

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

BP. 1575 YAOUNDE – Tél : (+237) 22 20 71 52 – FAX : (+237) 22 20 71 51

E – mail : jia@cameroun.com

Site web : <http://www.iiacameroun.com>

Yaoundé / Cameroun

Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances

(Cycle III 23^{ème} Promotion 2016 – 2018)

THEME

**LES COMPAGNIES D'ASSURANCE PEUVENT-ELLES
DEVELOPPER LA BRANCHE SANTE EN DEPIT DE
L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE EN ZONE CIMA :
CAS DE L'ALLIANZ MALI**

ENCADREUR :

TOURE Ahamadou

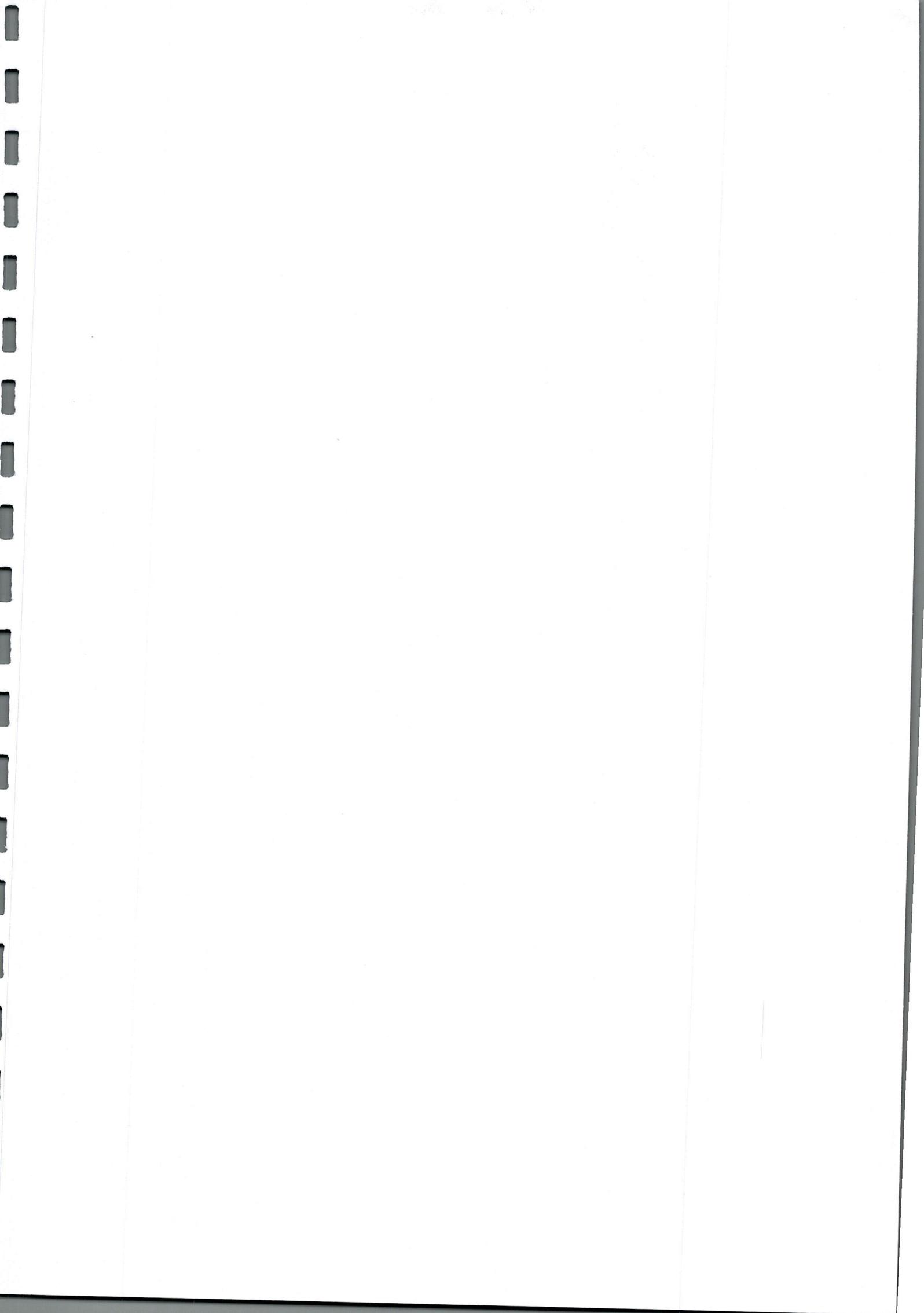
Directeur de souscription et du
développement commercial à Allianz
Mali

PRESENTE PAR :

KENE Koromo

Etudiant en DESS-A IIA Yaoundé

Novembre 2018



DEDICACE

Je dédie ce mémoire à mon père **Ampelou KENE** qui m'a toujours soutenu depuis mon enfance jusqu'à la fin de ma formation.

Et

A ma mère **Yanda Sana BANOU**, une mère soucieuse pour l'avenir de ses enfants, elle n'a cessé de me conseiller pour mon éducation.

A vous deux papa et maman je vous souhaite longue vie dans la santé.

REMERCIEMENT

- ❖ Ce mémoire est le fruit d'un effort qui a impliqué de nombreuses personnes auxquelles il convient d'adresser nos remerciements.
- ❖ D'entrée, nous remercions le **Directeur Général de l'Institut International des Assurances (IIA) Monsieur URBAIN PHILIPPE ADJANON** pour sa contribution à la formation des cadres en Afrique.
- ❖ **Le directeur des études monsieur DEMBO DANFAKHA**
- ❖ Ensuite nos remerciements s'adressent au groupe ALLIANZ et particulièrement à **ALLIANZ MALI ASSURANCES** qui a accepté de nous accueillir et nous encadrer avec à sa tête son **Directeur Général LASSANA OUATTARA**.
- ❖ Par ailleurs nous remercions successivement :
- ❖ Monsieur **AHAMADOU TOURE** directeur de souscription et du développement commercial qui a accepté de nous faire bénéficier de son immense expérience ainsi que toute l'équipe de la production.
- ❖ Madame **DIALLO RAMATA MAIGA** chef du département santé et Assurance voyage qui a bien voulu me transmettre tout son savoir-faire pendant mon stage dans son département.
- ❖ Madame **KADI DIALLO** chef du département souscription.
- ❖ Monsieur **DIAKARIDJA ONGOIBA** informaticien pour sa disponibilité.
- ❖ Tous les employés de la compagnie qui n'ont ménagé aucun effort pour nous aider et nous faire bénéficier de leurs connaissances.
- ❖ Enfin notre gratitude s'adresse à Monsieur **MADI DIALLO** Directeur national des Assurances du Mali et à tous les commissaires contrôleurs de la Direction des Assurances pour leurs soutiens, suggestions et remarques lors de la rédaction de ce mémoire.

LISTE DES SIGLES ETABREVIATIONS

- AMO** : Assurance maladie obligatoire
- ANAM** : Agence nationale d'assistance médicale
- ASAC** : Association des sociétés d'assurances du Cameroun
- CANAM** : Caisse nationale d'assurance maladie
- CIMA** : Conférence interafricaine des marchés d'assurances
- CMSS** : Caisse malienne de sécurité sociale
- CPS** : Cellule de planification et statistique
- DNA** : Direction nationale des assurances
- DNS** : Direction nationale de la santé
- EDSM** : Enquête démographique et santé au Mali
- FANAF** : Fédération des sociétés d'assurances de droit national africaines
- FRW** : Franc Rwandais
- IARD** : Incendie Accident Risques Divers
- MMI** : Military Medical Insurance
- NSIA** : Nouvelle société interafricaine d'assurance
- OGD** : Organisme Gestionnaire Délégué
- RAMA** : Rwandaise d'Assurance Maladie
- RAMQ** : Régie de l'Assurance Maladie du Québec
- RMED** : Régime d'Assistance Médicale

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1:EMISSION DES PRIMES DES COMPAGNIES NON VIE (en millions de francs).....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 2:Evolution des primes de quelques grandes branches d'ALLIANZ MALI.</i>	<i>42</i>

LISTE DES FIGURES

Figure 2: Evolution de la sinistralité 44

RESUME :

Les compagnies d'assurances qui pratiquent l'opération d'assurance maladie se côtoient depuis un certain temps avec l'assurance maladie obligatoire mise en place par le pouvoir public via la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM). Nous avons vu que la mise en place de cette structure a été une occasion pour les compagnies maliennes d'étendre leur réflexion sur la commercialisation du produit d'assurance maladie sur le territoire. Depuis lors les compagnies ont créé un produit complémentaire à l'assurance maladie obligatoire pour combler la partie non prise en charge par l'AMO et cela a permis d'augmenter le chiffre d'affaires de ces compagnies par la commercialisation de cette complémentaire. Au-delà de cela, la mise en place de l'assurance maladie a été une occasion pour les privées de véhiculer l'importance de l'assurance maladie et la nécessité pour un individu d'avoir souscrit une assurance maladie. A travers les campagnes de sensibilisation que le gouvernement a effectuées de l'urgence d'une couverture sanitaire pour les populations, les compagnies d'assurances ont pu étendre leur champ d'intervention et cela a donné un poids important à la branche maladie dans le portefeuille des compagnies. De ce fait nous sommes convaincus que les compagnies d'assurances peuvent développer la branche santé en la présence de l'assurance maladie obligatoire, c'est d'ailleurs grâce à cette dernière que les compagnies privées pourront émerger. Ainsi assureurs privé et public peuvent converger sans que la présence du public (AMO) gêne le privé et que les deux peuvent mener leur activité en complémentarité pour répondre aux besoins de la population.

Certes l'assurance maladie obligatoire a permis aux compagnies d'avoir plus d'assurés dans le portefeuille, mais les compagnies d'assurances sont toute même butées au problème de déficit dans la dite branche. Car la branche maladie n'est pas comme les autres branches et la gestion est très complexe ce qui nourrit un déséquilibre dans le portefeuille. Ces problèmes proviennent de la fraude des assurés, des structures conventionnées et souvent même avec la complicité de certains agents de la compagnie.

Pour pallier à ces problèmes et profiter pleinement de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire par le pouvoir public, nous avons évoqué un certain nombre de mesures à prendre. Ces mesures concernent notamment la formation des agents (personnel du bureau direct et agent généraux), la mise à la disposition du département santé des outils informatiques appropriés (logiciel métier)

ABSTRACT:

The insurance companies that practice the operation of health insurance coast themselves since a certain time with the health insurance obligatory setting up by the public power via the national case of health insurance (CANAM). We have since the setting up of this structure was an opportunity for the Malian companies to spread their reflection in the merchandising of the health insurance product on the territory. Since then the companies created a complementary product to the health insurance to fill the part non taken in charge by the AMO and it permitted to increase the business number of this companionship by the merchandising this complementary. Beyond it, the setting up of the health insurance was an opportunity for the private to transport the importance of the health insurance and the necessity for an individual to have subscribed a health insurance. To shortcoming the campaigns of sensitization that the government done of the emergency of a sanitary cover for the populations, the companies of insurances could spread their field of intervention and it gave a weight important of the branch illness in the wallet of the companies. Of this fact we are convinced that the insurance companies can develop branch health in the presence of the obligatory health insurance, it is besides thanks to this last that the private companies will be able to emerge. So private and public insurer can converge without the presence of the public (AMO) hindrance the deprives and that the two can lead their activity in complementarity to answer the needs of the population.

Certainly the obligatory health insurance allowed the companies to have more insureds in the wallet, but the insurance companies are all same stops to the problem of deficit in the so-called branch. Because the branch illness is not as the other branches and the management is very complex what feeds an unbalance in the wallet. These problems come from the fraud of the insureds, of the structures conventionner and often same with the complicity of some agents of the company.

To palliate to these problems and to take advantage fully of the setting up of the obligatory health insurance by the public power, we evoked a certain number of measures to take. These measures concern the training of the agents notably (personal of the direct office and agent generals), the stake at the disposal of the department health of the suitable computer tools (software profession)

SOMMAIRE

DEDICACE.....
REMERCIEMENT.....	i
LISTE DES SIGLES ET ETABREVIATIONS	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DES FIGURES	iv
RESUME :.....	v
ABSTRACT:.....	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION GENERALE :.....	1
CAPITRE I : Généralités sur l'assurance et l'assurance maladie.....	6
Section 1 : Fondement juridique, éléments techniques, caractéristiques et gestion prudentielle de l'assurance maladie	6
Section II : tendances mondiales de l'assurance maladie.....	8
Section III : l'assurance maladie en Afrique.....	9
CHAPITRE II : Le fonctionnement de l'AMO au Mali.....	12
Section I : Les étapes de souscription à l'AMO	12
Section II : Le système de cotisation	14
Section III : Prise en charge du panier de soins de santé et conventionnement.....	15
CHAPITRE III : le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)	20
CHAPITRE IV : Le processus de fonctionnement de l'assurance santé dans une compagnie d'assurance.....	21
Section 1 : Les étapes de souscription d'une assurance Maladie dans une compagnie d'assurances.....	21
Section 2 : le paiement de la prime et prestation offerte.....	23
Section 3 : spécificités par rapport à l'AMO.....	24

CHAPITRE V: Le fonctionnement de l'Assurance Voyage.....	27
Section 1 : les garanties du contrat et les exclusions en assurance voyage	27
Section 2 : Conditions de souscription du contrat et les prestations offertes:.....	30
Importance de l'Assurance Voyage :	33
DEUXIEME PARTIE :.....	36
CHAPITRE I : Environnement et situation de l'Assurance Maladie zone CIMA.	37
CHAPITRE II : évolution des émissions de primes et évolution de la sinistralité.....	40
Section 1 : L'évolution des émissions des compagnies entre 2011-2016.....	40
Section 2 : Évolution de la sinistralité	44
CHAPITRE III : Assurance publique et privée.....	46
Section 1 : AMO, un facteur important pour les compagnies privées	46
Section 2 : Assurance Publique et Assurance Privée se complètent.....	49
CHAPITRE IV : Le risque de fraude et de déficit.....	51
Section 1 : Les cas de fraude possibles	51
CHAPITRE V : Les moyens de gestion efficace pour lutter contre le risque de déséquilibre	58
BIBLIOGRAGHIE :.....	64
Annexe 1 :.....	66
TABLE DES MATIERES	72

INTRODUCTION GENERALE :

1. Contexte et justification :

La santé fait partie des priorités des pays aspirant à combler un retard sur les pays développés. Investir dans une politique de santé efficace pour un Etat est un paramètre primordial pour son développement. Économiquement, le rôle de la santé dans le capital humain, de même que celui du capital humain dans la croissance démontrent l'intérêt qui doit être porté sur les problématiques de santé : La politique de santé publique fait partie intégrante de la politique générale. Là où la santé des populations est mauvaise l'économie l'est aussi.

L'assurance maladie apparaît aujourd'hui, dans les pays à faible revenu, comme une technique susceptible de favoriser l'atteinte de nombreux objectifs (Letourmy A. et al. 2005). Pour ceux qui veulent améliorer le financement et le fonctionnement du secteur de la santé, l'assurance maladie va faciliter l'accès aux soins, en réduisant la part du paiement direct des services, et solvabiliser du même coup la demande aux formations de santé. Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté (Holzmann, Jorgensen, 2000), l'assurance maladie est un élément central de la réduction de la vulnérabilité des populations et de limitation de la pauvreté.

La création des branches maladie par les compagnies d'assurance est aussi un moyen d'étendre les systèmes de protection sociale. Enfin, l'assurance maladie doit participer à l'extension du marché des assurances que certains voient comme un levier de développement des marchés financiers. Si l'Etat n'a cessé d'investir dans le domaine de la santé, les structures privées (compagnies d'assurance) ne sont pas restées en marge de cette politique. En effet les compagnies d'assurance jouent un rôle important pour offrir une couverture sanitaire appropriée aux populations qui souhaitent souscrire à un contrat maladie dans nos pays même si la majeure partie des populations des pays en voie de développement évoluent dans le secteur informel et que l'esprit de l'assurance n'est pas bien appréhendé. Mais il faut reconnaître quand même que l'assureur privé est un partenaire indiscutable de nos Etats tant dans le domaine économique que dans le domaine de la santé.

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali est un vaste pays de 1 241 238 km² sa population est estimée à 16 319 000 habitants avec un taux d'accroissement inter sanitaire

de 3.6% selon la dernière enquête démographique et de santé au Mali (EDSM V) en 2012-2013. La majorité de la population du pays réside en milieu rural, le taux d'urbanisation est de 22,5%.

La politique de santé repose sur la déclaration des soins de santé primaires, l'initiative de BAMAKO, la déclaration de OUAGADOUGOU sur la relance des soins de santé ainsi que d'autres initiatives internationales auxquelles le pays a souscrit. L'unité opérationnelle de la politique de santé est le district sanitaire qui comprend les services de santé de première ligne et l'hôpital de district¹.

Dans le souci de lutter contre l'inégalité sociale et offrir aux populations des soins de santé meilleures, le gouvernement malien a beaucoup contribué dans le domaine de la santé depuis l'indépendance à nos jours, les dépenses de santé y représentent une portion appréciable au cours des cinq dernières années multipliant ainsi les nombres des centres de santé communautaires, les centres de santé de références et les établissements hospitaliers.

Dans l'ambition d'atteindre l'objectif du millénaire pour le développement, une couverture sanitaire dénommée assurance maladie obligatoire est mise en place par les autorités maliennes en 2007 pour faciliter aux populations l'accès aux soins de santé à travers tout le pays. Par définition l'assurance maladie obligatoire garantit, pour les assurés et les membres de leurs familles à charge, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation fonctionnelle. Ainsi elle donne droit au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requise par l'état de santé du bénéficiaire.

Ce système mal vu au départ à cause surtout de son appellation <<obligatoire>> mais au fil du temps les populations ont compris son importance et se battent aujourd'hui pour y adhérer. Parmi ces adhérents il y a des fonctionnaires d'état en majorité et les organismes privés.

Instaurée officiellement par la loi N° 015 du 26 Juin 2009, le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en abrégé AMO, vise à permettre la couverture des frais de soins de santé inhérente à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge. Les dispositions de cette loi N°015 assurent une couverture sans discrimination et

¹ Mme KEITA Maimouna KANTE thèse de médecine (FMOS 2015) : Enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau des centres de santé de référence du district de Bamako

ont largement pour fondement les principes de solidarité, de contribution et de la mutualisation des risques, qui restent ancrés dans la culture et les mœurs maliens. Ainsi, Le régime de l'AMO est unique en ce sens que les différents affiliés (fonctionnaires, travailleurs, députés) paient les mêmes taux de cotisation (exceptés les retraités) et les affiliés et leurs ayants droit bénéficient des mêmes paniers de soins définis.

L'Assurance Maladie Obligatoire bénéficie à la fois aux personnes assujetties ainsi que les membres de leurs familles à charge, suivant un respect des conditions et procédures de prises en charge, qui sont de plus en plus facilité et accessible. En effet, la gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire incombe à la fois à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), en tant qu'Organisme Gestionnaire, qui délègue par la force de la loi certaines de ses prérogatives à d'autres structures étatiques impliquées dans les questions de sécurité sociale. La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), au travers de plusieurs activités joue son rôle d'Organisme Gestionnaire Délégué (OGD) pour permettre aux affiliés de bénéficier pleinement des avantages de l'AMO.

Le problème qui se pose ici c'est la cohabitation de deux structures, publique et privée dans la mesure où elles évoluent sur le même marché et offrent le même service. Compagnie d'assurance et AMO peuvent-elles converger ensemble sans risque d'éviction de l'une au profit de l'autre ?

2. Objectifs de l'étude :

2.1. Objectif général :

L'objectif général de notre étude est de rechercher l'impact de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire sur le portefeuille des compagnies d'assurance.

2.2 Objectif spécifique :

Il s'agit de déterminer si la couverture maladie obligatoire freine le développement de la branche santé au niveau des compagnies d'assurances.

3. Méthodologie de recherche :

Nous avons d'un côté les compagnies d'assurances spécialistes en la matière qui offrent une couverture sanitaire adéquate aux populations avec des garanties appropriées et de l'autre côté un organisme parapublic qui commercialise et offre les mêmes garanties essentielles que ces compagnies.

Dans la première partie de notre travail nous allons analyser le mode de fonctionnement de l'AMO comparativement aux compagnies d'assurances. Dans la deuxième partie nous étudierons les répercussions de cette structure sur le portefeuille de la branche maladie au niveau des compagnies d'assurance depuis sa mise en place par le pouvoir public et l'impact d'une telle structure sur le développement de la branche santé dans les compagnies d'assurance .

Pour mieux approfondir notre recherche nous avons choisi la compagnie ALLIANZ MALI ASSURANCES avec comme thème : les compagnies d'assurance peuvent-elles développer la branche santé en dépit de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en zone CIMA : cas de l'Allianz Mali.

L'étude repose sur les données de l'ALLIANZ MALI ASSURANCES de 2010 à 2017

PREMIERE PARTIE :

Le mode de fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) avec celui des compagnies d'assurance.

Dans la première partie de notre étude nous ferons le point sur les généralités de l'assurance dans certains pays avancés en termes de couverture sanitaire avant d'entamer le mode de fonctionnement des deux structures (publique et privée) dans le cas du Mali.

CHAPITRE I : Généralités sur l'assurance et l'assurance maladie

Il s'agira d'indiquer les normes juridiques adoptées en matière de sécurité sociale, précisément d'assurance maladie sur le plan international et national.

Section 1 : Fondement juridique, éléments techniques, caractéristiques et gestion prudentielle de l'assurance maladie

Paragraphe 1 : Fondement juridique

La couverture et la gestion du risque maladie trouvent leur fondement juridique dans des sources aussi bien internationales, sous régionales que nationales.

Les principales sources sont :

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1949 : elle reconnaît l'universalité du concept de sécurité sociale en son article 22. Les droits visés sont cités dans l'article 25 : « ... l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires... ».

La convention N° 102 du 28 juin 1952 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur la norme minimum de sécurité sociale. La maladie est citée parmi les neuf (9) risques sociaux contre lesquels l'individu doit être protégé. Ces risques sont les soins médicaux, l'indemnité de maladie, les prestations familiales, l'accident de travail, la maladie professionnelle, l'invalidité, la vieillesse, le décès et le chômage

Le Code des Assurances de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA) institue une organisation intégrée de l'industrie des assurances dans les Etats africains membres. L'article 328 dresse la liste des produits d'assurance susceptibles de recevoir l'agrément prévu à l'article 326 du même code. La maladie est classée au numéro 2 avec des prestations forfaitaires, indemnitaires et la combinaison des deux.

Paragraphe 2 : Eléments techniques

La revue des éléments techniques impose que soit donnée une définition technique de l'assurance. Celle proposée par le professeur HEMARD considère l'assurance comme une « opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération (la prime), pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie, l'assureur qui, prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique ». Cette définition met en exergue

les notions de risque, de prime, de mutualité, de sinistre, de prestation. On ne saurait parler d'assurance sans la combinaison de tous ces éléments qui sous-tendent la technique de l'assurance.

Paragraphe 3: Les impératifs prudentiels de gestion et les caractéristiques de l'assurance maladie

1. les règles prudentielles :

Les entreprises d'assurance tant que collecteurs d'épargnes et gestionnaires des primes doivent donner l'assurance de leur solvabilité. Elles sont alors soumises à un contrôle strict de l'Etat. L'article 300 du Code des Assurances dispose que le contrôle de l'Etat s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires des contrats d'assurance et de capitalisation. Il s'agit d'un contrôle technique et administratif. En effet les entreprises d'assurances doivent couvrir leurs engagements réglementés, justifier d'une marge de solvabilité suffisante, disposer d'actifs sûrs, liquides, rentables et congruents.

2. Les caractéristiques de l'assurance maladie

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer l'individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimum lorsque l'affection prive la personne de travail. Elle répond aux caractéristiques qui suivent.

Une assurance de personne :

Selon l'objet sur lequel porte l'assurance, on distingue deux grandes catégories d'assurances à savoir : les assurances dommages et les assurances de personnes. Les assurances de personne sont les assurances qui ont pour but de garantir la personne dans son intégrité physique, dans l'éventualité d'un décès ou dans ses chances de survie. L'assurance maladie fait partie des assurances de personnes.

Principe de règlement hybride :

En assurance, on distingue deux principes de règlement de sinistre que sont le principe indemnitaire et le principe forfaitaire. Les assurances de dommages obéissent au principe indemnitaire alors que les assurances de personne obéissent au principe forfaitaire. Mais il se fait que l'assurance maladie obéit à la fois au principe indemnitaire (en ce qui concerne le remboursement des frais de santé) et au principe forfaitaire (pour la perte de revenu et le forfait hospitalisation).

Gestion en répartition :

La gestion en répartition s'oppose à la gestion en capitalisation. Dans ce système, l'assureur ne fait que répartir entre les assurés victimes de sinistres, la masse des primes versées par l'ensemble des membres de la mutualité qu'il a constituée et qu'il gère. Ainsi, les assurés non sinistrés au cours de l'année d'assurance auront perdu leurs primes au profit des assurés sinistrés qui eux auront perçu des sommes supérieures à la prime versée.

Section II : tendances mondiales de l'assurance maladie

L'assurance maladie est diversement pratiquée à travers le monde. L'assurance maladie formelle, c'est-à-dire celle destinée à protéger les couches structurées formelles est la plus répandue. La formule adoptée dépend le plus souvent du niveau de développement économique de chaque pays. Dans de nombreux pays à revenu élevé, la couverture est universelle. L'Etat décrète et met en œuvre une couverture pour toute la population. Elle est d'ailleurs une des composantes fondamentales de la sécurité sociale.

En France, l'assurance maladie est une des quatre branches de la Sécurité Sociale. Elle fait intervenir des organismes paritaires composés pour moitié des représentants des employeurs et des salariés gérant un service public. Elle est constituée de trois principaux régimes. Le régime général, géré par l'Assurance Maladie, l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France. Le régime agricole, géré par la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), couvre les exploitants et les salariés agricoles. Le Régime Social des Indépendants (RSI) couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales. Il existe également d'autres régimes dits spéciaux. Par exemple, le régime des mines.

En Belgique, l'assurance maladie-invalidité est une assurance "soin de santé" obligatoire gérée par l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (l'INAMI). C'est un des fondements de la sécurité sociale belge. Cette assurance est en déficit de 634 millions d'euros en 2004, notamment à cause du vieillissement de la population et de la dégradation du rapport "nombre de cotisants" / "nombre de bénéficiaires". Le gouvernement fédéral belge en accord avec les acteurs du secteur médical recherche différentes solutions à ce problème.

Les soins de santé de base des citoyens du Québec sont couverts depuis 1970 par la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ), un organisme du gouvernement québécois.

« La plupart des régimes d'assurance sociale de ces pays ont adopté une approche très prudente à l'extension de la couverture au-delà du secteur formel 6». Dans ces pays l'assurance effective n'est souvent pas universelle. On a alors recours à des régimes mixtes. Dans certains cas l'Etat rend obligatoire la couverture pour une catégorie précise de la population (secteur structuré), alors que dans d'autres cas, la souscription à l'assurance est volontaire. On peut citer en exemple la Chine, l'Indonésie, le Kenya et la Thaïlande.

Section III : l'assurance maladie en Afrique

En Afrique subsaharienne un grand nombre de gouvernements examinent actuellement des plans visant à instaurer des régimes d'assurance maladie obligatoire ou universelle. Nous illustrerons cette tendance à la réforme de l'assurance maladie en Afrique.

L'exemple rwandais :

Au Rwanda, l'assurance maladie fait partie du système général de protection sociale. Elle est assurée par la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA), the Military Medical Insurance (MMI), les Mutuelles de Santé et les Sociétés d'assurance privées. La RAMA est chargée de la gestion du régime d'assurance maladie des agents de l'Etat et du secteur privé structuré, selon le choix de chaque employeur. La branche d'assurance maladie gérée par la RAMA couvre tous les soins médicaux (curatifs et préventifs) avec un ticket modérateur de 15% et une période de stage de 3 mois avant le début des remboursements.¹⁰ La MMI est une assurance maladie obligatoire de l'Armée basée sur le modèle de la RAMA.

L'assurance maladie des mutuelles de santé du Rwanda est « un modèle innovant qui constitue un véritable succès pour toute l'Afrique ». En effet le système permet de couvrir aujourd'hui près de 91% de la population rwandaise. Les mutuelles de santé couvrent tous les services médicaux offerts au niveau des centres de santé (paquet minimum), tous les services et actes de l'hôpital (paquet complémentaire) et tous les paquets tertiaires d'activité au niveau des hôpitaux nationaux de référence. Le montant de participation des mutuelles de santé est de 2000Frw (4.16)\$ par adhérent et par an, répartie comme suit : 1000 Frw à charge du bénéficiaire et 1000 à charge du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé. Le ticket modérateur est fixé à 200 Frw au niveau des centres de santé et de 10% du coût d'hospitalisation dans les hôpitaux de district et dans les hôpitaux nationaux de référence.

Nous venons de faire une brève historique de l'assurance maladie et c'est ce qui nous permettra d'entamer au chapitre ci-dessus le mode de fonctionnement des deux structures publique et privée.

Pour réduire la pauvreté et la vulnérabilité des populations par l'amélioration de la solvabilité des assurés ; concrétiser le slogan « la Santé pour Tous » par l'amélioration de l'accès aux soins de santé sans discrimination, construire une dynamique de qualité dans les centres de soins de santé par le système de conventionnement, favoriser l'utilisation sans crainte des services de santé l'AMO dispose d'une procédure de fonctionnement bien établie en son sein.

CHAPITRE II : Le fonctionnement de l'AMO au Mali²

L'assurance maladie obligatoire (AMO) est fondée sur les principes de solidarité, de la contribution, de la mutualisation des risques et du tiers payant. Les personnes assurées et les bénéficiaires doivent être couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

La toute première étape pour bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire est celle de l'affiliation et de la déclaration auprès de l'organisme gestionnaire délégué qu'est la CMSS.

Section I : Les étapes de souscription à l'AMO

Paragraphe 1 : Affiliation à la CMSS

La CMSS reçoit, ainsi donc, les déclarations des affiliés tels que :

- la fonction Publique et les structures privées ;
- les fonctionnaires des cadres permanents des administrations et Etablissements Publics tels qu'ils sont définis au Statut Général ;
- la fonction publique des Collectivités Territoriales ;
- les fonctionnaires des collectivités territoriales; forces Armées ; les agents civils et militaires de la République du Mali ; les parlementaires.
- les membres de la famille à charge de l'affilié, c'est-à-dire le (s) conjoint (es) et les enfants et les ascendants directs, bénéficient aussi de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Après l'affiliation des agents à la CMSS les futurs assurés sont identifiés par un processus d'immatriculation.

Paragraphe 2 : la Pré-immatriculation

Le rôle de la CMSS dans la gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire est aussi de participer à l'immatriculation des affiliés en procédant, à son niveau, à une pré-immatriculation.

La pré-immatriculation est l'ensemble des opérations mises en œuvre pour recueillir et contrôler les informations relatives aux assurés en vue de leur immatriculation et de celle

² Loi n° 09-015 du 26 juin portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire. Un régime géré par la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM)

de leurs ayants droit. Elle est subordonnée au dépôt à la CMSS, d'une demande expresse de l'assuré ou de son employeur.

Paragraphe 3 : les Dossier de demande d'immatriculation

Le dossier de demande d'immatriculation est l'ensemble des pièces administratives et d'états civils requis fournies par l'assuré ou son employeur pour permettre l'attribution d'un numéro d'immatriculation. Le dossier est composé de la demande et des pièces justificatives de l'identité et de l'emploi du demandeur, aussi cette demande est simultanée à celle des personnes prises en charge. Les renseignements mentionnés sur le formulaire de demande d'immatriculation doivent être obligatoirement accompagné des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de mariage ;
- un extrait d'acte de naissance du conjoint ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- un extrait d'acte de naissance des enfants à charge ou d'un jugement supplétif en tenant lieu ;
- un certificat de vie des enfants âgés de moins de 14 ans ;
- un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 14 à 21 ans et poursuivant des études dans un établissement, public ou privé, d'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ;
- un certificat médical justifiant l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée pour les enfants handicapés ;
- un extrait d'acte de naissance du père ou d'un jugement supplétif en tenant lieu ;
- un extrait d'acte de naissance de la mère ou d'un jugement supplétif en tenant lieu;
- le certificat de vie des père et mère ;
- une attestation de dépendance économique.

Après la constitution des dossiers les assurés reçoivent une carte d'assuré qui leur permet de s'identifier plus facilement

Paragraphe 4 : la carte d'assuré

La carte d'assuré social délivrée à la fin du processus d'immatriculation permet à l'assuré et aux membres de sa famille (ayant droit à des cartes personnalisées) de solliciter toute prestation de santé à la charge de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette carte

comporte une photographie et les éléments nécessaires à l'identification et le numéro d'immatriculation.

Section II : Le système de cotisation

Le système de cotisation fonctionne sur la base d'une retenue à la source et suivant une répartition des taux entre l'employeur (l'état dans Le cas des affiliés de la CMSS) et le fonctionnaire ou le retraité.

La couverture des charges du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire est assurée par une cotisation en deux parts : la part de l'employeur et celle du travailleur pour les agents publics et les salariés.

Pour les pensionnés, la part de la cotisation est unique. Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

Tableau 1 : taux de cotisation des assurés de l'AMO

Statut de l'assuré	Taux de cotisation
Salariés en activité (public/privé)	3,06%
Employeur (Etat/Collectivité)	4,48%
Employeur secteur privé	3,5%
Pensionnés	0,75%
Assurés volontaires	6,56%

Source : caisse malienne de sécurité sociale

L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut d'appartenance des personnes assujetties :

- pour les salariés et les fonctionnaires civils et militaires, la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par ces personnes, y compris les indemnités et primes.
- pour les députés, la cotisation est assise sur les indemnités parlementaires.
- pour les titulaires de pensions, la cotisation est assise sur le montant de la pension servie par les régimes de retraite de l'assuré à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe.

Conformément à l'article 5 de la loi n° 09-016 du 26 juin 2009 portant création de la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM) dont la gestion de l'AMO lui a été confiée, les ressources de de la caisse sont constituées par :

Les compagnies d'assurance peuvent-elles développer la branche santé en dépit de l'assurance maladie obligatoire en zone CIMA : cas de l'Allianz Mali

- les cotisations assises sur les traitements des fonctionnaires civiles militaires, les salaires des travailleurs et les indemnités des députés ;
- les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite ;
- les subventions de l'Etat ;
- les revenus des placements et investissements ;
- les dons, legs et libéralités de toutes natures ;
- les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;
- les revenus du patrimoine ;
- les recettes diverses ;
- toute autre ressource attribuée par un texte législatif et réglementaire.

Section III : Prise en charge du panier de soins de santé et conventionnement

Paragraphe 1 : prise en charge du panier de soins de santé

Toutes les prestations offertes dans le cadre des petits risques sont valables pour les hospitalisations.

L'AMO couvre les soins ambulatoires (malade non hospitalisé), les hospitalisations et les prestations de maternité. Spécifiquement, Le panier de soins est subdivisé en « risques faibles ou petits risques » et en « Gros risques »

Pour la participation de l'assuré dans la prise en charge des prestations, un « ticket modérateur » est mis en place. Il est constitué du reliquat non pris en charge par l'AMO ; soit 20 % et 30 % respectivement pour l'hospitalisation et l'ambulatoire. Le système de paiement repose sur le principe du remboursement par l'AMO au prestataire de la part des montants pris en charge par le régime.

Le taux de prise en charge se précise comme suit :

- Soins d'hospitalisation : 80%
- Soins ambulatoires : 70%.

Les prestataires de soins conventionnés sont automatiquement à l'ensemble des formations de soins publiques, communautaires, privées à but non lucratif dès lors que la qualité de leur service sera considérée comme satisfaisante et que les tarifs qu'elles pratiquent seront jugés acceptables.

Par ailleurs il est à noter que l'AMO exclut de son champ d'intervention les maladies ou interventions déjà gratuites, parce que subventionnées par l'Etat (césarienne, lèpre, tuberculose, vaccination dans le cadre du PEV, ARV, etc.), les évacuations sanitaires sur l'extérieur, les soins de luxe (cures thermales, chirurgie esthétique etc.) et lunetterie.

Pour rendre la prise en charge et l'accès au soin plus facile et efficace une convention est signée entre l'organisme de gestion de l'AMO et les prestataires de soins de santé.

Paragraphe 2 : Conventionnement entre l'organisme de gestion et les prestataires et le contrôle:

Les relations entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins de santé publics, privés ou communautaires sont régies par des conventions qui sont conclues entre l'organisme de gestion et les représentants de ces prestataires.

A. Conventionnement entre l'organisme de gestion et les prestataires :

Pour ce faire un modèle pour chaque type de convention est établi sur proposition de l'organisme de gestion après consultation des représentations des organisations professionnelles des prestataires de soins de santé et approuvé par arrêté du ministre chargé de la protection sociale.

Les obligations des parties :

- les tarifs de références des prestations de soins ;
- les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
- les outils de garanties de la qualité de service ;
- les procédures et les modes de paiement des prestataires de soins ;
- les mécanismes de résolution de litige.

Les délais et les modalités de conclusion des conventions sont fixés par décret pris en conseil de ministres. Ces conventions doivent être préalablement mise en œuvre approuvées par le ministre de la protection sociale. A défaut sur les termes lors de la signature des conventions le ministre chargé de la protection sociale reconduit d'office la convention précédente lorsqu'elle existe ou, le cas échéant, un règlement provisoire s'imposant aux parties en désaccord et dont la durée ne peut excéder trois mois. Le ministre de la protection sociale peut décider, sur demande de l'organisme de gestion et sans préjudice de se prononcer par les ordres professionnels, de placer un prestataire de soins médicaux hors convention pour non-respect ou violation des termes de la

convention, après lui avoir permis de s'expliquer. Cette mise hors convention est décidée soit pour une durée déterminée soit une durée définitive.

B .Le contrôle :

a. Le contrôle de gestion :

L'organisme de gestion est tenue d'organiser un contrôle médical ayant pour objet notamment ,de vérifier auprès des prestataires de soins de la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater , le cas échéant les abus et fraudes en matière de prescription de soins et de facturation. Ces contrôles sont confiés à des médecins et des pharmaciens conseils et autres professionnels agréés par l'organisme de gestion chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire ;
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés et leurs ayant droits ;
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé des assurés ;
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable.

b. l'étendu du pouvoir de contrôle :

Sous réserve du respect du principe déontologique et de la législation en vigueur, les médecins et pharmaciens conseils peuvent à l'occasion de leur exercice :

- convoquer un bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;
- obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé du bénéficiaire ; accéder au dossier médical du bénéficiaire ;
- demander des éclaircissements aux prestataires de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire ;
- visiter les structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge des bénéficiaires.

De ce fait les praticiens et ou les directeurs des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé de control médical aux lieux d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à

l'accomplissement de sa mission de contrôle. Le médecin traitant peut assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

c. Contrôle comptable, financier et technique :

Les comptes de l'assurance maladie obligatoire sont soumis chaque année à un audit comptable et financier externe diligenté par le ministre en charge de la protection sociale. L'audit est réalisé à l'effet pour s'assurer de la bonne santé financière de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'événement ouvrant droit aux prestations est dû à la faute d'un tiers, l'organisme de gestion délivre à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par l'assurance maladie obligatoire sous réserve d'un droit de recours contre le tiers responsable. L'assuré ou ses ayants droit conservent le tiers responsable le droit de réclamer conformément aux règles de droit commun, la réparation du préjudice causé. Toute fois l'organisme de gestion est subrogé de plein droit à l'assuré ou à son ayant droit dans leur action contre le tiers responsables pour le montant des prestations octroyées.

Le recours contre le rejet d'une demande de prise en charge des prestations de l'AMO ou de la restitution des cotisations indument perçues doit être sous peine d'échéance, présenté au ministre en charge de la protection sociale dans le délai d'une année à compter de la date de la notification.

Les mesures de sanctions prises par l'organe de gestion à l'encontre de l'employeur des assurés :

Est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 FCFA à tout employeur qui ne respecte pas les principes réglementaires dans le délai après son affiliation à l'organisme avec l'immatriculation des salariés dans un délai ne dépassant pas un mois. Par exemple l'employeur qui n'a pas procédé au versement de la cotisation dans le délai prescrit est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 FCFA sans préjudice pour l'organisme d'appliquer les procédures et sanctions prévues par la loi d'intenter une action judiciaire en recouvrement des dites cotisations. Et il en est de même pour l'employeur qui sciemment procède au prélèvement des cotisations salariales indues.

Est puni d'une amende de 65 000 à 325 000 FCFA et du remboursement des sommes indument perçues au titre de l'assurance maladie obligatoire qui conque se rend

coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de poursuite judiciaire.

Les mesures de sanctions prises par l'organe de gestion à l'encontre des prestataires :

Est passible d'une amende de 130 000 à 650 000 FCFA, le prestataire de soin qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration sans préjudice de sanction disciplinaires qui peuvent être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou de la mise hors convention et d'autres poursuites judiciaires. Les praticiens ou les directeurs des établissements de santé qui refusent le contrôle médical sont passibles d'une amende de 325 000 à 1 300 000 FCFA sans préjudice de poursuite judiciaire.

Un plan d'action national d'extension de la protection sociale a permis la mise en place en plus de l'assurance maladie obligatoire, un Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

CHAPITRE III : le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

La loi n° 09-031 du 27 juillet 2009 a permis la mise en place d'un régime d'assistance médicale géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) afin d'assurer une couverture médicale aux personnes dépourvues de revenus.

Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit tout comme l'AMO s'immatriculer mais auprès de l'ANAM, disposer un certificat d'indigent délivré par la mairie du lieu d'habitation, ne pas être assujettie à l'AMO et être sans ressources. Le panier de soins du RAMED couvre les soins ambulatoires (consultations médicales, soins infirmiers, soins dentaires, imagerie médicales, examens de laboratoire, petites chirurgies), les hospitalisations (frais d'hôtellerie hospitalière, actes médicaux et chirurgicaux), les produits pharmaceutiques (inscrits sur une liste de médicaments admis), les prestations de maternité (ensemble des frais médicaux, analyses, examens, hospitalisation liée à la grossesse, accouchement et ses suites). Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100%.

Dans cette procédure de fonctionnement nous remarquons que les assurés sont repartis en deux blocs : ceux de l'état, des collectivités territoriales d'une part et ceux du secteur privé et les volontaires d'autre part.

Dans le but d'offrir une meilleure couverture aux populations le gouvernement a mis plus l'accent sur le côté social qu'économique pour que chaque assuré y adhère selon sa capacité contributive. Cela est dû à la volonté du gouvernement à relever le défi de l'objectif du millénaire pour le développement dont la santé est l'un des objectifs. Par la mise en place d'une telle structure les populations ont plus accès à des soins de santé et la charge de l'Etat dans le budget de santé peut être allégée progressivement.

Après l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) nous verrons le processus de fonctionnement de l'assurance santé dans une compagnie d'assurance dans le chapitre qui suit. C'est ce qui nous permettra de voir plus clairement les points communs et les spécificités de chaque structure (publique et privée).

CHAPITRE IV : Le processus de fonctionnement de l'assurance santé dans une compagnie d'assurance.

L'assurance santé étant une branche particulière pour les compagnies fonctionne d'une manière un peu plus complexe que les autres branches telles qu'AUTO, TRANSPORT et autres.

Le contrat d'assurance maladie étant généralement un contrat collectif a pour objet de garantir aux membres du personnel du souscripteur âgé de 60 ans au plus et leur famille, le remboursement de dépenses liées aux soins de santé de base et aux soins de santé complémentaires (soins dentaires, optiques médicales, maternité, soins à l'étranger.

Le contrat d'assurance régi par le code des assurances des états de la CIMA (Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance), est incontestable dès qu'il a pris existence sous réserve des causes ordinaires de nullité et sauf l'effet des dispositions de l'article 18 du code des états membres de la CIMA.

L'adhésion au contrat est conclue sur la base des déclarations du souscripteur et de l'assuré.

Toute action dérivant du contrat sont prescrites conformément aux dispositions des articles 28 et 29 du code CIMA.

Le processus de fonctionnement du contrat par la déclaration du risque

Section 1 : Les étapes de souscription d'une assurance Maladie dans une compagnie d'assurances

Paragraphe 1 : obligation des parties

Lors de la prise d'effet du contrat le souscripteur s'engage à faire parvenir à l'assureur la liste de tous les membres du personnel appelé à bénéficier des garanties. Cette liste précise pour chacun d'eux :

Noms et prénoms, date et lieu de naissance, ainsi que la catégorie socio-professionnelle ;

Le cas échéant, la mention en arrêt de travail.

A cette liste sont joints obligatoirement les questionnaires médicaux dûment complétés et régularisés par tous les assurés. Doivent y être précisés ; les malformations congénitales, maladies, infirmités survenues antérieurement à la date de la souscription.

1. L'engagement du souscripteur :

Le souscripteur s'engage à faire parvenir à l'assureur les documents suivants :

- les questionnaires médicaux régularisés par les nouveaux membres du personnel à garantir, avec indication précise, les malformations congénitales, maladies, infirmités survenues antérieurement à la date de l'inscription.
- les déclarations relatives aux mouvements du personnel (incorporation ou radiation) et autres modifications à prendre en considération (changement de situation de famille, tels la naissance d'un enfant et l'état de grossesse qui la précède ou de catégorie professionnelle).
- toute infirmité ou maladie grave dont l'assuré viendrait à atteindre. La résiliation d'un contrat d'assurance de même nature par un autre assureur ou la souscription chez d'autres assureurs d'un ou plusieurs contrats de même nature, y compris le montant des garanties et leur date de souscription.
- toute modification d'une situation indiquée aux conditions particulières dont tout changement de domicile, de profession. Cette déclaration doit être faite, préalablement à la modification, si celle-ci résulte du souscripteur ou de l'assuré :

Dans un délai de **un (01) mois**, en cas de naissance et de **trois (03) mois**, en cas de grossesse ;

Dans un délai de huit jours, dans les autres cas, à partir du moment où l'un ou l'autre en a eu connaissance.

En plus de ces informations le souscripteur s'engage aussi à faire parvenir à l'assureur la liste récapitulative de toutes les personnes garanties au cours de l'exercice.

L'assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces régulièrement transmises par le souscripteur et le paiement régulier des primes aux échéances fixées.

A défaut de fournir les pièces ci-dessus mentionnées, de même que dans tous les cas où renseignements, formalités complémentaires sont demandées, la prise d'effet des garanties se trouve reportée à la date de l'acceptation formelle du proposant par l'assureur.

Comme nous le savons l'assurance ne prend pas tous les risques mais elle offre une garantie plus étendue aux assurés selon les besoins exprimés. Parmi ces garanties nous pouvons noter entre autre le remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques, des frais d'hospitalisation, des honoraires chirurgicaux et frais accessoires, des frais d'examen de biologie et de radiologie médicale, des frais des actes de spécialités, des frais de kinésithérapie et de rééducation, des frais de prévention santé et de frais de séjour en sanatorium et préventorium.

Le contrat d'assurance santé étant géré par les compagnies IARD et en application des dispositions de l'article 13 du code CIMA la prise d'effet du contrat est subordonnée par le paiement effectif de la prime.

Section 2 : le paiement de la prime et prestation offerte

Paragraphe 1 : le paiement de la prime

La prime est payable au domicile de l'assureur ou de l'intermédiaire dans les conditions prévues à l'article 541 du code CIMA.

Il est interdit aux entreprises d'assurances, sous peine des sanctions prévues à l'article 312, de souscrire un contrat d'assurance dont la prime n'est pas payée ou de renouveler un contrat d'assurance dont la prime n'a pas été payée.

Les dispositions des alinéas 2 à 6 ne s'appliquent pas aux risques de l'Etat et de ses démembrements pour lesquels des délais de primes pourraient être accordés dans les conditions définies par la Commission Régionale de Contrôle des Assurances.

Lorsqu'un chèque ou un effet remis en paiement de la prime revient impayé, l'assuré est mis en demeure de régulariser le paiement dans un délai de huit jours ouvrés à compter de la réception de l'acte ou de la lettre de mise en demeure. A l'expiration de ce délai, si la régularisation n'est pas effectuée, le contrat est résilié de plein droit.

La portion de prime courue reste acquise à l'assureur, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

L'ajustement de prime sera effectué au plus tard quinze jours après que les éléments de la tarification soient définitivement connus. Le paiement du complément de la prime ou de la ristourne sera effectué au plus tard quinze jours après le calcul de l'ajustement.

Paragraphe 2 : les prestations offertes

En cas d'hospitalisation, l'assuré doit informer l'assureur dans les 48 heures, et avant sa sortie de l'établissement hospitalier. En l'absence d'hospitalisation, l'assuré doit déclarer son sinistre à l'assureur dans les quinze jours qui suivent le début du traitement. En cas de soins prolongé au-delà du 15ème jour, l'assuré doit aviser l'assureur pour permettre d'exercer son contrôle.

Dans le but d'offrir un meilleur service aux assurés les compagnies d'assurance proposent deux options aux assurés : le remboursement et le bon de prise en charge.

a. En cas de remboursement :

La déclaration de la maladie est remplie correctement par l'assuré, le médecin traitant et le prestataire de santé tels que le pharmacien ou le biologiste. Cette déclaration de maladie est individuelle et concerne une seule affection à la fois ;

L'ordonnance ou la prescription délivrée par le médecin traitant pour un seul assuré et pour une seule affection ;

Le reçu justificatif de la dépense régulièrement acquittée ;

La feuille de décompte de remboursement et les pièces s'y rapportant, lorsque le dossier a fait l'objet d'un règlement partiel par un autre assureur.

b. En cas de bon de prise en charge:

Le bulletin d'hospitalisation signé par le médecin traitant doit être produit à l'assureur. Ce document doit préciser outre les noms et prénoms de l'assuré, le diagnostic d'entrée.

La prescription et les devis estimatifs en cas de soins ou prestation qui requièrent l'accord préalable de l'assureur.

Le bon de prise de prise en charge délivré après réception, selon les cas, des documents énumérés ci-dessus, précise entre autre, le taux de remboursement des prestations. Lorsque le taux de remboursement est différent de 100%, il revient à l'assuré de payer au destinataire du bon de prise en charge le **TICKET MODERATEUR** afférent à sa facture.

Section 3 : spécificités par rapport à l'AMO

a. Le délai de carence et le délai d'attente :

Le **délai d'attente** est la période pendant laquelle l'assureur ne prend pas en charge les affections diagnostiquées ou constatées pendant toute sa durée, afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés à la souscription. Ainsi les affections diagnostiquées pendant le délai d'attente ne seront pas prises en charge par l'assureur même à l'expiration dudit délai.

Le **délai de carence** est le temps minimal qui doit s'être écoulé depuis le début de l'effet d'une police d'assurance maladie avant de pouvoir bénéficier de la garantie qu'elle offre

Afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés, l'assureur prévoit généralement dans le contrat, un délai de carence ou délai d'attente ou encore, délai de stage. Ce délai

court à partir de la prise d'effet du contrat et est généralement sélectif. Le délai de carence ou d'attente ne joue pas pour les cas d'accident.

Quelques exemples de délais de carence :

- environ 15 jours pour les maladies dont la période d'incubation est courte (Exemple : varice, rougeole, choléra, ...);
- 12 mois pour les maladies chroniques et les tumeurs (exemples : kystes, Leucémie, tuberculose, etc..., prothèses dentaires, lunetterie);
- 9 à 12 mois pour la maternité, lorsqu'elle est assurée.

Le délai de carence permet, après son expiration, la prise en charge des maladies constatées même pendant cette période. C'est la formule la plus utilisée.

Le délai d'attente par contre permet à l'assureur de ne pas prendre en charge les maladies constatées avant son expiration.

Dans tous les cas, la première constatation médicale doit être postérieure à la date de prise d'effet, sauf accord de l'assureur.

b. La clause d'ajustement :

Prévue dans certains contrats, la Clause d'Ajustement est un mécanisme qui permet de fixer à chaque renouvellement, la nouvelle prime en fonction du rapport S/P calculé à la fin de l'exercice. Cette clause qui a l'avantage de modérer la consommation de l'assuré, déroge un temps soit peu au principe de la mutualité et de l'inversion du cycle de production.

c. La réassurance :

L'assurance maladie échappe très souvent à la réassurance en raison des sinistres fréquents et de ces résultats déficitaires. Le risque maladie n'est pas un risque pris par les réassureurs. L'assureur maladie ne bénéficie donc pas comme indiqué des avantages de la réassurance ; notamment ceux qui lui permettent d'améliorer ses résultats grâce à la répartition et d'équilibrer ses résultats techniques d'une année sur l'autre.

d. La provision pour sinistre à payer (art. 334-12 code CIMA):

Les provisions techniques constituant la masse la plus importante des dettes de l'assureur, elles doivent être représentées par des placements générateurs de produits financiers. Ces produits financiers devraient servir à équilibrer les résultats techniques très souvent déficitaires. La fréquence élevée des règlements de sinistres ne permet pas la constitution d'importantes provisions. En conséquence, l'assureur ne peut même pas espérer que des résultats financiers quasiment nuls viennent combler les résultats

Nous savons que l'assurance santé a ses importances mais elle présente aussi des insuffisances. Pour combler ces insuffisances les compagnies ont offert aux assurés des couvertures dites assistance voyage dans le cadre de leur voyage.

CHAPITRE V: Le fonctionnement de l'Assurance Voyage

La vie d'un Homme coûte plus chère que ses besoins secondaires. Il est exposé à des risques, c'est pour minimiser une partie de ces risques qu'il faut souscrire à l'assurance voyage. Lors d'un déplacement aussi bien touristique que d'affaire, nous sommes exposés à divers périls. C'est dans cette optique que l'assurance voyage est rendue obligatoire dans tous les pays de l'espace Schengen depuis **1995**, afin de couvrir les nombreux voyageurs étrangers qui pourraient se retrouver face à certaines difficultés durant leur séjour. Par définition l'espace Schengen désigne un **espace** de libre circulation des personnes entre les États signataires de l'accord de **Schengen**, nom de la bourgade luxembourgeoise où il fut signé le 14 juin 1985, et de la convention d'application de l'accord du 19 juin 1990, entrée en vigueur le 26 mars 1995

L'assurance voyage est une protection du voyageur qui séjourne momentanément hors de son pays de résidence.

Il est à noter que les garanties du contrat d'assurance voyage sont régies par les dispositions de droit des assurances applicables dans le pays de souscription. L'assureur confie la gestion des prestations d'assistance et des garanties d'assurances à des sociétés spécialisées dans le domaine d'assistance.

Section 1 : les garanties du contrat et les exclusions en assurance voyage

Paragraphe 1 : les garanties accordées et la territorialité

1. Transport sanitaire vers le pays d'origine :

En cas d'atteinte grave sur le continent africain, européen ou hors des continents africain ou européen, le réassureur par l'intermédiaire de son équipe médicale facilite en cas de nécessité l'administration du bénéficiaire malade ou blessé dans le centre hospitalier le plus proche du lieu de l'accident ou de la maladie. La possibilité est offerte également au malade de son transfert vers un centre hospitalier mieux adapté après l'accord entre le médecin traitant et l'équipe du réassureur.

2. Retour / Rapatriement dans le pays d'expatriation :

Lorsqu'un bénéficiaire a fait l'objet d'un transport au titre de l'article transport sanitaire, le réassureur organise et prend en charge le retour vers le pays d'expatriation par le moyen décidé par l'équipe médicale du réassureur. Lorsque le bénéficiaire a fait l'objet d'une hospitalisation en dehors de son pays d'expatriation à la suite d'une maladie

ou d'un accident, le réassureur organise et prend en charge son retour dans le pays d'expatriation.

3. Frais médicaux et hospitalisations dans le pays de séjour :

Le remboursement des frais restant à la charge du malade sous déduction d'une franchise si le malade engage hors du pays de domiciliation des frais médicaux et d'hospitalisation sur prescription médicale.

Le réassureur rembourse également les frais dentaires d'urgence restant à la charge après intervention éventuelle de l'organisme social de base, de la mutuelle ou de tout d'organisme d'assurance ou de prévoyance.

4. Assistance en cas de décès d'une personne assurée :

En cas décès d'une personne assurée, il est pris en charge le transport du corps du lieu de mise en bière au lieu d'inhumation si celui-ci est situé dans pays de résidence ou dans son pays d'origine, les frais funéraires dans la limite du plafond de garantie et des franchises.

Les rapatriements à destination d'autres continents que les continents européens ou africains ne seront pris en charge qu'à concurrence du cout de rapatriement du pays de résidence vers l'Europe.

Par ailleurs cette garantie n'est pas applicable en cas de décès du bénéficiaire dans son pays de résidence.

5. Accompagnement du bénéficiaire :

En cas d'atteinte corporelle grave ou du décès d'un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans donnant lieu à un transport sanitaire MONDIAL ASSISTANCE prend en charge les frais de transport aller-retour d'un membre de la famille résident dans le même pays et lui-même couvert des garanties d'assistance pour accompagner le bénéficiaire.

6. Hospitalisation sur place :

Prise en charge des frais permettant à un membre de famille de se rendre au chevet du malade si celui-ci est hospitalisé plus de 10 jours en dehors du pays de résidences et qu'aucun membre majeur de la famille ne l'accompagnait pendant le voyage. MONDIAL ASSISTANCE prend en charge aussi le trajet aller/ retour ainsi que les frais d'hébergement d'un membre de la famille resté dans le pays de résidence afin qu'il se rende au chevet du malade.

7. Décès d'un parent proche :

En cas de décès d'un proche parent du bénéficiaire dans son pays d'origine, le réassureur organise et prend en charge pour ce bénéficiaire un titre de transport aller/retour pour lui permettre d'assister aux obsèques de ce proche parent. Mais cette garantie demeure soumise à un délai de carence de six mois à compter de la date de souscription de la police ou de la date d'incorporation.

8. Assistance retour anticipé :

Il est pris en charge dans la mesure où les moyens initialement prévus pour le retour dans le pays d'origine ne peuvent pas être utilisés, le trajet retour à domicile. Cette prestation est offerte uniquement afin d'assister aux obsèques suite au décès d'un conjoint de droit ou de fait, de l'un des ascendants ou descendants direct, ne participant pas au voyage et vivant dans le pays d'origine et âgé de moins de 70 ans.

9. Assistance juridique dans le pays de séjour :

Remboursement des honoraires d'avocat : Lorsqu'une action judiciaire est engagée contre le bénéficiaire le réassureur rembourse les honoraires des avocats, sur présentation des justificatifs et dans la limite des plafonds de garanties et des franchises dans la mesure où :

- le litige n'est pas relatif à une activité professionnelle,
- le litige n'est pas relatif à l'usage ou la garde d'un véhicule terrestre à moteur,
- les faits reprochés ne sont pas, selon la législation du pays de séjour susceptibles de sanctions pénales.

Tout comme les autres contrats d'assurance l'assurance voyage aussi présente des exclusions dans le contrat.

Paragraphe 2 : les exclusions de garanties

1. Au titre de l'ensemble des garanties Assistance :

- Les frais engagés sans l'accord préalable du service ;
- Les conséquences des maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue ou d'une hospitalisation de jour ou ambulatoire dans le six mois précédant la demande d'assistance ;
- Les conséquences d'affections en cours de traitement non consolidé pour laquelle le bénéficiaire est en séjour de convalescence, ainsi les affections survenant autour d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic ou de traitement ou celle

ayant fait l'objet d'une intervention du réassureur dans les deux ans précédant la demande d'assistance ;

- Les maladies préexistantes antérieures à la souscription des garanties d'assistance et ayant fait l'objet d'une consultation ou d'un traitement médical ;
- Les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu au remboursement, ainsi les frais de restauration et toute dépense pour laquelle l'assuré ne pourrait produire de justificatif.

2. Au titre de la garantie frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de séjour :

- les frais médicaux prescrits en dehors d'une hospitalisation, les frais de vaccination ;
- Les frais résultant des soins ou traitement ne résultant pas d'une urgence médicale ;
- Les frais qui auraient pu être effectués au retour de l'assuré dans son pays d'origine
- Les hospitalisations prévues ;
- Les frais résultant des soins ou traitement engendrés par des pathologies cancéreuses, infectieuses ou parasitaires ;

Les frais résultant de soins ou traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par les dispositions de droit applicables dans le pays de souscription:

Section 2 : Conditions de souscription du contrat et les prestations offertes:

Paragraphe 1 : Les conditions de souscription

Les garanties de la « **Convention de l'assurance assistance voyage** » sont acquises à toute personne physique titulaire d'une Police régulièrement souscrite, pour la durée de validité de ladite Police.

Pour souscrire une assurance, il faut passer par plusieurs étapes. Celle de la souscription d'une police d'assurance voyage est donc un processus qui va de la phase précontractuelle à la phase contractuelle en passant par la tarification.

a. La phase précontractuelle :

Un bulletin d'adhésion est soumis au souscripteur lequel est tenu de le remplir pour informer l'opinion de l'assureur. Il comprend : la filiation du souscripteur, l'adresse du pays de destination, et des questions sur l'antécédent médical du souscripteur. Certaines pathologies tels que :

- ✓ Hypertension artérielle
- ✓ Le diabète

- ✓ L'asthme
- ✓ Epilepsie
- ✓ Toutes maladies chroniques

Sont exclues de la garantie de l'assurance voyage. L'assureur ne prendra pas en charge les frais inhérents auxdites pathologies car elles existaient avant la prise d'effet du contrat.

En cas de fausse déclaration, ce dernier sera frappé par l'Art .18 du code des assurances, qui rend son contrat nul et de nul effet.

La tarification :

La tarification est le calcul de la prime que l'assuré paye. Elle tient compte des informations recueillies dans la proposition, de l'âge du proposant, de la zone géographique.

Phase Contractuelle :

- Elle est la phase de la formation du contrat .Cette phase est couronnée par la signature du contrat par les deux parties. Le souscripteur acquitte la prime correspondante à la durée du contrat sollicité et de facto transfère les risques qu'il peut encourir au cours de son voyage à l'assureur ; risques prévus et garantie par la police

Paragraphe 2 : Règlement de sinistre

1. Pour une demande d'assistance :

- l'assuré doit contacter ou faire contacter par un tiers dès que sa situation lui suppose un retour anticipé ou des dépenses entrant dans le champ de la garantie. Les services se tiennent à la disposition de l'assuré 24 H sur 24 et 7 jours sur 7 :

Par téléphone au n° 01 42 99 82 10 ou au n° 33 1 42 99 82 10 si l'assuré est hors de France.

Il est attribué immédiatement un numéro de dossier et le réassureur demande :

- de préciser le numéro de contrat
- d'indiquer l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut lui joindre ainsi que les coordonnées des personnes qui s'occupent de lui,
- de permettre aux médecins l'accès de toutes les informations médicales qui concernent la personne qui a besoin d'intervention.

2. Pour une demande de remboursement :

- afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par l'assuré avec l'accord du réassureur, l'assuré doit communiquer tous les justificatifs permettant d'établir le bien-fondé de la demande.

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par le service, ne donnent pas droit au remboursement ni à l'indemnité compensatoire.

3. Pour la prise en charge du transport :

Lorsque le réassureur organise et prend en charge le transport au titre des garanties, celui-ci est effectué en train 1^{ère} classe et /ou en avion de classe touriste ou encore en taxi, selon la décision du service d'assistance.

Dans ce cas, le réassureur devient le propriétaire des billets initiaux et l'assuré s'engage à restituer ou le remboursement du montant qu'il a pu obtenir auprès de l'organisme émetteur de ces titres de transport.

Lorsque l'assuré ne détient pas initialement de billet de retour, il lui sera demandé le remboursement des frais qu'il aurait exposés, en tout état de cause, pour le retour, sur la base du billet de train de 1^{ère} classe et / ou d'avion en classe touriste, à la période du retour anticipé.

Comme tout produit d'assurance, l'assurance voyage est un véritable gage de sécurité pour le voyageur. Elle apporte à celui-ci différentes solutions aux périls liés au déplacement aussi bien touristique que d'affaire, que les contrats d'assurance classique n'octroient pas.

En effet, au cours d'un déplacement le budget lié à ce voyage n'inclut pas nécessairement les différents aléas soulignés tels que l'assistance juridique à l'étranger, à la suite d'une infraction involontaire aux lois et règlements en vigueur que le bénéficiaire pourrait commettre et pour tout acte non qualifié de crime, à la demande du bénéficiaire adressée par écrit, si une action est engagée contre lui.

Prendre une assurance voyage permet de voyager en toute sécurité. En effet, le voyage est un moment agréable, de détente et non de contrainte. Le fait de souscrire une assurance voyage permet d'être indemnisé en cas de dommages, dès lors que l'assuré se trouve à l'étranger. L'assurance voyage prend à charge les frais occasionnés dans le cas d'une annulation de voyage, de perte de bagages, d'un accident ou de problèmes médicaux.

Importance de l'Assurance Voyage :

1. Importance Economique :

A travers cette garantie, l'on peut économiser ses frais de soins et d'hospitalisation, de pertes des bagages énumérées ci-haut dans les garanties. À l'étranger on est loin des parents, et des amis. L'assurance voyage existe pour minimiser les coûts des dépenses inutiles que nous faisons. Imaginons qu'une personne qui n'a pas souscrit à cette garantie et se retrouve dans une situation défavorable à l'étranger, comment procédera-t-elle pour être soignée et couverte ? Cette garantie est très importante, et ce n'est que obligatoire dans l'espace Schengen pourquoi pas d'autres espaces surtout l'Afrique ?

Très important, l'assurance voyage est une complémentarité de l'assurance maladie classique en cas d'urgence .Mais les deux peuvent être souscrites par une même personne (assuré).

2. Importance Sociale :

L'idéal même de l'assurance dans l'antiquité était l'entraide entre les individus en vue de pallier aux risques liés à l'existence. Autrement dit, l'assurance se présente comme une opération de lutte contre le hasard. Par conséquent, l'assurance voyage procure beaucoup d'avantages aux divers groupes sociaux à savoir : la rémunération, l'embauche, la formation, le soin, la prise en charge en cas d'événements malheureux à l'étranger.

La Plupart des gens pensent que cette garantie est faite pour les Européens. C'est normal parce que l'assurance en général est développée en Europe mais maintenant qu'on a su qu'elle existe pourquoi pas les imposées comme dans l'espace Schengen ? Cette assurance apporte de bien être dans la famille, il y'a moins de dépenses et quand le sinistre survient, l'on est en sécurité pour effectuer son voyage en paix et tranquillité.

3. Importance Financière :

La souscription de ces contrats mobilise une masse importante de fonds qui peut être placée auprès des grandes institutions financières afin de générer des intérêts pour la société. Cette masse de fonds pourra permettre à l'entreprise d'acquérir des obligations ou souscrire des actions auprès d'autres institutions bancaires.

L'assurance maladie et l'assurance voyage viennent ainsi renforcer le portefeuille des compagnies en terme de chiffre d'affaires quand on sait que la gestion est un peu plus facile pour l'assurance voyage que l'assurance maladie et la sinistralité est beaucoup moins

élevée en assurance voyage, si cette gamme d'assurance est commercialisée, cela va amoindrir la charge totale de la compagnie.

Conclusion de la première partie

Nous avons vu le fonctionnement de l'assurance santé dans une compagnie et l'assurance maladie obligatoire au niveau de l'organe de gestion. Il ressort cependant qu'une différence existe tant au niveau technique qu'au plan réglementaire. Au plan réglementaire les compagnies d'assurances sont régies par le code CIMA, de ce fait un contrôle régulier est effectué si besoin y ait dans ces compagnies.

Sur le plan technique la méthode d'appréciation du risque en vue d'une tarification au juste prix en considération de plusieurs paramètres à savoir l'âge, le sexe, la situation professionnelle, la situation matrimoniale du futur assuré est de rigueur au niveau des compagnies d'assurances. Pour satisfaire la clientèle les compagnies d'assurance offrent une couverture plus étendue c'est-à-dire ce qui n'est pas couvert à l'AMO et une assurance complémentaire.

Au niveau de l'assurance maladie obligatoire, nous remarquons que l'accent est mis plus sur le côté social. Le but recherché ici n'est pas de faire un profit pour l'organisme mais d'alléger la charge des populations pour leur santé.

Même si certains actes ne sont pas couverts par l'AMO, le constat est qu'une grande partie des garanties couvertes par les compagnies d'assurance sont aussi commercialisées par l'organisme de gestion de l'assurance maladie obligatoire et bon nombre de ces assurés sont affiliés avec statut de fonctionnaire d'Etat ou de collectivité territoriale. L'assurance maladie obligatoire offre en grosso modo les mêmes services que les compagnies d'assurance et en plus un avantage compte tenu de son statut par rapport aux privées. Cela n'est pas sans conséquence pour les compagnies d'assurance ou du moins sur la branche santé avec la mise en place d'une telle structure sur le marché.

Pour rechercher l'impact de l'AMO sur le développement de la branche santé dans les compagnies et proposer des solutions appropriées afin de développer l'assurance santé, nous allons nous servir des données d'ALLIANZ MALI ASSURANCES dans la deuxième partie de notre thème.

DEUXIEME PARTIE :

Impact de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire sur les compagnies d'assurance

Dans la deuxième partie nous allons faire un état des lieux de l'assurance maladie en zone CIMA c'est-à-dire l'environnement et situation de la branche dans le portefeuille d'une compagnie, mesurer la performance de cette branche .Il s'agira ensuite de faire ressortir le lien de causalité entre la performance de la branche santé et la mise en place de l'assurance maladie obligatoire par le pouvoir public. Enfin nous évoquerons les problèmes liés à la gestion de l'assurance maladie et proposer des recommandations

CHAPITRE I : Environnement et situation de l'Assurance

Maladie en zone CIMA.

La déclaration des Nations Unies de septembre 2000 engageait les dirigeants du monde entier à combattre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'encontre des femmes. Les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) découlent de cette déclaration et sont interdépendants. Ainsi par exemple, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une meilleure santé permet aux enfants d'apprendre et aux adultes de gagner leur vie. Trois ans après l'échéance fixée en 2015 force est de constater, en ce qui concerne la santé que l'objectif n'est pas atteint.

Le système de santé en Afrique doit être repensé. Et les Etats membres de la zone CIMA comme les autres pays ne permettent pas encore à toutes leurs populations, de vivre en bonne santé et d'atteindre le bien-être de tous à tout âge. L'accès aux soins de santé décents reste à réaliser. Les budgets nationaux alloués à la santé sont largement insuffisants. Le manque ou l'insuffisance des infrastructures de base pour fournir eau potable et électricité, ainsi que le nombre insuffisant de personnels de santé, rendent difficile et voire impossible, l'accès aux soins de santé. L'épidémie d'Ebola, qui a sévit en Afrique de l'Ouest, a révélé la criante insuffisance et la déficience des systèmes de santé de la zone.

L'OMS estime que l'Afrique supporte un quart de la « charge mondiale de morbidité, mais n'a accès qu'à 3 % du personnel de santé et a moins de 1 % des ressources financières mondiales ». À peine une poignée de pays africains, hors zone CIMA, ont tenu leur promesse, faite à l'Union africaine, de consacrer au moins 15 % de leur budget aux soins de santé. Dans les pays de la zone CIMA dotés de soins de santé publics, leur prix est difficilement accessible à la majorité. Cela a donné naissance à un système à deux vitesses : un accès à des soins de qualité pour ceux qui peuvent financer leur demande de soins, tandis que les autres doivent se contenter des établissements publics souvent bondés et abandonnés des praticiens au profit des cliniques privées. A titre d'illustration, au Cameroun les ménages financent à plus de 52% les dépenses de santé.

Cela serait valable pour les autres pays de la CIMA. En effet, la Banque mondiale estime qu'en Afrique subsaharienne la part des dépenses de santé non remboursées, par rapport aux dépenses de santé totales, est passée de 40 % en 2000 à plus de 60 % en 2014. Les dépenses non remboursées de par leur importance peuvent conduire progressivement

même des populations aux revenus intermédiaires à la pauvreté. En regardant au-delà de notre zone, les rares pays: Burkina, Togo, Côte d'Ivoire... dotés de régimes nationaux d'assurance maladie qui ont ciblé le secteur formel, seule une minorité y a accès, selon l'OMS. Le Rwanda est le seul bon élève de la classe parce qu'il a décidé de fournir une assurance maladie universelle ouverte à tous. Le taux de couverture de son régime national communautaire est le plus élevé du continent. A travers les Mutuelles de santé la population couverte serait de 91 %, et cela, en dépit du fait que le pays a un revenu national parmi les plus faibles en Afrique.

Selon McKinsey, un cabinet de conseil auprès des directions générales basé aux États-Unis, le marché des soins de santé en Afrique s'élève à 35 milliards de dollars environ. Sans avoir des chiffres pour les seuls pays CIMA, il est raisonnable de penser que d'importantes potentialités de développement existent pour les assureurs privés, au regard du faible taux de pénétration de l'assurance :

- Seulement 3% de la population bénéficie de l'assurance maladie privée
- Existence d'une demande en forte croissance en relation avec la démographie qui pourrait être « solvabilité » si des produits et des mécanismes de distribution appropriés étaient imaginés.

Pour l'heure, plus d'une centaine de compagnies d'assurances proposent des couvertures maladie personnalisées et sur mesure dans notre zone. Elles sont pour l'essentiel, destinées aux groupes de préférence à adhésion obligatoire et, exceptionnellement aux familles. La plupart de temps, les familles recherchent une couverture d'assurance quand le risque s'est déjà réalisé et qui en tout état de cause, n'offrent en leur sein, aucune possibilité de mutualisation. En 2016, les derniers chiffres disponibles de la FANAF ressortent que la contribution moyenne de l'assurance Maladie dans le chiffre d'affaires dans l'espace CIMA était de 24%, deuxième après l'automobile. Certains pays enregistrent des scores plus importants comme le Togo 37% et le Bénin 32% a contrario d'une performance faible de cette branche en République du Congo dont il faudrait rechercher les causes : 9%. De formidables opportunités existent et se traduisent par une progression en moyenne annuelle de l'ordre de

10%. La distribution de l'assurance est fortement tributaire des intermédiaires qui apportent 80% de la production réalisée en zone CIMA³.

Si la contribution de l'assurance maladie dans le chiffre d'affaire d'une compagnie est importante quant en est-il de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire par le pouvoir public pour les compagnies d'assurances ?

Avant de rechercher les retombées de la mise en place de l'AMO sur la branche maladie dans les compagnies d'assurances, nous allons analyser l'évolution des chiffres d'affaires globaux des compagnies IARD opérant sur le territoire national.

³ Théophile Gérard MOULONG Directeur Général de SAHAM Assurance Cameroun et Président de L'Association des Sociétés d'Assurances du Cameroun (ASAC) .rapport sur états des lieux de l'assurance maladie en zone CIMA (p5-9).

CHAPITRE II : évolution des émissions de primes et évolution de la sinistralité.

Section 1 : L'évolution des émissions des compagnies entre 2011-2016.

Il s'agit bien entendu des compagnies IARD qui sont en train de développer petit à petit la branche santé dans leur portefeuille. Ces compagnies sont majoritairement maliennes mais nous verrons que les groupes sont leaders sur le marché.

Tableau 1:EMISSION DES PRIMES DES COMPAGNIES NON VIE (en millions de francs)

SOCIETES	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	prime émise	prime émise	prime émise	primes émises	primes émises	primes émises
ASS. BLEUES	2459	2207	2357	3033	3 589	4 761
SABU NYUMAN	2774	2504	2586	2086	2 237	3207
LAFIA	3144	3108	3520	4361	4 280	4139
SAHAM	6565	8403	7814	6907	9 244	10075
ALLIANZ	4264	3960	3835	3651	2 828	4144
NALLIAS	1669	2017	2408	2286	2 793	2842
NSIA -IARD	955	1555	1349	2074	1 753	1613
SUNU	0	0	527	780	1 577	1 725
TOTAL	21830	23754	24396	25178	28301	32506

Source : direction nationale des assurances (DNA)

Les primes émises par les compagnies d'assurances dommages s'élève à 23 754 milliards de FCFA. Ce qui correspond à un accroissement de 2,7% du volume par rapport à l'exercice 2012. SAHAM, avec un chiffre d'affaire de 7,814 milliards de FCFA, occupe la première place avec 32,03% de la part du marché dommage. ALLIANZ, avec un chiffre d'affaires de 3,835 milliard, occupe la seconde place avec 15,72% de la part du marché. Toutefois, SUNU Assurances, la plus jeune société IARD au Mali, occupe la dernière place avec un chiffre d'affaires de 527 millions de FCFA soit 2,16 % de la part du marché. Les évolutions les plus encourageantes en 2014 sont observées chez NSIA IARD et SUNU Assurances. SUNU affiche un accroissement de remarquable en passant de 527 millions 780 millions en 2014. Quant à NSIA-IARD, le chiffre d'affaires passe de 1349 millions en 2013 à 2074 millions en 2014 soit une évolution de 53,74%.

Les primes émises des sociétés non vie au Mali sont passées de 25,1571 milliards en 2014 à 28,301 milliards en 2015, soit un accroissement de 12,49%. Les sociétés ALLIANZ et ASSURANCES BLEUES enregistrent les évolutions les plus importantes entre 2015 et 2016. Ainsi, le chiffre d'affaires d'ALLIANZ passe de 2,828 milliards à 4,144 milliards soit une progression de 46,53%. Quant aux ASSURANCES BLEUES, il est de 4,761 milliards en 2016 contre 3,589 milliards en 2015, soit une évolution de 32,66%.

Par contre, certaines sociétés ont connu une baisse de leur chiffre d'affaires entre 2015 et 2016 sans pour autant impacter le chiffre d'affaires global. Il s'agit de LAFIA et de NSIA-IARD. Le chiffre d'affaires de LAFIA est passé de 4,280 milliards en 2015 à 4,139 milliards en 2016, soit une régression de 3,29%. Celui de NSIA-IARD a connu une baisse de 7,88%, passant de 1,751 milliards en 2015 à 1,613 milliards en 2016. La société SAHAM assurances reste le leader du marché avec un chiffre d'affaires de 10,075 milliards et une part de marché de 30,99% en 2016. Elle est suivie par les ASSURANCES BLEUES dont le chiffre d'affaires est ressorti à 4,761 milliards, soit 14,65% de part du marché. La société NSIA-IARD, qui a connu une baisse de son chiffre d'affaires, avec 4,96% de part de marché, occupe la dernière place

Tableau 2: Evolution des primes de quelques grandes branches d'ALLIANZ MALI.

Année	auto	maladie groupe	assistance voyage	transport	RC (RC auto exclu)
2013	4595 397 845	674 842 863	240 388 526	1 843 547 676	720 707 364
2014	4891 449 693	858 108 767	373 525 407	2 497 014 580	766 719 851
2015	398 456 956	629 533 506	399 145 572	2 200 759 941	530 494 161
2016	4 065 271 372	704 672 560	433 161 822	2 190 522 822	615 971 066
Total	16950575866	2867157 696	1 446 221 327	8 731 845 019	2633892 442

Source : Allianz Mali assurances

Les primes émises au cours de quatre dernières années ont été conséquentes pour la compagnie. Nous remarquons sans surprise que la branche auto est la plus importante en termes d'émission de prime. Cela s'explique par une obligation d'assurance en responsabilité civile pour les véhicules terrestres à moteur (VTM). Le Mali n'étant pas débouché à la mer la seule branche à laquelle les compagnies peuvent faire suffisamment de chiffre c'est l'auto. Mais le fait aussi d'une obligation d'assurance dans cette branche a beaucoup contribué au développement de l'assurance au Mali.

A côté de l'auto nous remarquons aussi que l'assurance transport vient en force presque la moitié des chiffres d'affaires de l'auto soit 8 731 845 019 FCFA ont été émises ces dernières années dans cette branche. L'essor de cette branche s'explique aussi par la volonté du pouvoir public à imposer une assurance aux marchandises importées, car le Mali est un pays où le secteur tertiaire est développé.

L'économie malienne tourne en grande partie autour du commerce import-export et c'est cette situation qui favorise une souscription fréquente des contrats d'assurance par les opérateurs économiques.

Quant à l'assurance maladie elle aussi se développe peu à peu derrière auto et transport même si une réglementation qui obligerait aux populations de souscrire une assurance maladie n'existe pas pour le moment les entreprises ont compris l'importance de cette assurance et viennent souscrire pour transférer le risque vers l'assureur. La santé n'a pas de prix là où la de l'homme est mauvaise l'économie l'est aussi disait l'économiste Becker.

À la différence des autres branches de l'assurance, il ne s'agit pas uniquement d'évaluer et de dédommager des sinistres, mais de garantir une prise en charge, d'interagir avec les professionnels de la santé et de gérer des dossiers au quotidien », explique Mehdi Tazi, directeur général de l'assureur marocain CNIA Saada et secrétaire général de sa maison mère, Saham Finances.

En ce qui concerne l'Allianz Mali assurances un département de santé vient d'être créé dans le but d'attirer plus de cibles et spécialiser le département aux autres départements pour une meilleure gestion des contrats maladie car les résultats enregistrés ces dernières années sont promoteurs pour la compagnie.

L'assurance maladie, peut être considérée aujourd'hui comme un secteur stratégique même si On ne peut pas dire que cette activité soit l'une des plus rentables, en raison de sa complexité en matière de gestion elle est une manière de prouver la qualité de service. Les grands assureurs ont ainsi développé un système de tiers payant qui permet d'avancer les frais de santé, tout en surveillant les prescriptions. Pour ce faire, ALLIANZ MALI ASSURANCES emploie du personnel médical chargé de vérifier la cohérence des ordonnances pour limiter les abus dans un domaine où la fraude est répandue.

Comme branche prometteuse nous avons la responsabilité civile et l'assistance voyage qui s'apparente avec la maladie sont entre autre des branches qui ces dernières années font de l'ALLIANZ MALI ASSURANCES une des meilleure compagnies sur le marché malien.

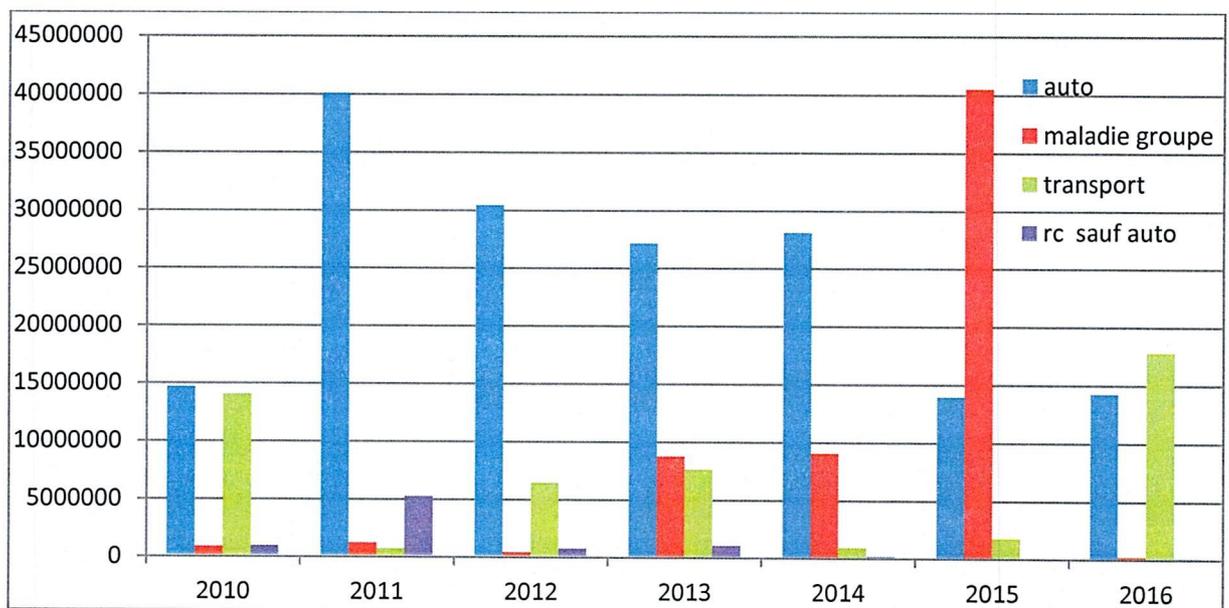
Le rôle de l'assureur n'est pas seulement de prendre la prime d'assurance mais régler aussi les sinistres de ses assurés victimes.

Section 2 : Évolution de la sinistralité

L'activité d'un assureur est d'offrir une garantie appropriée à l'assuré et l'offre de cette garantie que l'assuré considère comme un vent, mais c'est à la survenance du sinistre qu'il saura l'importance de cette offre. De ce fait le service sinistre d'une compagnie doit être le plus important car la clé de la performance d'une compagnie repose sur le service. La satisfaction de la clientèle se mesure par la célérité dans le règlement du sinistre et même la fidélisation de la clientèle dépend de la compétence du département sinistre.

Un client satisfait dit à trois personnes, mais s'il n'est pas satisfait il dira à dix personnes. Pour fidéliser les anciens et prospecter de nouveaux il faut une très bonne gestion de sinistre dans le temps, cela poussera aussi les clients à faire de la publicité pour la compagnie. Cette logique nous permet de faire une analyse du règlement de sinistre entre 2010 à 2016.

Figure 1: Evolution de la sinistralité



Source : ALLIANZ MALI ASSURANCES

La sinistralité de la compagnie a été ces dernières années marquée par une grande variation dans la branche auto et maladie groupe. Comme l'auto est considérée comme l'une des plus importantes branches en termes de souscription et sans doute c'est aussi la branche qui a enregistré le plus de sinistre. Cette sinistralité a dominé jusqu'en 2014. La cause de cet écart de sinistre peut être en grande partie par la souscription des transports publics des voyageurs (TPV).

Jusqu'à l'assurance maladie n'enregistrait de sinistre pas plus que l'auto. En cette période il n'y avait pas assez de client dans le portefeuille de la compagnie et c'est en 2015 qu'on enregistre une sinistralité supérieure à celle de l'auto. Cela peut être dû par un sinistre exceptionnel qui aurait frappé un gros client ou de nombreux petits sinistres qui ont touché la branche en cette année.

Derrière auto et maladie nous la responsabilité civile et le transport qui enregistré de petits sinistres même si en 2010 et 2016 il y a eu brusque augmentation de sinistralité, ces deux branches ne sont pas aussi sinistrées que les autres.

L'importance n'est seulement de souscrire beaucoup de contrat mais la célérité dans la prestation de service au moment de la survenance de l'évènement garanti. C'est ce qui a fait la différence entre les compagnies dans le marché. Le rôle du régleur de sinistre est très important pour la fidélisation des clients. Pour honorer ses engagements envers les assurés et être plus compétitif face à la concurrence, l'ALLIANZ MALI ASSURANCES s'est donné tout le moyen afin de régler un sinistre dans un bref délai, car le personnel est conscient que régler un sinistre c'est aussi gagner un client.

Nous venons de voir que malgré la mise en place de l'assurance maladie obligatoire par le pouvoir public les compagnies d'assurance en occurrence l'ALLIANZ MALI ASSURANCES ne cesse de se développer dans cette branche. D'où l'assurance maladie obligatoire et les compagnies privées doivent converger ensemble pour réduire les inégalités sociales et offrir aux populations de meilleurs soins de santé.

CHAPITRE III : Assurance publique et privée

Sur le plan opérationnel donc, notre enquête nous a permis de comprendre qu'il y a deux régimes d'assurance maladie qui se côtoient, celui de la CANAM (AMO) et l'autre des compagnies d'assurances.

Sachant qu'une grande partie des salariés ne bénéficiaient pas de la couverture maladie et que peu d'entreprises la servaient à tous leurs salariés et que parfois même, elle était réservée aux seuls cadres en tant qu'avantage lié à leur rang, l'avènement de l'assurance maladie obligatoire a incité les entreprises à souscrire la totalité des salariés, une situation qui a supplanté toutes autres considérations.

L'AMO proposée par la CANAM a été importante, car il s'agit de la protection sociale et de la prévention médicale à tous les salariés.

En conséquence, les compagnies privées proposent à leurs clients des contrats d'assurance maladie « sur mesure » pour satisfaire des demandes précises.

Leur niveau de remboursement diffère selon la catégorie des couvertures maladie, du basique à celle de luxe.

Les couvertures sont en fonction des budgets des entreprises et des contrats qu'elles souscrivent pour le compte de leurs salariés. Et ce, nonobstant le fait que toutes les entreprises affiliées à la CANAM supportent déjà une cotisation à la CANAM, c'est compte tenu du taux de cette cotisation que les contrats en question sont négociés avec les compagnies. Le taux de cotisation est l'un des éléments importants des contrats négociés par les entreprises avec les assureurs.

La mise en place de l'AMO a été une occasion pour les assureurs privés de mettre sur le marché de nouveaux produits dits complémentaires.

Section 1 : AMO, un facteur important pour les compagnies privées

Paradoxalement, c'est grâce à l'émergence du système public de couverture (assurance maladie obligatoire) que les assurances santé pourraient vraiment décoller. « Dans ce domaine, privé et public ont des intérêts convergents, confirme *Thierry Roussay, directeur international de Cegedim Assurances*. Pour le public, c'est un levier puissant de lutte contre les inégalités et la pauvreté. En ce sens, le régulateur doit définir le niveau de soins minimal pris en charge par l'État. Pour le privé, c'est la promesse d'une nouvelle clientèle attirée par l'offre de couverture complémentaire. »

Un chantier que plusieurs pays – Algérie, Maroc, Tunisie, Mali, Gabon – ont déjà mené et que d'autres, comme le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Burkina, développent actuellement.

Reste aux assureurs privés à trouver leur place dans ces nouveaux dispositifs. « Le potentiel est là quel que soit le modèle, souligne Mehdi Tazi. Au Maroc, le privé représente environ 300 millions d'euros de primes, soit moins de 1 % du marché. En Europe, la part du privé est dix fois supérieure. Le potentiel est immense. » Au sud du Sahara, où les systèmes se mettent en place, les assureurs peuvent jouer un rôle plus grand, au-delà de la gestion des complémentaires. Ils pourraient se voir déléguer en partie la gestion du système de base, dont l'indispensable lutte contre les fraudes.⁴

Il faut cependant noter que les compagnies d'assurances commercialisent deux types de complémentaires : le ticket modérateur de l'AMO et certains actes non couverts par ladite structure

a. Le ticket modérateur :

Sachant que dans le premier volet l'AMO assure un remboursement de 70% et 80% en fonction de la nature du prestataire de soins les assureurs assurent le remboursement des 30 ou 20 % restants selon le cas. Les compagnies assurent le 100% du ticket pour offrir une couverture complète aux assurés qui désirent souscrire à ces contrats.

b. Assurance des soins exclus par l'AMO:

Le deuxième volet de l'offre concerne la prise en charge de tous les risques non couverts par l'AMO, notamment les soins dentaires et optiques. Sur ce dernier volet, les assureurs maliens ont décliné leur offre en plusieurs options proposant un certain nombre de possibilités pour l'assuré. Celui-ci peut choisir, en fonction de sa cotisation bien sûr, un taux de remboursement de 70%, 80% ou encore 90% car, par principe, dit-on « nous voulons, pour moraliser le risque, ne pas assurer un remboursement à 100% des soins ». L'assurance maladie obligatoire n'est pas une concurrence pour les compagnies mais c'est une opportunité pour celles-ci de mieux faire comprendre aux populations l'importance de la souscription à un contrat maladie. Ce message passe facilement aujourd'hui grâce à l'AMO.

c. Indicateur de performance de la branche santé de l'Allianz Mali Assurances:

Un indicateur est une information ou un ensemble d'informations contribuant à l'appréciation par le décideur d'une situation. Un indicateur de performance est une mesure ou un ensemble de mesures braquées sur un aspect critique de la performance globale de l'organisation.

⁴ Interview de Thierry Roussay, directeur international de Cegedim Assurances sur la couverture sociale. L'assurance maladie obligatoire et l'assurance privée n'ont pas de divergence mais elles se complètent pour une meilleure couverture sanitaire des populations.

Le **taux de renouvellement (TR)** des contrats qui se calcule comme suit⁵ :

Nombre de polices renouvelées

$$\text{TRC} = \frac{\text{Nombre de polices renouvelées}}{\text{Nombre de polices initiales}} \times 100$$

Nombre de polices initiales

Les polices non renouvelées correspondent ici aux polices résiliées à la demande du client

Il nous permet de mesurer le degré de fidélisation de la clientèle.

Il doit être supérieur ou égal **80%**.

Il est nécessaire pour attirer l'attention de la compagnie sur une mauvaise qualité éventuelle des prestations. En effet, si nous avons par exemple un TRC qui s'élève à 25%. Cela signifie que près de 75% des polices ont été résiliées. Il va falloir trouver la raison d'un tel résultat.

Dans le cas de ALLIANZ MALI ASSURANCES nous avons au total 11 000 512 contrats souscrits entre 2010 et 2017 parmi lesquels nous avons 8 628 417 contrats qui courent jusqu'en fin 2018 et 2019 et 2 372 095 contrats ont été résiliés ces dernières années soit un taux de résiliation de 22%.

Avec un taux de renouvellement de 78% dans cette branche nous pouvons affirmer que le degré de fidélisation de la clientèle est bonne, en effet, une clientèle satisfaite est fidélisée, ce qui permet au renouvellement des contrats d'observer que les assurés reconduisent leur contrat, et implicitement les contrats ayant constitué les risques d'accompagnement. Cela sous-entend un accroissement du chiffre d'affaire en y ajoutant les affaires nouvelles. De plus, lors de la souscription des contrats, certains clients ont tendance à faire cas des déceptions connues chez le précédent assureur. Ainsi, plus les assurés sont satisfaits, plus nous avons d'assurés en portefeuille et nous tendons à respecter la loi des grands nombres, ce qui a l'avantage de mutualiser le portefeuille de l'assureur et de le protéger du risque de faillite.

Si depuis la mise en place de l'assurance maladie obligatoire par le pouvoir, les assureurs privés n'ont cessé d'élargir leur champ d'intervention à travers la complémentaire cependant nous constatons toute même que public et privé doivent se développer ensemble pour réduire les dépenses de santé de populations.

⁵ Okou Gérard Mathieu N'KATTA

Institut national polytechnique Félix Houphouët Boigny - Ingénieur en hautes études en assurance 2008

Section 2 : Assurance Publique et Assurance Privée se complètent

A partir du moment où les individus financent par des cotisations obligatoires ou par l'impôt l'accès à des soins ou à une assurance sociale, leur besoin, leur désir et leur capacité financière à recourir à une assurance privée sont peu réduits. L'assureur privé est donc un complément à l'assureur public.

Cette notion de complémentarité traditionnellement utilisée en France pour qualifier la couverture privée est plus entendue au sens mathématique qu'au sens économique du terme. Si l'on considère assurance publique et privée comme deux biens, la notion de complémentarité économique renverrait à l'idée qu'à chaque niveau de couverture publique, il faut associer un niveau de couverture privée minimal, sans lequel l'individu ne tire aucune utilité de la consommation d'assurance publique.

A différents types de système public on peut associer différents besoins de complément privé. D'où l'idée d'établir une typologie fonctionnelle de l'assurance privée qui rend compte de la nature de besoin et indirectement du rôle de l'assurance privée. En effet l'Etat garantit une partie de la couverture de base à la population. Si cette couverture publique exclut explicitement certains biens et services, l'assurance privée peut remplir le complément qui devrait en principe rester à la charge de ces populations. En fait, les assurances privées proposent un menu de services : couverture, comme en France du forfait hospitalier journalier laissé à la charge de chaque assuré public ; couverture de soins auprès des praticiens non conventionnés par les caisses publiques et couverture de service hospitalier exclus de l'assurance de base (services qui peuvent des services d confort). En ce sens l'assurance privée permet d'accéder à une meilleure qualité de service.⁶

La couverture privée duplique donc la couverture publique sur le plan de financement et elle contribue au financement de l'offre dans un système privé parallèle. La souscription d'une assurance privée permet à l'assuré de bénéficier au moment d'un traitement, un plus large choix de prestataire, un plus grand confort hospitalier, autrement dit elle permet aux assurés d'avoir une prise en charge de meilleure qualité que celle dont ils pensent pouvoir bénéficier dans le service public.

⁶ La généralisation de la couverture complémentaire en santé Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 18/07/2013 .Rapport rédigé par : Secrétariat général du HCAAM : Mme Marie Reynaud M. Laurent Butor M. David Foucaud Mme Pascale Bonnevide Rapporteur Mme Cécile Waquet (p9, p16, p19 et p40).

L'assurance privée et publique se complètent mais elles ont un objectif différent. A première vue, la raison d'être de l'assurance privée est comme celle de l'assurance sociale : la mutualisation des risques. Mais l'assurance privée recherche, autant que faire se peut, une tarification sur mesure, fonction du risque actuariel, ce qui conduit à la sélection du risque. L'assurance sociale en revanche repose sur un principe de solidarité qui implique des cotisations indépendantes du risque et croissant avec le revenu. L'objectif de l'assurance sociale est de partager les risques non seulement à l'intérieur de chaque classe de risques, ce qui est économiquement efficace, mais aussi entre les classes de risques, ce qui est redistributif. En outre lorsque le financement est basé sur la capacité redistributive, l'assurance publique opère une double redistribution : entre classe de risque et classe de revenu.

Si les assurances privée et publique ont un but différent il n'y a pas de raison de l'existence d'une concurrence sur le marché entre privée et public et donc de ce fait les compagnies privées ne seront pas menacées par l'apparition de l'assurance maladie obligatoire mais elles pourront étendre plutôt leur champ d'opération grâce même aux campagnes de sensibilisation qu'effectue le service public à l'endroit des populations par des caravanes sur toute l'étendue du territoire.

Si l'assurance privée et publique peuvent se développer en complémentarité sans existence d'une concurrence entre elles, il faut cependant noter que les compagnies d'assurances privées font face à un certain nombre de problèmes qui pourraient freiner le développement de la branche maladie. L'ALLIANZ MALI ASSURANCES comme toutes les autres compagnies maliennes sont confrontées à ces problèmes qui ne cessent de déséquilibrer la branche maladie.

CHAPITRE IV : Le risque de fraude et de déficit

Section 1 : Les cas de fraudes possibles

Les fraudes sont possibles aussi bien lors de la conclusion du contrat que lors de son exécution. Aussi varient-elles selon le système de gestion. Par ailleurs les fraudes sont dues à diverses raisons telles que : la famille ou même plus encore la solidarité africaine qui fait que l'on veut aider ses connaissances à se faire soigner, la faiblesse des revenus d'un assuré qui peut pousser ce dernier à faire de la fraude pour se procurer de l'argent.

Paragraphe 1 : Les fraudes en début du contrat

Les fraudes en début du contrat peuvent être aussi bien l'œuvre du souscripteur que celle du courtier (Intermédiaire).

Les fraudes du souscripteur :

Il s'agit généralement de la fausse déclaration du risque et de l'anti sélection.

- La fausse déclaration du risque

Selon l'**article 12 alinéa 2** du code des assurances des pays membres de la CIMA ; « l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ». Il est question ici des circonstances connues de l'assuré ; ce qui exclut donc les circonstances que l'assuré ne pouvait connaître. En outre s'entend par circonstances de nature à faire apprécier le risque, celles qui influent sur le taux de prime. A ce niveau, en maladie, ce pourrait être l'âge, les antécédents médicaux de l'assuré ; les maladies présentes ou passées, celles qui intéressent l'assureur parce qu'elles ont un rapport avec la diligence ou la moralité de l'assuré notamment les informations données par le précédent assureur. Pendant longtemps, les déclarations faites par les assurés au moment de la conclusion du contrat devaient être spontanées. Mais, les assurés connaissent mal la technique des assurances et ne savent toujours pas quelles sont les circonstances subjectives qui peuvent intéresser l'assureur. La question a depuis évolué, lorsque le code des assurances des pays membres de la CIMA a en son **article 8**, fait obligation à l'assureur d'indiquer clairement à l'assuré ses obligations en ce qui concerne la déclaration du risque et la déclaration des autres assurances couvrant les mêmes risques. Dès lors, les assureurs ont pris l'habitude de rédiger des questionnaires en des termes précis qu'ils soumettent au souscripteur. Le questionnaire guide souscripteur dans ses déclarations. Aux questions posées, il peut répondre par oui ou par non. Une partie de la

doctrine pense d'ailleurs que le questionnaire ne dispense pas l'assuré de déclarer spontanément une circonstance qu'il sait aggravante et dont il n'a pas eu l'occasion de faire mention en répondant aux questionnaires. Malgré toutes ces tentatives juridiques ayant pour but de réguler la situation, force est de constater aujourd'hui, que le problème des fausses déclarations n'est malheureusement pas résolu à l'ALLIANZ MALI ASSURANCES. En effet, les assurés continuent d'occulter leur réel état de santé dans la déclaration du risque. Il devient alors difficile voire impossible pour l'assureur et le médecin conseil de faire une appréciation objective du risque à garantir. Les antécédents médicaux qui peuvent avoir une influence sur l'état de santé prochain sont également occultés par les assurés. A cela, ces deux aspects, s'ajoute le fait pour l'intermédiaire ou l'assuré de n'apporter dans le portefeuille de l'assureur que des personnes ayant une morbidité élevée : c'est l'anti sélection.

· **L'anti sélection :**

L'anti sélection en assurance est matérialisée par la tendance des personnes présentant un risque plus élevé que la moyenne à vouloir s'assurer ou prolonger leur couverture. Si elle n'est pas contrôlée à la souscription, elle a pour conséquence des niveaux de sinistre plus élevés que prévu. Elle apparaît lorsque les assurés détiennent des informations sur le niveau de risque, auxquelles l'assureur n'a pas accès : cette asymétrie pousse les assurés à choisir un niveau de couverture adapté à leurs besoins sans que ces derniers ne soient connus par l'assureur. En assurance-maladie par exemple, il y aura anti-sélection si ce sont des personnes déjà malades, ou des femmes enceintes qui souscrivent, sans que l'assureur soit conscient de leur état. Ainsi pour une prime donnée, seules les personnes qui présentent un niveau de risque identique ou supérieur à celui qui est associé au niveau de prime proposé vont souscrire au contrat. L'anti sélection peut être fatale pour un assureur en ce sens que si la prime est trop élevée, les bons risques finissent par sortir du contrat. L'assureur doit alors augmenter la prime en courant le risque de perdre ses assurés. Par ailleurs, l'anti sélection est le fait pour un échantillon de la population ou pour un groupe donné, de ne proposer à l'adhésion du Contrat maladie que les personnes dont la morbidité est généralement élevée, ou qui doivent faire face à un traitement lourd. Aussi, pour les familles ne pouvant supporter les coûts de couverture médicale de toute la famille, ne sont présentés comme bénéficiaires du contrat maladie que des enfants souffrant de maladies exigeant un traitement coûteux. Un autre aspect, est le fait pour l'assuré, qui est atteint d'une maladie qu'il ne peut traiter sur place, dont il n'a d'ailleurs pas fait cas lors de la déclaration du risque, de demander une extension de sa garantie à « l'évacuation

sanitaire à l'étranger » dès la souscription du contrat. L'assureur est dans ce cas difficilement à l'abri du risque réalisé ou du risque certain. Les intermédiaires, apporteurs d'affaires peuvent être eux aussi à la base de la fraude

Paragraphe 2 : Les fraudes en cours d'exécution du contrat

Les fraudes du bénéficiaire :

Les fraudes du bénéficiaire se caractérisent par le risque moral, la substitution de personne, les factures fictives et la modification de la nature de l'affection sur la feuille de soins.

Le risque moral :

Le risque moral est la situation souvent observée où des adhérents ou des personnes à leur charge, à partir du moment où ils sont assurés, tendent à consommer abusivement des services proposés. Il y a risque moral lorsque la protection que fournit l'assurance encourage les individus à provoquer l'évènement assuré ou à se comporter de manière à augmenter la probabilité qu'il ne survienne. Par exemple, si un assuré, pour toucher une assurance sur un bien, est tenté de détruire ce bien. Ainsi, une personne bénéficiant d'un niveau de garantie donné peut chercher à tirer le meilleur parti possible de cette couverture santé. Elle va optimiser son utilité en consommant des actes médicaux dont les prix sont rendus moindres par la présence de la couverture santé. Par exemple, un assuré atteint du paludisme déclare lors de la consultation un certain nombre de douleurs fictives tel un mal de gorge, un mal de ventre, une fatigue générale, juste pour se procurer une panoplie de médicaments à conserver dans sa boîte à pharmacie. Par ailleurs, plutôt que de fréquenter les centres de soins par nécessité, certains assurés le font par luxe puisque ceux-ci se savent bénéficiaires d'une couverture maladie. Ainsi un assuré bénéficiant d'une couverture maladie possible dans une clinique de renom (faisant partie bien entendu du réseau de centres conventionnés), préférera y aller plutôt que d'aller dans une clinique moins connue. Aussi n'hésitent-ils pas à passer plus de cinq (5) jours dans une clinique pour une infection qui ne nécessite en réalité que deux (2) jours d'hospitalisation.

La substitution de personne :

C'est le fait qu'un assuré fasse bénéficier à un tiers de son assurance maladie, ce dernier n'y ayant pas droit en réalité, et cela dit-on par « solidarité ». En effet, il s'agit de la situation où l'assuré fait soigner sous le couvert de son nom, un parent, une connaissance. Alors les dépenses sont à la charge de l'assureur, ce qui ne devrait être le cas. Cette pratique est généralement rencontrée en cas d'hospitalisation.

❖ Les factures de prestations fictives

Dans ce cas, il n'y a ni acte médical, ni frais pharmaceutiques réels exposés ; mais l'assuré présente des factures apparemment non émaillées d'irrégularités, et ce grâce à une complicité avec certains membres du corps médical (médecins et employés de pharmacie).

❖ **Les modifications des informations sur la feuille de soins :**

C'est le cas où l'assuré étant conscient de ce que, le contrat présente des exclusions soit en raison du délai de carence (si ce délai de carence court encore) ou d'office, une affection précise, demande alors au médecin traitant de modifier la nature de la maladie traitée sur la feuille de soins. A cette manœuvre, peut s'ajouter le changement de la date de la prestation surtout lorsque la prestation a lieu pendant le délai de carence et que l'assuré tient à se faire rembourser. A cet effet, il demandera au prestataire de soins, avec sa complicité bien évidemment, d'indiquer une date se situant après expiration du délai de carence. Si les assurés ont de tels comportements, les professionnels de santé ne sont souvent pas étrangers à cette fraude.

a. L'action du corps médical :

Le corps médical peut être bel et bien impliqué dans ces cas de fraude. Cela peut être par intérêt ou même sans intérêt. Nous verrons trois aspects de leur action dans les cas de fraude : La surfacturation, la complicité supposée du corps médical et l'attitude des cliniques privées.

❖ **La surfacturation**

Elle consiste en une facturation abusive par les cliniques privées de fournitures de pharmacie usuelle et accessoires à usage médical ou « consommables » parce qu'il y a l'assureur qui prendra tout en charge. Prenons cet exemple suivant où Benoît est malade et se rend dans l'établissement. L'agent qui le reçoit, se rendant compte de la présence d'une assurance maladie, peut alors ajouter un certain montant sur le montant réel des médicaments dans le but de retenir le surplus.

❖ **La complicité supposée du corps médical**

Certains cas de fraudes rencontrés incitent à soupçonner le corps médical d'être de connivence avec les assurés fautifs. En effet, ce peut être le cas où une personne ne souffrant d'aucune affection chronique ou grave se fasse régulièrement rembourser des frais médicaux élevés avec des justificatifs signés du médecin. L'objectif inavoué (de l'assuré) en l'espèce est soit d'obtenir des remboursements importants soit d'aider une connaissance malade. Cette complicité peut se traduire par un désir du médecin traitant de couvrir l'assuré ou même par sa passivité devant un cas de substitution de personne lors d'une hospitalisation.

L'attitude des cliniques privées :

La tendance chez les cliniques privées est d'allonger la durée des hospitalisations des assurés, dès qu'elles réalisent qu'un patient est couvert par une police d'Assurance Maladie, ils n'hésitent pas à allonger la durée de l'hospitalisation. Ainsi, pour une pathologie dont le traitement nécessite trois (3) jours, ils mentionneront cinq(5) jours sur le certificat d'hospitalisation.

Les fraudes spécifiques au gestionnaire :

La fraude peut avoir lieu au niveau des sociétés de gestion maladie. Plusieurs éléments facteurs sont la cause de ces cas éventuels de fraude.

L'importance des portefeuilles sous gestion :

Les sociétés de gestion gèrent les portefeuilles maladie de diverses compagnies. Il peut donc arriver que des frais engagés par les assurés d'une compagnie autre que ALLIANZ par exemple puissent lui être indûment imputés. C'est le cas notamment des contrats placés dans un premier temps auprès d'ALLIANZ, et replacé lors du renouvellement à une autre compagnie d'assurances. Cette situation peut être source de confusion et générer des sinistres qui seraient enregistrés sur le compte d'ALLIANZ et qui ne lui reviennent pas en réalité.

Les difficultés techniques liées à l'assureur :

La sous tarification et la concurrence déloyale dans le privé.
Du fait de son développement dans une économie de marché caractérisée par la libre concurrence, l'assurance maladie commercialisée par les compagnies d'assurances est confrontée à un problème de sous tarification du risque révélant ainsi l'existence d'une concurrence déloyale entre assureurs. En effet cette branche n'étant pas rendue obligatoire par les autorités publiques, il n'existe pas un tarif réglementaire dont le non-respect engendrerait des sanctions. La sous tarification et la concurrence déloyale sont d'autant plus palpables que « certains assureurs préfèrent perdre de l'argent que de laisser leur concurrent gagner une affaire. La logique serait que les assureurs se mettent d'accord pour revoir à la hausse leur tarif, mais dans la pratique c'est le contraire qui se passe.

Paragraphe 3 : Les insuffisances techniques

L'assureur a une part de responsabilité dans le tableau déficitaire de l'assurance maladie en raison de son manque de rigueur dans la sélection du risque. Ceci est dû soit à une insuffisance technique, soit à une concurrence déloyale ou encore à un défaut de contrôle des partenaires tels que les agents généraux, les courtiers ou les sociétés de

gestion maladie. Les souscriptions sont souvent faites pour le compte des assureurs sans une bonne appréciation du risque au mépris des règles et principes des assurances en évoquant très souvent des prétextes commerciaux.

On peut aussi noter le manque de contrôle des remboursements de facture et le fait que les sinistres payés par les gestionnaires pour le compte des compagnies ne font pas souvent l'objet de contrôle rigoureux. Afin de contribuer à la réduction des risques inventoriés, il s'avère impérieux de proposer un certain nombre de mesures préventives et correctives.

▪ **La facturation de sinistres fictifs :**

Dans la mesure où, les montants de sinistres déclarés par les gestionnaires de portefeuilles maladie ne font l'objet d'aucun contrôle régulier par la Compagnie, ceux-ci peuvent être tentés de facturer à la compagnie des actes qui n'ont jamais été prescrits ni exécutés par un prestataire. Ces actes fictifs contribueraient donc à gonfler le montant des sinistres dont elles réclament le paiement. De même, pour ce qui est des actes pour lesquels un plafond de couverture est fixé, la tendance serait pour les gestionnaires de réclamer discrètement le plafond plutôt que le coût réel de l'acte. Comme on peut le constater, la fraude au sein des sociétés de gestions peut avoir lieu à divers niveaux. Les faits relevés ci-dessus, ne sont point une énumération exhaustive, la réflexion pourrait donc se poursuivre à ce niveau. Les fraudes en assurance maladie sont aussi diversifiées qu'il y a d'acteurs. Elles évoluent également au gré de la fertilité de l'imagination desdits acteurs. Face à une telle situation, l'assureur doit prendre des mesures idoines afin de réduire le déficit de la branche et améliorer ses résultats financiers de manière générale.

▪ **Les limites aux actions de luttes contre la fraude :**

Les fiches de déclaration maladie remplies par les assurés et qui servent de base de remboursement sont à trois feuillets (3). L'assuré garde un exemplaire, le centre hospitalier et la pharmacie en gardent un chacun. L'assureur n'a donc aucune pièce qui lui permette d'effectuer un contrôle sur les frais exposés dans les établissements.

En outre, les reprises d'affaires pour lesquelles il n'y a point de délai de carence, pour des raisons commerciales, ne font pas l'objet généralement d'analyses précises. C'est-à-dire que l'on cherche à savoir le montant de la prime payée auparavant ainsi que les garanties. Cependant, les statistiques sont rarement demandées. Par ailleurs, les statistiques tenues par le gestionnaire n'ont fait l'objet d'analyses poussées si ce n'est que dans le cadre du réajustement de la prime au renouvellement.

Jusque-là nous avons évoqué que des risques de fraudes qui peuvent déséquilibrer la branche santé et ces risques sont d'ordre naturel c'est-à-dire permanent en assurance santé mais le réel risque pour les compagnies privées pourrait être l'assurance maladie obligatoire (AMO) à long terme.

Paragraphe 4 : l'AMO pourrait être une menace pour les assureurs privés

C'est vrai aujourd'hui nous nous réjouissons de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire et cela a été pour les compagnies un levier fort mais demain elle pourrait être le contraire dans la mesure où l'Etat peut décider de prendre en charge à 100 % la couverture de ses assurés. En ce moment la complémentaire va disparaître ce qui va entraîner une grande perte pour les compagnies privées quand on sait surtout que les cotisations et les conditions de garanties sont plus souples à l'AMO. En cela s'ajoute la nouvelle réforme en projet qui est la mutation vers la couverture universelle. Avec la couverture universelle les assureurs privés risquent de se faire vider par l'assurance publique quand on imagine l'étendue de cette couverture. Les assureurs privés se frottent les mains aujourd'hui parce qu'ils offrent un service de qualité, de luxe et sur mesure ce qui n'est pas le cas en assurance publique. Avec la couverture universelle l'Etat peut offrir aux populations les mêmes étendues de couvertures en contrepartie d'une cotisation moins élevée et cela pourrait être un coup dur pour les assureurs privés.

CHAPITRE V : Les moyens de gestion efficace pour lutter contre le risque de déséquilibre

1. Le réajustement des primes à échéance :

Le contrat d'assurance maladie comporte une clause d'ajustement. En effet, Chaque année, il est procédé au calcul du résultat technique de la police sur les 12 mois précédant l'échéance afin de déterminer le rapport SINISTRES / PRIMES.

· Par Sinistres, il faut entendre le total des indemnités payées et provisions pour sinistres connus à payer aux assurés bénéficiaires du contrat pour la période considérée. Pour permettre à l'Assureur de calculer le résultat technique, l'Assuré s'engage à remettre à l'Assureur tous les frais qu'il aura exposés au cours de cette période sous peine de n'être plus remboursé après la notification qui lui sera faite du rapport S/P.

· Par Primes, il faut entendre le montant total des primes nettes de frais et impôts acquises au titre de l'exercice écoulé, quel que soit la date d'émission et d'encaissement de ces primes.

En fonction du résultat technique ainsi déterminé, il est procédé à un ajustement de la prime par application du barème ci-après au nouvel exercice :

RAPPORT SINISTRES/ PRIMES (S/P)	POURCENTAGE D'AJUSTEMENT
de 0 % à 20 %	Réduction de 25 %
de 21 % à 40 %	Réduction de 15 %
de 41 % à 50 %	Réduction de 10 %
de 51 % à 75%	Aucune modification
de 76 % à 99 %	Majoration de 15 %
de 100 % à 114 %	Majoration de 30 %
de 115 % à 129 %	Majoration de 50 %
de 130 % à 150 %	Majoration de 75 %
au-delà de 150 %	Majoration de 100 %

La modification des primes résultant de l'application du barème d'ajustement ci-dessus est communiquée à l'Assuré dès la constatation du résultat technique et au plus tard dans les trois mois qui suivent l'échéance du contrat.

2. Importance des ressources humaines :

Les ressources matérielles et financières sont utiles au bon fonctionnement d'une entreprise. Cependant, il n'y a que le personnel pour donner de la valeur à ces ressources. Le personnel à tous les niveaux constitue l'essence même d'une organisation et leur implication permet de mettre leurs compétences au service de l'organisation. Aussi, la performance d'un employé est-elle caractérisée par la maîtrise de son environnement de travail, une bonne exécution des tâches qui lui sont assignées dans les délais convenus, des compétences techniques et intellectuelles:

La phase de la formation

Il s'agira pour la Direction de faire des formations en ce qui concerne le fonctionnement du contrat d'assurance maladie et sa gestion.

En effet, le rédacteur production doit maîtriser le contrat, nécessaire pour le travail, une formation requise. Son intégralité pour être plus efficace dans son travail, pour avoir des aptitudes plus professionnelles. Celui-ci peut alors mieux présenter le produit à l'assuré. Ainsi lors de l'entretien de l'assuré, il est à mesure de répondre aux préoccupations de l'assuré quand il s'agira de parler des prestations, du remboursement des frais, des spécificités de chaque gestionnaire.

Il est important que l'agent soit donc formé sur les différents aspects du contrat d'assurance maladie. Les informaticiens en charge de la conception du logiciel doivent eux aussi être formés sur les outils utiles à une meilleure conception du logiciel, adaptée aux méthodes de travail, ainsi que les comptables sur les méthodes de travail.

3. La mise en place d'un logiciel métier Interne :

Au jour d'aujourd'hui le département n'a pas encore un logiciel métier pour le traitement de contrats maladie, mais un processus d'installation est en cours.

La saisie des dossiers sinistres maladie doit être adaptée aux besoins de la gestion et doit être simplifiée, c'est-à-dire que l'on doit renseigner le montant total des frais effectués et ceux à rembourser par acte médical au lieu qu'on ait à renseigner le détail de chaque prestation.

Ainsi, le logiciel stabilisé et devenu performant facilitera le travail des agents et accroîtra leur rendement. En sus de l'amélioration portée au logiciel, il importe de mettre

sur pied un système de gestion par une base de données pour permettre un meilleur suivi des mouvements de modifications aux différents contrats.

4. Organisation et Digitalisation :

A l'heure de la digitalisation les Etats de la zone doivent tous généraliser les systèmes d'identification biométrique, seuls à lutter efficacement contre la fraude. De même le développement d'une plateforme informatique pour centraliser les données d'assurance, ouverte à tous les acteurs : Etat, assureurs et prestataires de soins ferait reculer la fraude. Pour finir les investissements dans la mise en place de systèmes d'information puissants et conçus pour la gestion performante, rapide et à moindre coût de l'assurance Maladie, requalifierait les assureurs pour récupérer la gestion efficiente et efficace des sinistres, gestion jusque-là déléguée à d'autres, non comptables des résultats techniques.

5. Révision du business modèle de leur métier par les assureurs :

Les assureurs de l'espace CIMA doivent revenir aux fondamentaux de leur profession, notamment au lieu de fixer la prime par rapport à la concurrence, adopter plutôt la tarification actuarielle élaborée à partir d'outils qu'on peut imaginer, financer par leur association. Sur cette base, les primes ainsi calculées seraient suffisantes pour payer les sinistres. Les assureurs pourraient s'associer aux opérateurs de téléphonie mobile comme au Kenya, afin de distribuer l'assurance Maladie. Cela permettrait de réduire les coûts de distribution et d'augmenter la population couverte.

6. la surveillance de la consommation médicale des assurés :

L'assuré peut être surveillé à divers niveaux. Cette surveillance part de l'identité du bénéficiaire à la surveillance de sa consommation.

a- l'identité des bénéficiaires :

Il est question de vérifier si les personnes bénéficiaires des soins y ont effectivement droit. La première mesure consiste pour l'assureur à communiquer aux établissements de soins conventionnés la liste des assurés. De même, tout retrait ou toute incorporation d'assurés devra être communiqué à ces centres pour une mise à jour des fichiers. Avant donc de signer la fiche de réclamation des frais que l'assuré adressera à l'assureur, le prestataire de soins devra s'assurer que la personne est effectivement bénéficiaire de la garantie. Une fois l'identité vérifiée, le prestataire de soins devra faire émarger le bénéficiaire. Il enregistre les actes effectués et leurs coûts pour le compte de ce client. C'est cette liste des actes exécutés que le prestataire transmettra au gestionnaire et à l'assureur afin que ceux-ci lui paient les sommes dues. Les prestataires devront immédiatement

informer le gestionnaire et l'assureur des cas de fraudes décelées en indiquant le nom de l'assuré complice de fraude. Le prestataire qui s'est fait complice d'une fraude pourrait être retiré de la liste des établissements conventionnés lorsqu'il est membre du réseau des établissements conventionnés. Dans les autres cas, l'assureur pourrait refuser le remboursement des frais réclamés par le prestataire de soins. Il existe également des méthodes modernes de contrôle de l'identité des bénéficiaires. C'est le cas de l'enregistrement des empreintes digitales de chaque bénéficiaire. Celles-ci seront communiquées aux centres de soins. Ainsi, chaque fois que le bénéficiaire se présente à un prestataire de soins, ce dernier peut vérifier son identité en prenant à nouveau ses empreintes digitales. A ce niveau les prestataires devront se doter du matériel nécessaire, ce qui reviendrait excessivement cher. Si l'identité du bénéficiaire doit être contrôlée, l'assureur devra aussi faire une sélection rigoureuse de ses assurés à la souscription du contrat.

En ce qui concerne l'assurance maladie obligatoire les compagnies d'assurance doivent agir vite avant toute décision de l'Etat ce qui permettra de conserver la clientèle.

7. Signature d'un accord avec le pouvoir :

Les compagnies d'assurance peuvent négocier avec le pouvoir dans le partage de risque surtout en permettant aux compagnies de conserver le ticket modérateur. Cette option peut faire demeurer la complémentaire et renforcera du coup le rôle d'investisseur économique. Les assureurs doivent faire comprendre à l'Etat qu'ils contribuent au développement économique d'un pays et cela ne peut se réaliser que par la collecte des primes si la branche maladie marche les assureurs pourront plus jouer ce rôle d'investisseur.

Conclusion et Recommandations :

Nous avons vu dans la première partie le mode de fonctionnement des deux structures, de ce constat les compagnies d'assurances et la CANAM ne se divergent pas assez même si au plan règlementaire elles fonctionnent différemment. L'objectif des compagnies est de faire de profits afin de distribuer des dividendes aux actionnaires. Ce qui motive les dirigeants à prendre en compte beaucoup de paramètres pour la sélection des risques.

Quant à l'AMO, elle est plus sociale c'est dans le but de diminuer la charge des dépenses de santé de populations. Les garanties offertes par les compagnies sont plus étendues que celles de l'assurance maladie obligatoire et en plus les compagnies d'assurance constituent régulièrement des provisions techniques pour être à mesure en tout temps d'honorer leur engagement envers les assurés et bénéficiaires de contrat.

Dans la seconde partie nous avons vu que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire n'a pas une incidence néfaste sur les compagnies privées dans le développement de la branche maladie, cela a été plutôt un levier pour ces dernières pour étendre leur couvertures avec la commercialisation de la complémentaire. En plus de cela les populations maliennes ont réellement aperçu l'importance d'une assurance maladie grâce à la mise en place de l'assurance maladie obligatoire par le pouvoir public via la CANAM. C'est à partir de cette période que les populations maliennes ont su réellement que l'assurance maladie n'est pas réservée aux riches mais elle peut être souscrite par tout le monde. Au niveau des entreprises publiques comme privées l'assurance maladie était un avantage réservé aux cadres, mais aujourd'hui cela n'est plus le cas les entreprises souscrivent l'ensemble du personnel dans les compagnies d'assurance. De ce fait nous remarquons que l'assurance maladie obligatoire et les compagnies privées peuvent se côtoyer et les compagnies privées peuvent d'ailleurs développer plus la branche santé quand l'AMO marche normalement. Il faut signaler que les entreprises qui souscrivent la complémentaire dans les compagnies bon nombre d'entre elles ne le feraient pas si elles n'avaient pas une couverture de base à la l'AMO car la prime serait trop élevée pour elles et du coup elles se contenteraient des seuls cadres comme avantage.

Sur le plan publicité l'avènement de l'AMO a permis aux compagnies d'assurance de mieux véhiculer aux populations maliennes la nécessité pour un individu d'avoir un contrat d'assurance maladie. Cela a permis de prospector plus de personnes et proposer de nouveaux contrats.

Les compagnies privées peuvent développer la branche santé en dépit de la mise en place de l'assurance maladie par le pouvoir public mais nous constatons toute même que les compagnies font face à un certain nombre de problèmes qui pourraient freiner ce développement en déséquilibrant le portefeuille. Il s'agit entre autre la fraude dans la branche tant au niveau des assurés, des structures conventionnées qu'au niveau même du personnel de la dite compagnie. Des fraudes et surfacturations déséquilibrent fortement la branche et impacte tout le portefeuille de la compagnie. En cela s'ajoute-la sous tarification, nous avons remarqué que le personnel chargé de rédaction des contrats maladies ne tient pas trop compte de la sinistralité des assurés lors du renouvellement du contrat. Quant aux ressources humaines c'est vrai que le département santé vient juste d'être créé par la direction mais le personnel est très insuffisant pour gérer cette branche. L'ALLIANZ MALI ASSURANCES n'a que le régleur du sinistre qui lui seul s'occupe des réclamations et remboursements, quand il s'agit d'une émission ou de renouvellement il faut assistance d'un autre personnel d'un autre département. Cela ralentit le bon fonctionnement du processus de gestion.

Pour pallier à tous ces problèmes et développer plus la branche santé, nous recommandons à l'ALLIANZ MALI ASSURANCES :

- ✓ offrir au département le personnel qu'il faut tout en misant sur la qualité et la compétence ;
- ✓ mettre à la disposition du département au moins deux médecins conseils qui l'un au moins soit disponible en permanence car sans le médecin conseil, le département ne fonctionnera pas comme il se doit;
- ✓ mettre au service du département un logiciel métier propre au dit département pour une gestion efficace et efficiente des contrats ;
- ✓ charger une personne pour la signature des conventions avec les prestataires car nous avons malheureusement rencontré beaucoup de cas où les prestataires amènent la facture pour le remboursement et il se trouvait que la convention n'existait pas ;
- ✓ proposer des semaines de formation mensuelle aux agents généraux car ils n'arrivent pas à satisfaire les assurés dans l'explication des subtilités du contrat maladie.

BIBLIOGRAGHIE :

I- LES OUVRAGES

- ❖ **JEROME YEATMAN**, Manuel international des assurances
Code CIMA édition 2014
- ❖ **ZACHARIE YIGBEDEK** l'Assurance automobile théorie et pratique presse
universitaire de YAOUNDE troisième édition 2015
- ❖ **VALERIE FARGEON** introduction à l'économie de la santé deuxième édition 2009
- ❖ **GERARD, ARIEL BERSNIAK** économie de la santé quatrième édition

II COURS :

- ❖ **NDOBO BAILE** : cours risque divers 23ème promotion
WATSA PRECEDE : assurance maladie 23ème promotion
JOSEPH LUC FOADING :cours assurances de personnes 23ème promotion

III MEMOIRE ET RAPPORT :

- PAULIN CHABI DOSSOUMOU** : L'assurance maladie universelle face à la
problématique de la gestion du risque maladie en zone CIMA : cas du BENIN 20eme
promotion DESS-A
- ❖ **ALAIN LETOURMY, BIRAMA DJAN DIAKITE** : étude pour la mise en place de
l'assurance maladie obligatoire et du fonds d'assistance médicale (avril 2003)
- ❖ **BIRAMA DIAKITE** : rapport du ministère du développement social, de la solidarité
et des personnes âgées (avril 2003)
OKOU GERARD MATHIEU N'KATTA :Institut national polytechnique Félix
Houphouët Boigny - Ingénieur en hautes études en assurance 2008 : Quelles politiques
en vue d'une amélioration de la gestion d'un portefeuille d'assurance maladie: cas de
GNA assurances
- ❖ **Mme KEITA MAIMOUNA KANTE** : enquête de satisfaction des assurés AMO au
niveau des centres de santé de référence du district de BAMAKO (thèse de médecine
FMPOS 2015)

IV INTERNET :

Le Rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au
Maroc : état des lieux et perspective d'évolution : www.iosrjournals.org;

Hicham Belmaati Est de 257 US \$ au niveau des statistiques sanitaires mondiales 2013
publiées par l'OMS ;

Couverture médicale de base au Maroc : www.santé.gov.ma;

Assurance maladie obligatoire : quand deux régimes se côtoient, <https://int.ma/assurance-maladie-obligatoire-deux-regime-se-cotoient>;

Connaitre l'amo Bamako Mali : malijet.com ;

les produits complémentaires lancés par les assurances privées : www.lavieeco.com ;

Capital humain et croissance économique : <http://www.researchgate.net> ;

Capital humain et croissance économique, revue de la littérature : <https://www.persee.fr>

Annexe 1 : Les États membres de la zone Schengen:

- Autriche
- Belgique
- République Tchèque
- Danemark
- Estonie
- Finlande
- France
- Allemagne
- Grèce
- Hongrie
- Islande
- Italie
- Lettonie
- Lituanie
- Luxembourg
- Malte
- Pays-Bas
- Norvège
- Pologne
- Portugal
- Slovaquie
- Slovénie
- Espagne
- Suède
- Suisse
- Liechtenstein

Annexe 2 TABLEAU 1: EMISSIONS DES PRIMES EN MALADIE GROUPE ET ASSURANCE VOYAGE

Agence	Branche	prime 2012	prime 2013	prime 2014	prime 2015	prime 2016	variation
1 ALLIANZ MALI SIEGE	44 Assistance voyage	20078323	30348319	10269996	31 529 156	32 405 698	876 542
1 ALLIANZ MALI SIEGE	44 Assistance voyage	158023877	241845716	83821839	256 914 957	262 413 974	5 499 017
1 ALLIANZ MALI SIEGE	45 Maladie groupe	31875447	83076064	51200617	114 510 630	147 033 393	32 522 763
701 SAFCAR & MARSH	44 Assistance voyage	0	112500	112500	112 500	337 500	225 000
701 SAFCAR & MARSH	44 Assistance voyage	208334	208334	0	208 334	0	-208 334
701 SAFCAR & MARSH	45 Maladie groupe	39629214	45269795	5640581	39 345 027	52 028 776	12 683 749
702 GRAS SAVOYE MALI	44 Assistance voyage	6621682	10038345	3416663	10 196 673	9 709 993	-486 680
702 GRAS SAVOYE MALI	44 Assistance voyage	4912500	7654171	2741671	8 465 852	9 156 706	690 854
702 GRAS SAVOYE MALI	45 Maladie groupe	259776090	324663301	64887211	240 565 473	238 760 634	-1 804 839
703 NOOR ASSUR	45 Maladie groupe	0	0	0	0	0	0
704 ACM	44 Assistance voyage	262500	815000	552500	1 363 333	2 065 832	702 499
704 ACM	44 Assistance voyage	2596673	6790010	4193337	15 497 531	23 745 868	8 248 337
704 ACM	45 Maladie groupe	10401000	12134500	1733500	3 340 333	8 917 666	5 577 333
705 LE GUIDE	44 Assistance voyage	191667	191667	0	0	0	0
705 LE GUIDE	44 Assistance voyage	301668	541669	240001	955 000	1 241 667	286 667
706 AGENCE GENERALE WASSA	44 Assistance voyage	291666	619166	327500	923 332	1 331 666	408 334
706 AGENCE GENERALE WASSA	44 Assistance voyage	2749166	3364165	614999	4 095 004	4 262 514	167 510
706 AGENCE GENERALE WASSA	45 Maladie groupe	20313521	26621041	6307520	18 025 215	29 129 992	11 104 777
709 ASSUR - 6	44 Assistance voyage	162500	162500	0	215 000	440 000	225 000
709 ASSUR - 6	44 Assistance voyage	136667	663334	526667	897 501	1 558 336	660 835
709 ASSUR - 6	45 Maladie groupe	-315382	4730000	5045382	4 730 000	0	-4 730 000
713 APORTEURS DIVERS	44 Assistance voyage	1180000	1738333	558333	1 969 999	1 809 165	-160 834

suite

715 CIRAS/CAREA	44 Assistance voyage	0	225000	225000	225 000	225 000	0
715 CIRAS/CAREA	44 Assistance voyage	20833	808340	787507	787 507	787 507	0
715 CIRAS/CAREA	45 Maladie groupe	0	0	0	1 930 920	5 438 122	3 507 202
717 CONTINENTALE ASSURANCES	44 Assistance voyage	0	0	0	0	25 000	25 000
717 CONTINENTALE ASSURANCES	44 Assistance voyage	0	0	0	58 333	58 333	0
717 CONTINENTALE ASSURANCES	45 Maladie groupe	-13372000	0	13372000	0	0	0
718 B - CAR	44 Assistance voyage	0	0	0	0	0	0
718 B - CAR	44 Assistance voyage	223334	285834	62500	1 075 002	939 168	-135 834
719 REZO SARL	44 Assistance voyage	0	104167	104167	104 167	104 167	0
719 REZO SARL	45 Maladie groupe	825887	0	-825887	0	0	0
726 MADAME KEITA	44 Assistance voyage	104167	208334	104167	208 334	104 167	-104 167
726 MADAME KEITA	45 Maladie groupe	7168000	4659385	-2508615	3 572 255	1 298 255	-2 274 000
733 GASPAS CONSULT	44 Assistance voyage	4080567	8372231	4291664	10 239 731	13 974 161	3 734 430

Suite

713 APORTEURS DIVERS	45 Maladie groupe	128103073	116953417	-11149656	2 566 055	0	-2 566 055
715 CIRAS/CAREA	44 Assistance voyage	0	225000	225000	225 000	225 000	0
715 CIRAS/CAREA	44 Assistance voyage	20833	808340	787507	787 507	787 507	0
715 CIRAS/CAREA	45 Maladie groupe	0	0	0	1 930 920	5 438 122	3 507 202
717 CONTINENTALE ASSURANCES	44 Assistance voyage	0	0	0	0	25 000	25 000
717 CONTINENTALE ASSURANCES	44 Assistance voyage	0	0	0	58 333	58 333	0
717 CONTINENTALE ASSURANCES	45 Maladie groupe	-13372000	0	13372000	0	0	0
718 B - CAR	44 Assistance voyage	0	0	0	0	0	0
718 B - CAR	44 Assistance voyage	223334	285834	62500	1 075 002	939 168	-135 834
719 REZO SARL	44 Assistance voyage	0	104167	104167	104 167	104 167	0
719 REZO SARL	45 Maladie groupe	825887	0	-825887	0	0	0
726 MADAME KEITA	44 Assistance voyage	104167	208334	104167	208 334	104 167	-104 167
726 MADAME KEITA	45 Maladie groupe	7168000	4659385	-2508615	3 572 255	1 298 255	-2 274 000
733 GASPAR CONSULT	44 Assistance voyage	4080567	8372231	4291664	10 239 731	13 974 161	3 734 430
733 GASPAR CONSULT	44 Assistance voyage	8875841	14515022	5639181	11 356 705	14 989 212	3 632 507
733 GASPAR CONSULT	45 Maladie groupe	174493035	206310007	31816972	158 254 034	146 019 862	-12 234 172
735 SOMACAR	44 Assistance voyage	91666	91666	0	91 666	0	-91 666
736 ACTIVA-ASSUR	44 Assistance voyage	0	0	0	0	112 500	112 500
736 ACTIVA-ASSUR	44 Assistance voyage	0	125000	125000	248 333	885 834	637 501
737 AGENCE GENERALE MASTER	44 Assistance voyage	1406670	1406670	0	457 502	0	-457 502

Suite

737	AGENCE GENERALE MASTER	45 Maladie groupe	15944978	15087478	-857500	5 976 110	0	-5 976 110
738	STAR	44 Assistance voyage	208333	208333	0	0	0	0
738	STAR	44 Assistance voyage	2196670	2196670	0	0	0	0
738	STAR	45 Maladie groupe	0	0	0	0	0	0
740	HKT CONSEILS	44 Assistance voyage	312500	379166	66666	304 166	562 499	258 333
740	HKT CONSEILS	44 Assistance voyage	1960839	4924177	2963338	6 117 510	7 592 518	1 475 008
741	CRESPA	44 Assistance voyage	0	0	0	262 500	920 833	658 333
741	CRESPA	44 Assistance voyage	1450840	2803342	1352502	3 588 344	3 187 504	-400 840
741	CRESPA	45 Maladie groupe	0	3223250	3223250	3 223 250	3 223 250	0
742	CABINET ALLYAH	44 Assistance voyage	0	0	0	0	37 500	37 500
742	CABINET ALLYAH	44 Assistance voyage	0	0	0	204 167	404 167	200 000
742	CABINET ALLYAH	45 Maladie groupe	0	15380529	15380529	24 208 537	33 082 238	8 873 701
743	SAREC SARL	44 Assistance voyage	225000	583333	358333	958 333	1 174 998	216 665
743	SAREC SARL	44 Assistance voyage	31667	254168	222501	384 169	1 095 006	710 837
744	ASCOMA MALI	44 Assistance voyage	0	0	0	129 167	307 503	178 336
744	ASCOMA MALI	45 Maladie groupe	0	0	0	0	4 322 000	4 322 000
745	QUINZAMBOUGOU	44 Assistance voyage	0	0	0	733 333	3 544 164	2 810 831
745	QUINZAMBOUGOU	44 Assistance voyage	0	0	0	1 495 012	7 153 376	5 658 364
745	QUINZAMBOUGOU	45 Maladie groupe	0	0	0	9 285 667	23 378 287	14 092 620
746	SIKASSO	44 Assistance voyage	0	0	0	112 500	225 000	112 500
746	SIKASSO	44 Assistance voyage	0	0	0	0	320 835	320 835
748	SEGOU	44 Assistance voyage	0	0	0	112 500	415 000	302 500
748	SEGOU	44 Assistance voyage	0	0	0	0	4 001 679	4 001 679

Annexes 3 TABLEAU 2 : RAPPORT ANNUEL DU MARCHÉ MALIEN (prime en millions de FCA)

SOCIÉTÉS	2011		2012		2013		2014		2015		2016						
	Prime émise	Part marché	Prime émise	part marché	évolution												
ASS. BLEUES	2459	11,26%	2207	9,29%	-10,25%	2357	9,66%	6,80%	3033	12,01%	28,25%	4761	14,65%	32,66%			
SABU NYUMIAN	2774	12,78%	2504	10,54%	-9,73%	2586	0	3,27%	2086	8,29%	-19,35%	3207	9,87%	43,36%			
LAIA	3144	14,40%	3108	13,08%	-1,15%	3520	14,43%	13,26%	4361	17,34%	23,89%	4139	12,73%	-3,29%			
SAHAM	6565	30,07%	8403	35,35%	28%	7814	32,03%	-7,01%	6907	27,46%	-11,61%	1075	30,99%	8,99%			
ALLIANZ	4264	19,53%	3960	16,67%	-7,13%	3835	15,72%	-3,16%	3651	14,51%	-4,80%	4144	12,75%	46,53%			
NALLIAS	1669	7,65%	2017	8,49%	20,85%	2408	9,87%	19,39%	2286	9,09%	-5,07%	2842	8,74%	1,75%			
NSIA - IARD	955	4,37%	1555	6,55%	62,83%	1349	5,53%	-	2074	8,24%	53,74%	1613	4,96%	-7,88%			
SUNU	0	0	0	0	0	527	2,16%	0,00%	780	3,06%	46,18%	1725	5,31%	9,38%			
TOTAL	21830	1,0006	23754	0,9997	0,8342	2439	1	-12,9245	25178	1	1,1123	28301	0,9999	1,4686	23506	1	1,315

TABLE DES MATIERES

DEDICACE
REMERCIEMENT	<i>i</i>
LISTE DES SIGLES ETABREVIATIONS	<i>ii</i>
LISTE DES TABLEAUX	<i>iii</i>
LISTE DES FIGURES	<i>iv</i>
RESUME :	v
ABSTRACT:	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION GENERALE :	1
1. Contexte et justification :.....	1
CAPITRE I : Généralités sur l'assurance et l'assurance maladie	6
Section 1 : Fondement juridique, éléments techniques, caractéristiques et gestion prudentielle de l'assurance maladie	6
Paragraphe1 : Fondement juridique	6
Paragraphe 2 : Eléments techniques.....	6
Paragraphe 3: Les impératifs prudentiels de gestion et les caractéristiques de l'assurance maladie	7
1. les règles prudentielles :.....	7
Section II : tendances mondiales de l'assurance maladie	8
Section III : l'assurance maladie en Afrique	9
CHAPITRE II : Le fonctionnement de l'AMO au Mali	12
Section I : Les étapes de souscription à l'AMO	12
Paragraphe 1 : Affiliation à la CMSS.....	12
Paragraphe 2 : la Pré-immatriculation	12
Paragraphe 3 : les Dossier de demande d'immatriculation	13
Paragraphe 4 : la carte d'assuré	13
Section II : Le système de cotisation	14
Section III : Prise en charge du panier de soins de santé et conventionnement	15
Paragraphe 1 : prise en charge du panier de soins de santé.....	15

Paragraphe 2 : Conventionnement entre l'organisme de gestion et les prestataires et le contrôle:...	16
A. Conventionnement entre l'organisme de gestion et les prestataires :.....	16
B .Le contrôle :.....	17
CHAPITRE III : le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)	20
CHAPITRE IV : Le processus de fonctionnement de l'assurance santé dans une compagnie d'assurance.....	21
Section 1 : Les étapes de souscription d'une assurance Maladie dans une compagnie d'assurances	21
Paragraphe 1 : obligation des parties.....	21
Section 2 : le paiement de la prime et prestation offerte	23
Paragraphe 1 : le paiement de la prime	23
Paragraphe 2 : les prestations offertes	23
Section 3 : spécificités par rapport à l'AMO	24
CHAPITRE V: Le fonctionnement de l'Assurance Voyage.....	27
Section 1 : les garanties du contrat et les exclusions en assurance voyage	27
Paragraphe 1 : les garanties accordées et la territorialité	27
1. Transport sanitaire vers le pays d'origine :.....	27
2. Retour / Rapatriement dans le pays d'expatriation :	27
3. Frais médicaux et hospitalisations dans le pays de séjour :	28
4. Assistance en cas de décès d'une personne assurée :	28
5. Accompagnement du bénéficiaire :.....	28
6. Hospitalisation sur place :.....	28
7. Décès d'un parent proche :	29
8. Assistance retour anticipé :	29
9. Assistance juridique dans le pays de séjour :	29
Paragraphe 2 : les exclusions de garanties.....	29
1. Au titre de l'ensemble des garanties Assistance :	29
2. Au titre de la garantie frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de séjour :	30
Section 2 : Conditions de souscription du contrat et les prestations offertes:.....	30
Paragraphe 1 : Les conditions de souscription	30
Paragraphe 2 : Règlement de sinistre	31
1. Pour une demande d'assistance :	31
2. Pour une demande de remboursement :	32
3. Pour la prise en charge du transport :	32

Importance de l'Assurance Voyage :	33
1. Importance Economique :	33
2. Importance Sociale :	33
3. Importance Financière :	33
Conclusion de la première partie	35
DEUXIEME PARTIE :	36
CHAPITRE I : Environnement et situation de l'Assurance Maladie zone CIMA.	37
CHAPITRE II : évolution des émissions de primes et évolution de la sinistralité.....	40
Section 1 : L'évolution des émissions des compagnies entre 2011-2016.....	40
Section 2 : Évolution de la sinistralité	44
CHAPITRE III : Assurance publique et privée	46
Section 1 : AMO, un facteur important pour les compagnies privées	46
Section 2 : Assurance Publique et Assurance Privée se complètent.....	49
CHAPITRE IV : Le risque de fraude et de déficit.....	51
Section 1 : Les cas de fraude possibles	51
Paragraphe 1 : Les fraudes en début du contrat.....	51
Paragraphe 2 : Les fraudes en cours d'exécution du contrat.....	53
Paragraphe 3 : Les insuffisances techniques.....	55
CHAPITRE V : Les moyens de gestion efficace pour lutter contre le risque de déséquilibre	58
1. Le réajustement des primes à échéance :	58
2. Importance des ressources humaines :	59
3. La mise en place d'un logiciel métier Interne :	59
4. Organisation et Digitalisation :	60
5. Révision du business modèle de leur métier par les assureurs :	60
6. la surveillance de la consommation médicale des assurés :	60
Conclusion et Recommandations :	62
BIBLIOGRAGHIE :	64
Annexes :	66
TABLE DES MATIERES	72