT DES SINISTRES**

Mémoire de fin d'étude présenté par :

**MAMADOU THIERO**

En vue de l'obtention du

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES DES ASSURANCES**

Sous la Direction de: **Mr Jean N'GOUNA**

Chef de Service Commercial C. C. A. R. Yaoundé

Promotion 1986 - 1988

## S O M M A I R E

INTRODUCTION ..... 1 et 2

### PREMIERE PARTIE : LA SOUSCRIPTION

INTRODUCTION ..... 3

CHAPITRE 1 : LA POLICE MALADIE ..... 4

SECTION 1 : LA PRESENTATION ..... 4

A - LES COMPOSANTES ..... 4

B - LES DIFFERENTS ARTICLES ..... 5

SECTION 2 : LE CONTENU ..... 6

A - OBJET ET ETENDUE ..... 6

B - LES GARANTIES ET LES EXCLUSIONS .. 6

C - LES DIFFERENTES OBLIGATIONS ..... 7

D - LES CONVENTIONS SPECIALES ..... 8

CHAPITRE II : LA TARIFICATION ..... 9

SECTION 1 : LES ELEMENTS DU TARIF .... 9

A - ELEMENTS OBJECTIFS ..... 9

B - ELEMENTS SUBJECTIFS ..... 9

SECTION 2 : LE CALCUL DE LA PRIME .... 9

A - CAS D'UNE INDIVIDUELLE MALADIE ... 9

B - CAS D'UNE MALADIE GROUPE ..... 10

SECTION 3 : LES CLAUSES ..... 10

## R E M E R C I E M E N T S

Dans la réussite de ce travail, il est des personnes à qui nous ne pouvons oublier d'adresser nos remerciements tant elles ont participé de près ou de loin, à son heureux aboutissement.

Il s'agit entre autres :

- De la Caisse Nationale d'Assurance et de Réassurance du Mali, notre Employeur pour m'avoir permis de me former à l'Institut International des Assurances (I.I.A) de Yaoundé;

- De la Direction et de tous les professeurs de l'I.I.A pour l'encadrement et la formation combien appréciables que j'ai reçus pendant mon séjour;

- De Monsieur Jean N'GOUNA, notre Directeur de mémoire pour sa disponibilité et, tout le concours qu'il a bien voulu nous apporter;

- De tous mes amis et ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce mémoire;

- De ma très chère épouse KADIATOU DIALLO et, à nos deux filles ANTA et BATOMA pour les sacrifices consentis pour m'attendre pendant les deux années de mon absence;

- Sans oublier la charmante secrétaire, sans qui notre mémoire n'aurait été qu'un manuscrit brouillon.

\*

\*

\*

## INTRODUCTION

Déclarer aujourd'hui que la santé est éminemment importante pour chaque individu, c'est déclarer une évidence connue sous toutes les latitudes.

Déclarer également que les hommes consacrent des moyens financiers importants aujourd'hui, pour le maintien de leur bonne santé, c'est affirmer une réalité désormais observable sur tous les continents, même les plus démunis.

Cependant, la prise en charge des frais par les individus eux-mêmes pose et continue à poser des problèmes sérieux, tant elle demeure toujours limitée, surtout en Afrique où la faiblesse des revenus des ménages constitue un sérieux handicap.

Au niveau de l'Etat en Afrique, des moyens importants sont malgré tout consentis dans la mise en place des infrastructures sanitaires et, les équipements y relatifs. L'Etat déploie un effort considérable pour l'amélioration de la santé de ses citoyens : création des hôpitaux publics, des dispensaires et centres de santé développés sans oublier la Sécurité sociale qui prend la dénomination d'une Caisse et les remèdes non frappés de taxes.

Chaque Etat souhaite généralement offrir à ses citoyens un paradis social, dans tous les cas, des conditions de vie telles que les soins de santé seraient entièrement pris en charge par l'Etat ou un organisme désigné à cet effet. Mais il se trouve que l'importance croissante des charges de santé conduirait fatalement un Etat qui prendrait une telle option, à une sorte de suicide financier, parce que le niveau de prélèvement sous forme d'impôt, de cotisation ou de prime d'assurance, deviendrait tout simplement insupportable pour les agents économiques.

On observe que plus un pays est riche économiquement, plus ses dépenses de santé sont élevées, à contrario les pays économiquement faibles se caractérisent par une faible participation publique aux dépenses de santé.

Le niveau de consommation médicale d'un pays reste toutefois indépendant du degré de prise en charge collective. Les U.S.A. par exemple, n'ont pas de système de protection sociale généralisé, alors que la Suède dispose d'un régime très socialisé. La différence entre les deux régimes est que aux U.S.A., chaque citoyen prend en charge ses frais de santé, alors que en Suède, c'est l'Etat qui s'occupe des problèmes de santé de tout un chacun.

S'il est vrai que le développement d'un pays se fait par les hommes et, que les pays économiquement faibles se caractérisent par leur faible participation publique aux dépenses de santé. Nous serons tous d'accord à conclure qu'il y a un vide à combler.

Dans les pays africains, au regard de la faiblesse du pouvoir d'achat, on pense que chaque famille consacre à peu près 20 % de ses revenus aux frais de soins de santé, principalement au près de la médecine moderne. Ces frais deviennent d'ailleurs importants, si nous y ajoutons les dépenses des soins provenant de la médecine traditionnelle ou médecine par les plantes. En Afrique en effet, on observe que cette médecine malgré la forte présence de la médecine moderne à tendance parfois à prendre le dessus. C'est ici que l'assureur trouve sa place et, c'est ce qui nous a amené à nous pencher sur l'assurance maladie.

Aussi dans les lignes qui suivent, nous tenterons de répondre à bon nombre de questions :

- Comment se présente un contrat d'assurance maladie?
- Sa conception est-elle toujours claire aux yeux du profane?
- Y a-t-il des blocages, à quels niveaux?
- Comment prévoir l'avenir?

Nous évoquerons, chemin faisant le problème posé en assurance maladie en Afrique par la médecine traditionnelle. Les assureurs doivent-ils désormais tenir compte de leurs présentation ou les exclure purement et simplement?

Ainsi, nous pensons que nous rendrons moins creux le slogan de l'O.M.S. " SANTE POUR TOUS EN L'AN 2 000 ".

P R E M I E R E P A R T I E

L A S O U S C R I P T I O N

" I L N ' Y A D E R I C H E S S E Q U E D ' H O M M E S "

( J e a n B O D I N P h i l o s o p h e f r a n ç a i s )

Permettez nous avant de parler de la police maladie, de définir deux notions qui constituent le point de départ de ce contrat; il s'agit de la notion de maladie et notion d'accident.

La maladie d'une manière générale, est toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Ainsi, une maladie ne saurait être un accident et vice versa. Mais signalons qu'il existe des cas de maladie accident.

Alors, qu'est ce qu'une police maladie? C'est un contrat entre deux personnes : l'assuré et l'assureur, ou l'assuré s'oblige dans les normes du contrat, ou à rembourser à l'assuré tous les frais exposés de suite d'une maladie dont l'assuré est victime.

Nous avons deux types de contrat :

- Le contrat individuel, qui permet d'assurer un individu avec ou sans sa famille ;
- Le contrat groupe, qui concerne les membres d'une entité (une entreprise, une association, un club, etc.).

\*

\*

\*

CHAPITRE I : LA POLICE MALADIE

SECTION I : LA PRESENTATION

A) LES COMPOSANTES : DANS UNE POLICE MALADIE

Nous avons trois documents :

1) LES CONDITIONS GENERALES

Comme son nom l'indique, expliquent le risque dans son intégralité, du point de vue le plus large. C'est le document de base de toute police.

2) LES CONDITIONS PARTICULIERES :

C'est dans ce document que le risque est cerné, en fonction de l'assuré on taille le contrat à sa mesure. En cas de différend entre l'assuré et l'assureur, on se réfère aux conditions particulières. C'est dans ce document qu'on a toutes les informations sur l'assuré. Au bas de la page, l'assuré appose sa signature montrant qu'il est d'accord avec ce qui est écrit.

3) LES DISPOSITIONS SPECIALES OU CONVENTIONS SPECIALES

Ce sont des annexes au contrat qui apportent des suppressions ou Ajouts.

En plus de ces trois documents, nous avons également deux autres composantes qui sont : le questionnaire et les avenants.

LE QUESTIONNAIRE : Il peut être rempli, soit par le médecin conseil de la société, soit par l'assuré lui-même, là on tiendra compte de sa bonne foi, selon la Compagnie d'assurance qui a la liberté de choisir sa façon de remplir. Nous avons toutes les informations sur le principal assuré et sa famille. Des renseignements tels que : le nom et le prénom, la date de naissance, la date demandée pour l'adhésion à cette assurance.

En plus de cela, l'assuré est amené à répondre à certaines questions concernant sa santé et, il doit répondre par un oui ou un non. Certaines Compagnies sont amenées à citer le nom de certaines maladies (bronchite, hépatite, ulcère, cancer, etc.) alors que d'autres demandent, si l'assuré ne souffre pas de maladie sur telle ou telle partie du corps humain. Enfin, ce document sert de base aux règlements des sinistres. Aucune question ne doit être laissée sans réponse.

L'AVENANT : C'est lorsqu'il y a notification au contrat qu'on remplit ce document. Par exemple, au cours du contrat l'assuré a un enfant qu'il veut assurer; l'assureur rédige un avenant pour inclure cet enfant dans la police. L'assuré payera une prime complémentaire. Tout comme les conditions générales, l'avenant est signé par l'assureur et l'assuré

#### B) LES DIFFERENTS ARTICLES

De manière générale, on trouve des articles sur base du contrat. On entend par personnes assurés les personnes désignées dans les conditions générales sous rubrique "personnes garanties".

L'assurance maladie est souscrite pour un an et, se renouvellera d'années en année par tacite reconduction, sauf dénonciation de l'une des parties. Comme tout contrat après résiliation par l'une des parties, la société cessera toutes prestations.

En général, la prime est payable d'avance et elle est annuelle. D'un commun accord entre l'assureur et l'assuré, la prime peut être fractionnée.

La prescription est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

## SECTION 2 : LE CONTENU

Dans cette partie nous trouverons la classification suivante : objet et étendue, les garanties, les exclusions, les obligations de l'assuré et de l'assureur, enfin les conditions spéciales.

### A) OBJET ET ETENDUE

Le présent contrat a pour objet d'assurer les garanties souscrites par le contractant en faveur des personnes à assurer définies aux conditions particulières.

La garantie est valable dans le pays de souscription, mais elle peut être étendue à d'autres pays. Cela est laissé à l'appréciation de chaque Compagnie.

### B) LES GARANTIES ET LES EXCLUSIONS

LES GARANTIES : Dans cette rubrique, l'assureur fait ressortir lisiblement les prestations qui donnent droit au remboursement. Ces prestations peuvent varier selon les Compagnies mais les remboursements portent généralement sur :

- Consultation ou visite du médecin ;
- Analyses et travaux de laboratoire exécutés par un laboratoire agréé (sur ordonnance médicale) ;
- Séjours en clinique ou à l'hôpital prescrits par ordonnance médicale en vue d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement justifié par un accident ou une maladie caractérisée;
- Acte chirurgical ;
- Séjour dans un sanatorium ou prévention sur accord du médecin-assureur.

LES EXCLUSIONS : L'assureur met des garde-fous par l'exclusion de certaines garanties. En dehors des exclusions classiques rencontrées dans tous les contrats d'assurance, il y en a qui peuvent être imposées par l'assureur pour sauvegarder les résultats de la branche. Les exclusions sont les suivantes :

- Les maladies et accidents résultants de l'usage de l'alcool et des stupéfiants ;
- Les frais engagés pour tous traitements, médicaments, appareils, hospitalisation, s'ils sont prescrits ou dépensés par des médecins, chirurgiens, auxiliaires médicaux non titulaires du diplôme nécessaire ou par, des rebouteux et guérisseurs.

Nous avons trois exclusions facultatives : les frais de prothèses dentaires, les frais d'optique médicale, monture et les frais de transport (aller et retour).

### C) LES DIFFERENTES OBLIGATIONS

Le contrat d'assurance est un contrat synallagmatique, c'est-à-dire qui crée des obligations pour les deux parties :

L'ASSURE : - Déclarer aux assureurs tout accident ou maladie au plus tard dans les 30 jours, à compter de la survenance ou de la première constatation médicale ;

- Transmettre aux assureurs dans les 30 jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement à la fin du troisième mois, dans le cas d'un traitement de longue durée, toutes pièces justificatives des frais détaillés exposés ;

- Répondre à toute demande concernant la maladie et préciser notamment l'époque à laquelle a eu lieu la première constatation médicale ;

- Accepter, si les assureurs jugent nécessairement de se soumettre à l'examen d'un médecin désigné par eux ;

- Payer la prime.

L'ASSUREUR : Il a l'obligation de payer l'indemnité à l'assuré dès que le dossier est complet. Généralement, on parle d'un délai de quinze (15) jours dans la plupart des Compagnies.

#### D) LES CONVENTIONS SPECIALES

L'assureur moyennant surprime, peut garantir certaines prestations, ceci est fait par conventions spéciales. Il peut s'agir de :

- Evacuation sanitaire, cette garantie jouera que si le niveau de la technique de la médecine dans le pays ne permet pas d'effectuer un traitement. Cette garantie ne devra jouer qu'après accord préalable de l'assureur, lequel accord sera subordonné à l'avis favorable du médecin conseil ;

- Soins à l'étranger en dehors du territoire où la garantie est acquise. Il faut tenir compte de la qualité du soin et du coût ;

- Certaines exclusions rachetables : les soins dentaires. Cette garantie peut prévoir une autre, le remboursement des prothèses. La lunetterie, il faut distinguer la monture des verres ;

- Rapatriement du corps et frais funéraires.

\*

\*       \*

## CHAPITRE II : LA TARIFICATION

### SECTION 1 : LES ELEMENTS DU TARIF

#### A) ELEMENTS OBJECTIFS

L'assureur doit fixer la prime à un montant acceptable et explicable, les éléments les plus en vue sont :

- L'âge de l'assuré;
- L'étendue territoriale de la garantie;
- Le plafond de certaines garanties;
- Le pointage de remboursement.

#### B) ELEMENTS SUBJECTIFS

Le tarif doit tenir compte du nouveau développement des soins dans le pays, du taux de couverture et, de la qualité de la clientèle dans le portefeuille. Globalement, ce facteur s'obtient par la statistique, si on a une population suffisante pour faire une étude. Les prix peuvent être, soit forfaitaire, soit fonction du coefficient du remboursement attaché à l'acte médical.

### SECTION 2 : LE CALCUL DE LA PRIME

#### A) CAS D'UNE INDIVIDUELLE MALADIE

Dans une police individuelle maladie, la prime est calculée selon la méthode forfaitaire. Cette méthode consiste à calculer la prime par individu selon qu'il soit homme ou femme. Le sexe ne compte pas. Par exemple, si un chef de famille veut assurer sa famille, il s'agit toujours d'une simple lecture soit sur un tableau à double entrée, soit sur une ligne, on dégagera la prime pour lui et sa femme d'un côté et, de l'autre côté la prime pour chaque enfant. L'ensemble de ses primes donnera la prime à payer pour sa police maladie.

B) CAS D'UNE MALADIE GROUPE

La méthode varie selon chaque Compagnie. La prime tient compte en général de l'importance du groupe. Elle peut se faire par groupe salarial. On peut aussi tenir compte de la masse salariale

SECTION 3 : LES CLAUSES

Nous allons vous parler d'une clause dont l'assureur doit attirer l'attention de tous les assurés en police maladie. Elle s'appelle la clause d'Ajustement, qui est prévue dans les conditions générales et particulières. Elle est appliquée en fin d'exercice, lorsque les résultats techniques sont déficitaires.

Chaque année et, au renouvellement il sera procédé au calcul des résultats techniques de la police pour l'exercice annuel précédent, afin de déterminer le rapport Sinistre/Prime.

Par prime, il faut entendre le montant total des primes nettes, des frais et impôts acquis au titre de l'exercice.

Par sinistre, il faut entendre le montant total des indemnités payées ou réglées, ou à régler aux assurés.

En fonction des résultats techniques, si le rapport Sinistre/Prime dépasse un certain pourcentage, il sera procédé automatiquement à un réajustement de la prime. A titre d'exemple, voici un barème :

<u>Rapport Sinistre/Prime</u>	<u>% d'ajustement</u>
80 à 100 %	majoration de 15 %
101 à 115 %	majoration de 30 %
116 à 130 %	majoration de 50 %
131 à 150 %	majoration de 60 %
Plus de 150 %	majoration de 75 %.

Dans cette éventualité, le souscripteur aura la possibilité de faire connaître son refus au moyen d'une lettre recommandée, un mois au maximum après avoir été avisé de la nouvelle prime. Ce refus entraînera de plein droit la résiliation de la police.

\*

\*

\*

DEUXIEME PARTIE

LE REGLEMENT EN ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I : LES MODALITES EN CAS DE SURVENANCE  
D'UN SINISTRE

SECTION 1 : LES REGLES CLASSIQUES

A) DECLARATION DE SINISTRE

En cas de maladie ou d'accident, l'assuré doit déclarer le sinistre dans les 30 jours, à compter de la survenance ou de la première constatation médicale. Ceci se fait par le remplissage d'une fiche maladie où doit être précisé certains renseignements qui sont :

- Le nom du souscripteur du contrat et le numéro de la police;
- Le nom et prénom du malade, la nature de la maladie ou la nature de l'accident;
- Le numéro d'adhésion, la date du début de la maladie ou la date de l'accident;
- Dans une lettre explicative, l'assuré doit indiquer les circonstances de l'accident, le nom des témoins ou des responsables;
- Le nom et l'adresse du médecin traitant (ou d'un spécialiste). Il doit bien entendu apposer sa signature et son cachet sur la fiche maladie;
- L'assuré après la déclaration doit écrire la date de la déclaration et signer également la fiche maladie;
- Joindre toutes les pièces justificatives originales y compris les prescriptions, factures et reçus;
- Une partie de la fiche maladie est réservée à la date des actes, le code des actes, l'ordonnance ou facture, signature et cachet, bien entendu le montant perçu pour être remboursé.

B) L'OUVERTURE DU DOSSIER

Après le remplissage de la fiche maladie, l'assuré commencera son travail qui consistera au contrôle des garanties.

La prise d'effet, délai de carence et durée du contrat, afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés avant souscription, l'assureur prévoit dans le contrat un délai d'attente ou de carence, ou délai de stage. Le délai court à partir de l'effet du contrat jusqu'à une certaine période. A titre d'exemple :

- Quize (15) jours pour les maladies d'incubation courte variolo, choléra, etc.;

- Trois (3) mois pour toute autre maladie. Ce délai est porté à neuf (9) mois, en cas de rhumatisme, névralgie chronique, maladie chronique du nez;

- Onze (11) mois pour toute intervention chirurgicale ainsi que toutes tuberculoses, maladies chroniques du cœur et des vaisseaux, maladies des organes génitaux féminins, déformation osseuse et articulaire, tumeur de toute nature;

- L'assureur doit se rendre compte que le malade est dans le territoire de souscription;

- L'assureur doit également vérifier, si la maladie dont souffre son assuré est parmi les maladies couvertes par sa police.

Après toutes ces vérifications, l'assureur passe à la phase d'indemnisation.

## SECTION 2 : LE PROCESSUS D'INDEMNISATION

### A) L'INSTRUCTION DU DOSSIER

Après la déclaration du sinistre faite par l'assuré et l'ouverture du dossier, le rôle de l'assureur consistera de procéder à l'instruction du dossier sinistre. C'est une phase décisive pour l'assureur parce qu'il doit faire beaucoup attention pour ne pas payer n'importe quel sinistre.

L'assureur doit examiner les ordonnances, confronter la liste des produits et maladie, la date de la maladie pour ne pas tomber dans le cas de ce qu'on appelle "maladie volontaire". Il vérifie les différentes pièces fournies par l'assuré (notes d'honoraires du médecin, chirurgien, frais de pharmacie, les ordonnances, etc.). Le problème se situe au niveau des ordonnances prescrites par le médecin parce que l'assureur maladie ne rembourse pas tous les médicaments. En matière de pharmacie, ne sont pas remboursés les produits d'hygiène (solubadère, mercryl, etc.) ou alimentaires (eaux minérales, vins), les produits diététiques, les produits de confiserie médicamenteuse (pastille, valda), les accessoires à usage médicale (thermomètre). En plus ne sont généralement pas remboursés : l'aspro, l'aspirine, la nivaquine, les produits similaires ou dérivés.

L'assureur après avoir vérifié la liste des médicaments retient uniquement ceux qui peuvent être remboursés. Bien sûr, il doit tenir compte des exclusions, du pourcentage de remboursement, du plafond avant de procéder au remboursement.

## B) LE REGLEMENT

La dernière phase avant le règlement est la constatation médicale. Il est à noter que les médecins, agents et délégués de l'assureur auront libre accès auprès de l'assuré, pour vérifier son état. Dans le cas où les deux parties ne sont pas d'accord sur l'état de santé de l'assuré, chacune des deux parties choisira un médecin. A ces deux médecins s'en adjoindront un troisième et, la décision de cette commission sera obligatoire pour les parties. A défaut de désignation amiable, le choix de ce médecin sera fait à la requête de la partie la plus diligente par le Président du tribunal du domicile de l'assuré. Les honoraires payés au tiers arbitre seront supportés moitié par l'assureur, moitié par l'assuré.

Parlons un peu des pièces qui seront conservées par l'assureur, pour la garantie. Elles doivent être datées et signées du spécialiste et, rappeler le nom de la personne soignée, ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident.

- Répondre à toute demande concernant la maladie et préciser notamment l'époque à laquelle a eu lieu la première constatation médicale.

- Se soumettre à l'examen d'un médecin désigné par l'assureur pour une contre visite.

Les prestations à la charge de l'assureur seront payées dans la quinzaine de l'accord intervenu entre les parties. Pour chaque garantie, nous avons un plafond de remboursement par année d'assurance. Les montants de remboursement sont laissés à l'appréciation de chaque Compagnie d'assurance.

Il est à noter que l'assurance ne pouvant être une source de bénéfice, l'assuré ne pourra en aucun cas recevoir au titre du contrat maladie, une indemnité complémentaire qui aurait pour effet de porter le montant de ses prestations à une somme supérieure de celle de ses dépenses réelles.

\*

\*

\*

## CHAPITRE II : LES PROBLEMES ET SUGGETIONS

Nous avons dans les pages précédentes, fait une présentation, quoique pas très exhaustive de l'assurance maladie. Mais nous ne pouvons pas dire que tout baigne dans l'huile dans cette branche. Aussi allons nous évoquer quelques difficultés constatées et voir la possibilité de les contourner.

### A) LES PROBLEMES DE L'ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie a des problèmes au niveau de la souscription, comme au règlement. Malgré tous les avantages que nous avons présentés plus haut, l'assurance maladie est une branche encore très peu développée dans le portefeuille de la plupart des Compagnies en Afrique, notamment, celles des pays membres de la C.I.C.A.

Les difficultés de son développement sont quasiment les mêmes que celles que connaît la branche vie. Des facteurs réels, c'est-à-dire objectifs, tout comme des facteurs subjectifs constituent un véritable frein au développement de l'assurance maladie.

#### FACTEURS OBJECTIFS

Ce sont :

- L'existence dans tous les pays des Caisses de Prévoyance Sociale, établissements publics dont la vocation est de garantir aux assurés une couverture en cas d'accident de travail, de maternité, etc.

- Un manque d'information dû au fait que les Compagnies d'assurance ne font pas beaucoup de publicité autour de cette branche. En plus de cela nous savons qu'en Afrique la plupart de la population est analphabète. Or il est très difficile de vendre des contrats d'assurance dans nos langues nationales.

- L'existence dans certaines entreprises de conventions collectives garantissant aux travailleurs la prise en charge des soins de santé.

- On peut noter aujourd'hui comme frein, l'existence de tontines, ces organismes à caractère informel, dont le but est de collecter une partie de l'épargne à chaque membre aux fois de la lui restituer avec un certain délai, augmenté ou non des intérêts. Ces institutions, qui dans certains pays comme le Cameroun, ont pris une importance considérable, tendant de plus en plus à désorganiser le système bancaire.

- En fin la faiblesse des revenus en Afrique, les revenus de la population sont très faibles, ce qui est un handicap pour la vente de ce nouveau produit qu'est l'assurance maladie.

#### FACTEURS SUBJECTIFS

A côté de ces facteurs objectifs, on peut noter l'existence des facteurs subjectifs qui sont :

- Facteur sociologue : Les africains éprouvent toujours quelques réticences des thèmes liés à leur maladie à fortiori à leur mort, ou celle des membres de leur famille. La mort est donc un sujet tabou.

- Facteur religieux : Les sociétés africaines sont des sociétés où dominent plusieurs religions, toutes ont vocation à présenter la vie terrestre, comme étant un tremplin pour une vie autrement meilleure, c'est-à-dire la vie de l'au-delà. L'homme doit donc se soumettre à Dieu devant toutes les difficultés qu'il rencontre, qu'elles soient d'ordre matériel, psychologique ou simplement physique. L'homme ne doit pas se soucier de sa maladie, de sa mort, car tout ce qui arrive, relève du destin dont seul Dieu détient les clés.

- L'existence des marabouts ou féticheurs, qui soignent également en leur manière. Très souvent en Afrique, lorsque un individu tombe malade, on pense à un mauvais sort qui lui a été jeté.

Donc pour soigner une telle <sup>maladie</sup> les africains ne pensent qu'à la médecine par les plantes, puisque pour eux la médecine moderne ne peut pas guérir un malade.

-- La solidarité familiale en Afrique reste également un frein, car en Afrique, chaque membre de la famille ressent toujours comme devoir, l'aide à apporter à un parent en difficulté. La famille constitue donc en soi une espèce de sécurité sociale pour ses membres, même les plus imprévoyants.

## B) LES SUGGETIONS

Ces difficultés sont-elles à ce point irrédutibles? En dépit de ces goulots d'étranglement, l'assurance maladie peut connaître un développement pour plusieurs raisons parmi lesquelles : la crise économique qui frappe la plupart des pays semble avoir des effets bénéfiques sur le comportement d'épargne des ménages, dans notre pays et reveille de plus la rigueur dans la gestion des entreprises chez nombre de dirigeants.

Face à la crise, le souci d'épargne pour prévoir les coups durs du lendemain, est loin d'être la dernière préoccupation des ménages, même aujourd'hui en Afrique. Prendre donc un contrat d'assurance maladie pour sa famille, peut donc constituer l'une des nombreuses attitudes d'épargne, un reflexe dont les assureurs peuvent valablement tirer profit.

Dans les entreprises ayant des conventions collectives accordant de nombreuses avantages aux salariés pour les soins de santé, on constate dans la plupart des cas de nombreux abus entraînant une augmentation presque démesurée des frais généraux. L'assurance est aujourd'hui engagée comme l'une des solutions pour pallier cette dérive. En effet, géré par des professionnels de l'assurance, le budget santé des entreprises pourra être bien géré qu'il ne l'est aujourd'hui.

Les compagnies d'assurance doivent faire beaucoup de publicité autour de ce produits, pour sensibiliser au maximum la population. On sait que chaque famille dépense 20 % de son revenu pour les frais médicaux. En expliquant l'assurance maladie, nous sommes sûrs que les chefs de famille investiront ses 20 % pour souscrire une assurance maladie qui leur revient moins cher.

L'urbanisation, ainsi que l'industrialisation ont eu pour conséquence, ces dernières années, notamment dans les villes une sorte d'émiettement des solidarités d'antan. De fait, inconsciemment ou consciemment la solidarité de consommation a imposé à chaque citoyen africain des comportements, qui sont loin de légitimer les vertus de la solidarité familiale, naguère érigée en concept opératoire, en tout cas presque en religion pour tous et chacun.

L'assurance, à travers ses différents produits dont l'assurance maladie apparaît comme l'aménagement moderne de cette solidarité d'antan, une réponse appropriée aux mutations sociologiques que connaît la famille africaine aujourd'hui.

\*

\*

\*

C O N C L U S I O N

L'assurance sous<sup>sa</sup> forme classique ou privée est basée sur le système de répartition (ou de capitalisation en assurance vie). Grâce à la loi statistique des grands nombres, elle (assurance) permet de couvrir un certain nombre de risque homogène et de même nature avec l'idée sous-jacente, que les bons assurés payeront pour les mauvais. Telle est donc l'approche notamment en assurance dommage, mais qui est loin d'être la même en assurance maladie, objet de notre étude.

En assurance maladie, en effet l'assureur essaie en réalité de constituer un groupe plus ou moins homogène, et en faisant un écrêtement, il se rend généralement compte que le taux de sinistralité est pratiquement identique dans toutes les familles en portefeuille. L'effet répartiteur ne joue donc pas ici, l'assurance maladie étant en définitive un contrat de gestion. Dans ce contrat de gestion, l'assureur maladie reprend à son compte la consommation médicale d'un groupe, de même que l'enveloppe financière correspondante.

L'assureur maladie doit se faire payer le service qu'il rend, tout en tenant compte de l'absence de revenus financiers, dans ce type de contrat susceptible de compenser la gestion technique. En effet, dans la mesure où les débours s'étalent tout au long d'un exercice et, qu'en cas de déséquilibre du contrat, il peut y avoir une avance de fonds importante, l'assureur maladie a plutôt du mal à tirer de produits financiers.

Quel serait alors l'intérêt pour l'assureur de développer un portefeuille maladie à la lumière de ce que nous venons de voir, tant pour l'assureur qui ne peut dégager des bénéfices dans la gestion de ce type de contrat, que pour l'assuré condamné toujours à faire une avance de fonds si le contrat est déséquilibré?

En réalité, en dépit des aspects négatifs que nous avons signalés, tout au long de cette étude, l'impact social de l'assurance maladie n'est plus à démontrer. Avec ce type de contrat, l'assureur vise moins le profit qu'à soigner son image de marque, dont on peut dire qu'elle est presque perçue de manière négative dans l'opinion sur la plupart des marchés. On sait par exemple qu'un chef d'entreprise sera toujours soucieux de la santé physique de ses collaborateurs, de celle des finances de son entreprise. Un assuré ne peut prétendre être à l'abri d'un grand sinistre, s'il optait pour l'auto-assurance. Le contrat maladie lui apporte donc cette sécurité supplémentaire.

L'assureur, étant un professionnel, met à la disposition de sa clientèle son savoir faire pour maîtriser la gestion de ce risque, dont nombre d'entreprises, comme nous l'avons dit plus haut, ont plutôt du mal à gérer de manière diligente elles-mêmes.

Le développement du portefeuille maladie, disons des assurances de personnes dans leur ensemble, va se heurter dans les années qui viennent dans les différents marchés, notamment africains aux incidences <sup>de nouvelles</sup> maladies, telles que le Sida. Pour les assureurs, en effet, le Sida est un risque de mortalité et de morbidité supplémentaire non encore intégré dans leurs systèmes de tarification. Le développement de cette maladie aura à terme pour conséquence la détérioration des résultats techniques du fait d'un accroissement possible de la sinistralité.

L'épidémie persiste, on verra s'installer un déficit chronique aggravé surtout en assurance vie par les engagements à long terme. Il faudrait alors envisager les augmentations de tarif pour intégrer ce risque supplémentaire et, voir la possibilité (pourquoi pas!) de créer une provision spéciale.

Mais l'industrie africaine ne pourra se développer que si les assureurs se montrent moins formalistes en examinant avec les assurables leurs différents besoins avant de les traduire en

offre d'assurance. Dans cette quête, l'assurance maladie peut être un creneau pouvant permettre aux assureurs de conquérir d'autres marchés (au sens marketing du terme), c'est-à-dire d'autres risques.

les assureurs ont compris que c'est l'homme qui maintient en vie ou prolonge la durée de vie d'une machine, d'un immeuble, etc., alors il faut penser tout d'abord à cet homme avant de penser au matériel qu'il protège, d'où le développement des assurances de personnes. ces jours, avec la notion de "Homme-clés" dans les entreprises.

Puisse ce travail contribue à prendre conscience aux uns et aux autres de cette réalité./-

\*

\*

\*

## B I B L I O G R A P H I E

- L'ARGUS N° 6041 DU 8 JANVIER 1988.
- DOCUMENTS DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE ET DE REASSURANCE DU MALI SUR L'ASSURANCE MALADIE.
- COURS DE RISQUE DIVERS DE M. N'DOBO BAZILE.