

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)

Organisation Internationale

B.P. 1575 YAOUNDE – CAMEROUN

Tél. (237) 220.71.52 / Fax (237) 220.71.51

Courriel : iia@syfed.cm.refer.org

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances
(DESS-A)
16eme Promotion (Session 2002-2004)

LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE SANTE PAR
L'INTERMEDIAIRE DU COURTAGE

Présenté par :

Daniel Honoré YOMBO

Maîtrise en Droit public

Sous l'encadrement de :

Madame Nelly MONGOSSO'O

Actuaire

Directeur technique de AGF Cameroun Assurances Vie

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)

Organisation Internationale

B.P. 1575 YAOUNDE – CAMEROUN

Tél. (237) 220.71.52 / Fax (237) 220.71.51

Courriel : iia@syfed.cm.refer.org

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances
(DESS-A)
16eme Promotion (Session 2002-2004)

LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE SANTE PAR
L'INTERMEDIAIRE DU COURTAGE

Présenté par :

Daniel Honoré YOMBO

Maîtrise en Droit public

Sous l'encadrement de :

Madame Nelly MONGOSSO'O

Actuaire

Directeur technique de AGF Cameroun Assurances Vie

DEDICACE

A ma maman : **Dorothée ASSEN à YOMBO** pour qui la réussite de ses enfants a toujours été le souci majeur et qui ne s'est épargnée aucune peine pour ce faire. Qu'elle considère ce travail non comme un achèvement, mais comme un pas de plus vers cette réussite.

A mon autre mère Madame veuve **Técla NDJANG** qui a su prendre le relais au moment où j'ai dû m'éloigner de ma maman.

A tous mes frères et sœurs que je ne pourrais nommément citer ici.

A toute la grande famille **DONG à MENICK**.

REMERCIEMENTS

Nous saisissons cette occasion pour marquer notre reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin et de quelque manière que ce soit, ont rendu possible la réalisation de ce mémoire.

Nous avons été particulièrement sensibles à l'accueil que nous avons reçu de la part de messieurs Bernard LIBOUREL et Christian MARLIN, respectivement Administrateur Directeur Général et Directeur Général adjoint du groupe AGF Cameroun Assurances et de celle de l'ensemble de leurs collaborateurs.

Que Madame Nelly MONGOSSO'O dont nous avons bénéficié de l'encadrement trouve ici l'expression de notre gratitude pour avoir su allier la rigueur à la gentillesse et la disponibilité dans l'accomplissement de sa mission.

Nos remerciements vont également à l'endroit du personnel des divers services de AGF Cameroun Assurances Vie dans lesquels nous sommes passés (Retraite Individuelle, Retraite Collective, Prévoyance) et plus particulièrement, de Messieurs Gilbert ETINDELE et Pierre MBOUMMA du service Santé au sein duquel s'est déroulé l'essentiel de notre stage.

Nous n'oublions pas nos aînés de l'Association des Anciens Etudiants de l'Institut International des Assurances (A.A.E.I.I.A.), sous-section de Douala pour leur encadrement et leurs conseils, ainsi que nos camarades de promotion pour leur soutien moral et leurs suggestions.

Sont également concernés par ces remerciements, les membres de notre famille qui n'ont ménagé aucun effort pour nous mettre à l'aise lors du séjour à Douala, notamment la famille KOUL à YOMBO, Messieurs Patrice WELL, Henri IKORI à YOMBO et Bienvenu KOUNG, ainsi que Mesdames Eliane GOMBITANG, Marcelline KEEDI et Marie Christine NDJE.

Merci à Célestine MESSINA pour la mise en page du mémoire et à tous nos amis pour leur sollicitude pendant la durée de ce stage.

INTRODUCTION

Le slogan « Santé Pour Tous En l'An 2000 », lancé vers la fin du deuxième millénaire a longtemps cristallisé les espoirs des populations dans le domaine de la santé au Cameroun. Le cap de l'an 2000 passé, force est de constater que ces espoirs ont été déçus, les difficultés actuelles de financement des soins de santé par les populations en faisant foi.

Il est en effet loisible de constater que le système collectif de prise en charge des dépenses de santé a montré ses limites et ceci est vérifiable à deux niveaux au moins :

- le système de médecine socialisée, soumis au départ au régime de la gratuité ou de la semi gratuité au moins pour ce qui est des soins de santé primaires, a subi de plein fouet l'impact de la conjoncture économique et des mesures d'ajustement structurel imposées par les Institutions de Bretton Woods, au point où presque tout est désormais payant dans les hôpitaux publics ;
- le système de prise en charge des dépenses de santé par l'intermédiaire de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale n'est pas, lui non plus d'un grand secours car en matière de santé, les prestations se limitent à la maladie professionnelle et aux accidents de travail.

A l'échelle individuelle le constat n'est guère meilleur car les difficultés économiques que connaît le pays ont presque réduit à néant les efforts de prévoyance des pans entiers de la population ainsi que leurs capacités à faire spontanément face aux dépenses en cas de maladie et ceci d'autant plus que la légendaire solidarité africaine n'a pas été épargnée par cette situation d'ensemble.

Face à cette situation, l'assurance Santé, en tant que système organisé de prise en charge des dépenses de santé apparaît comme une solution alternative au problème qui se pose, ne serait-ce que pour la partie de la population qui peut en bénéficier. L'Etat camerounais a pris conscience de l'importance de ce type de couverture car depuis l'année 2000, les contrats d'assurance santé sont exonérés de tout impôt ou taxe. L'enjeu devient alors l'extension du bénéfice de l'assurance Santé au plus grand nombre car la demande de plus en plus croissante dont cette assurance fait l'objet traduit le besoin de couverture des populations en ce qui concerne leurs dépenses de santé.

Il reste que l'assurance Santé qui fait partie du système d'assurance présente de nombreuses spécificités qui influencent l'ensemble de son processus de gestion et soumettent sa commercialisation à certaines contraintes qui s'imposent à tous les intervenants et qui n'autorisent pas l'extension de cette couverture à tous ceux qui en font la demande.

Et c'est là qu'il devient intéressant de s'attarder sur le rôle du courtier en tant que principal intermédiaire des opérations d'assurances qui, de ce fait, prend en charge la distribution de l'assurance Santé. Notre objectif ici est d'étudier la manière dont celui-ci s'acquitte de sa mission à la lumière des impératifs de gestion de l'assurance Santé et de la demande parfois pressante de certains assurables.

Compte tenu du temps qui nous est imparti, notre recherche s'est basée beaucoup plus sur le cas de la société AGF Cameroun Assurances qui nous a accueilli pendant notre stage académique et sur les principaux courtiers avec lesquels elle collabore.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons, sur la base des constats faits au sein de cette compagnie d'assurances, adopté une démarche consistant à nous rapprocher des courtiers partenaires pour toucher du doigt les réalités de leurs activités de distribution de l'Assurance Santé.

Notre étude de la distribution de l'assurance par l'intermédiaire du courtage s'articulera donc en deux parties :

- la première traitera des généralités sur l'assurance Santé et le courtage en assurance ;
- la seconde portera sur la commercialisation de l'assurance Santé par l'intermédiaire du courtage et son évaluation en vue de proposer des mesures pour son amélioration.

PREMIERE PARTIE

GENERALITES SUR L'ASSURANCE SANTE ET LE COURTAGE EN ASSURANCES

L'étude et l'évaluation de la distribution de l'assurance Santé par l'intermédiaire du courtage exigent que soit fixé le cadre dans lequel cette activité est appelée à se déployer. C'est dans cette optique que nous présenterons dans cette partie les trois chapitres suivants :

- chapitre I : l'assurance Santé comme mécanisme de financement des dépenses de santé ;
- chapitre II : les contraintes techniques et commerciales de l'assurance Santé ;
- chapitre III : le courtier, intermédiaire des opérations d'assurances.

CHAPITRE 1

L'ASSURANCE SANTE, MECANISME DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE

Le financement des dépenses de santé par le biais de l'assurance a de part le monde, donné lieu à diverses solutions. En France par exemple, il s'opère par l'intermédiaire d'un système réparti en trois secteurs : le régime obligatoire de la Sécurité Sociale, le secteur mutualiste et les compagnies d'assurance privées.

Au Cameroun, l'assurance Santé s'est retrouvée toute entière entre les mains des assureurs privés qui la gèrent selon des méthodes qui leur sont propres. Présenter l'assurance Santé dans ces conditions, reviendra à évoquer la technique de gestion du risque santé qui repose sur la mutualisation (section I) et à présenter brièvement les garanties offertes par les assureurs (section II).

SECTION I

LA MUTUALISATION DU RISQUE SANTE

L'assurance est une technique par laquelle un assureur regroupe un ensemble d'assurés exposés à la réalisation d'un même risque en une mutualité afin d'indemniser ceux qui subiront des sinistres à l'aide de la masse commune de primes collectées auprès de tous les assurés. Le système de l'assurance Santé est donc construit autour des notions de risque et de mutualisation.

I/ Le risque : la maladie

Le risque est l'événement dommageable ou non, de réalisation future et incertaine auquel est exposé une personne ou un bien.

Si nous parlons d'assurance Santé, il n'en est pas toujours ainsi car d'habitude, on parle beaucoup plus d'assurance Maladie, le dernier terme se référant au risque couvert. Ce

changement d'appellation ne traduit pas un changement de la nature du risque mais juste le souci de rendre l'appellation commercialement plus attractive et positive.

En assurance Santé, c'est donc la maladie, c'est-à-dire toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, qui constitue l'événement dommageable dont la probable survenance et surtout les conséquences tant au plan patrimonial (manque ou insuffisance de ressources pour y faire face) que physique et moral (souffrance qui peut d'ailleurs être aggravée par le manque de ressources) sont une menace pour les individus.

C'est donc cet aléa, c'est-à-dire le risque de tomber malade et d'avoir à faire face aux frais générés par la maladie qui est au cœur de l'assurance Santé et que l'assureur est appelé à prendre en charge. Il est d'autant plus sollicité que les autres moyens de traitement du risque Maladie ont montré leurs limites. Nous pouvons par exemple citer :

- la prévention : elle vise la réduction ou l'annulation de la probabilité de réalisation du risque (vaccination contre certaines maladies ou pratique des mesures d'hygiène par exemple) mais elle ne peut être intégrale, surtout lorsqu'il s'agit de la maladie ;
- l'assistance ou la prise en charge par un individu, un organisme ou alors une collectivité que ce soit de façon spontanée (solidarité africaine) ou organisée (Etat ou organisme quelconque) dont les limites ont été présentées ;
- la prévoyance qui consiste à épargner pour faire face aux éventuelles dépenses dues à la maladie et qui est rendue plus difficile par la conjoncture économique.

Pour gérer au mieux ce risque, l'assurance fait alors appel à sa technique de gestion qui est la mutualisation.

II/ La technique de gestion : la mutualisation

Dans le domaine de l'assurance, la mutualisation consiste à faire passer un risque à la charge d'une mutualité, celle-ci étant elle-même définie comme un système de solidarité organisée entre les membres d'un groupe à base d'entraide mutuelle.

Il ressort de la définition de l'assurance que l'assureur organise une solidarité entre les individus de façon à ce qu'il y ait compensation entre les risques de l'ensemble de la collectivité. Pour organiser la mutualité, l'assureur regroupera alors l'ensemble des assurés exposés au même risque pour leur permettre de mieux se défendre contre celui-ci. Il organise ainsi la maîtrise de l'aléa en ce sens qu'à défaut de lever l'incertitude liée à la réalisation du

risque pour chaque assuré, il permet de lever celle relative aux moyens d'y faire face en organisant sa prise en charge collective.

Face aux limites de la solidarité spontanée ou organisée par une institution publique, l'assureur permet la création d'un autre type de solidarité bâtie autour des intérêts communs des membres de la mutualité (exposition au même risque et difficulté d'y faire face tout seul) et destinée à créer une entraide entre ceux qui ont un sinistre (réalisation du risque) et ceux qui n'en ont pas. L'assurance Santé, par le biais de la mutualisation offre une solution aux individus exposés à la maladie et à l'éventualité de se retrouver démunis face à elle en permettant à l'assureur d'indemniser ceux des assurés devant faire face à une maladie grâce aux cotisations collectées auprès de tous les assurés.

Toutefois cette mutualisation est soumise à un certain nombre de règles que l'assureur doit respecter et sans lesquelles elle est difficilement réalisable. Il y a par exemple :

- la nécessité de mutualiser un nombre assez important de risques (pour faciliter l'application de la loi des grands nombres de Bernoulli) ;
- la nécessité d'avoir des risques homogènes c'est-à-dire des risques de même nature, portant sur le même objet et sensiblement de même valeur ;
- la faculté du risque à se prêter à une étude statistique pour dégager les paramètres de gestion de la mutualité dont l'assureur a besoin (la fréquence et le coût moyen de réalisation du risque) et fixer ainsi la contribution de chaque membre de la mutualité appelé à jouir des garanties du contrat d'assurance Santé.

SECTION 2

LES GARANTIES OFFERTES.

En général, le contrat d'assurance Santé, qu'il soit individuel ou collectif offre plusieurs types de garanties que nous avons choisi de regrouper en :

- garanties de base ;
- garanties complémentaires ;
- garanties annexes.

L'objet de l'assurance Santé est, nous l'avons dit, de permettre la prise en charge des dépenses de santé des assurés par le biais du remboursement à ceux-ci par l'assureur, des frais exposés pour leur santé. C'est justement ce en quoi consistent les garanties de base et les

garanties complémentaires. Les autres garanties que nous avons qualifié d'annexes, bien que rattachées à la maladie, répondent à une autre logique

I/ Les garanties de base

Ce sont des garanties " prestations en nature " qui font d'office partie du contrat d'assurance Santé et qui ne peuvent en principe être souscrites en les dissociant les unes des autres. Le montant du remboursement des dépenses de santé est déterminé par l'application du taux de remboursement prévu dans le contrat aux frais réels, dans la limite des exclusions, du barème de prestations en vigueur et des plafonds de garantie. Il reste entendu qu'à la base est exigée une prescription d'une autorité médicale compétente.

Rentrent dans les garanties de base, les frais et dépenses exposés par les assurés dans les domaines suivants :

- les frais médicaux occasionnés par les actes des auxiliaires médicaux, les visites et les consultations des médecins ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les frais d'analyse et de biologie ;
- les frais d'examen de radiologie ;
- les actes de spécialités ;
- les frais de kinésithérapie et de rééducation ;
- les frais de séjour en sanatorium et préventorium.

A ces garanties peuvent se joindre des garanties complémentaires.

II- Les garanties complémentaires.

Dans le principe, les garanties complémentaires ne diffèrent pas des garanties de base car il s'agit toujours de remboursement des frais exposés par les assurés (prestations en nature). La différence se situe aux niveaux de la nature des soins donnant lieu à la garantie de l'assureur et du régime des remboursements qui, contrairement aux garanties de base, est souvent soumis au régime du forfait.

Il convient cependant de noter que les garanties complémentaires ne peuvent être souscrites sans les garanties de base mais qu'en revanche, elles sont facultatives et peuvent être souscrites en dissociant les unes des autres. Sont ainsi pris en charge :

- les frais dentaires ;
- les frais d'optique médicale ;
- les frais de maternité c'est-à-dire les frais de grossesse et d'accouchement ;
- les frais de soins à l'étranger qui représentent les dépenses de santé exposées hors du pays de souscription du contrat et relatives aux prestations de la garantie de base ou au seul cas d'accident s'il s'agit d'une garantie complémentaire.

Avec les garanties complémentaires, nous entrons dans le champ des particularités et celles-ci sont plus marquées en ce qui concerne les garanties annexes.

III/ Les garanties annexes.

Nous avons choisi de regrouper ici les garanties qui, bien que se rattachant à une maladie n'ont cependant pas pour objet la prise en charge des dépenses exposées pour les soins de santé par l'assuré. C'est le cas de la garantie "prestations en espèces" et de la garantie « assistance » qui présentent chacune des particularités.

La garantie "prestations en espèces" a pour objet la prise en charge des conséquences pécuniaires d'un éventuel arrêt des activités professionnelles de l'assuré suite à une maladie couverte par le contrat "prestations en nature". L'exigence de la prise en charge de la maladie elle-même par un assureur se justifie par le fait que l'existence de cette garantie facilite l'accès de l'assuré aux soins de santé, ce qui limite la probabilité de survenance et le degré des séquelles invalidantes appelant la garantie de l'assureur dans le cadre du contrat "prestations en espèces". Le cas échéant, l'assureur aura donc à fournir des prestations forfaitaires qui pourront être suivant les cas, des indemnités journalières ou un capital d'invalidité permanente.

La garantie Assistance quant à elle consiste en la prise en charge par l'assureur de l'évacuation sanitaire de l'assuré du lieu où il se trouve vers une formation sanitaire (généralement située à l'étranger) susceptible de lui apporter les soins les plus appropriés à son état de santé et en la fourniture aux assurés d'autres prestations tel le rapatriement du corps en cas de décès. La mise en œuvre de cette garantie nécessite la mobilisation

d'importants moyens logistiques dont disposent rarement les assureurs. C'est pourquoi, les assureurs font très souvent appel à la sous-traitance pour l'exécution de cette garantie, celle-ci étant alors mise à la charge d'organisations dont l'activité est la mise en œuvre des opérations d'assistance.

La gestion du risque Maladie par les assureurs à travers la mise en œuvre des garanties sus évoquées a entraîné l'institution d'une branche d'assurance particulière, la branche Maladie dont nous allons recenser quelques particularités.

CHAPITRE 2

LES CONTRAINTES TECHNIQUES ET COMMERCIALES **DE L'ASSURANCE SANTE.**

L'assurance Santé, par le double fait qu'il s'agit d'une opération d'assurance et que celle-ci porte sur un domaine aussi sensible que la santé est soumise à des règles de gestion très particulières qui s'analysent en un ensemble de contraintes que nous pouvons regrouper en contraintes techniques (section I) et en contraintes commerciales (Section II).

SECTION 1

LES CONTRAINTES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE SANTE.

L'approche technique de l'assurance Santé est toute entière sujette à certaines contraintes qui vont de la souscription des contrats à l'appréciation des résultats de la branche Maladie. Par souci de simplification, nous aborderons tour à tour les contraintes liées aux pratiques des assurés et celles liées à la branche Maladie en général.

I/ Les contraintes liées aux pratiques et comportements des assurés.

Du fait des pratiques et comportements des assurés, l'assureur fait face à deux menaces : l'antisélection et le risque de changement des habitudes de consommation des soins de santé des assurés (risque moral) que nous allons présenter tour à tour.

A- L'antisélection

L'antisélection, phénomène bien connu de l'assurance, est le fait pour l'assuré de profiter de la meilleure qualité d'information qu'il a de son risque pour ne le céder à l'assureur que parce qu'il le sait mauvais, donc susceptible de générer des sinistres.

En assurance Santé, ce serait le cas d'un assuré qui, fort de sa maîtrise des informations relatives à sa santé (antécédents familiaux, taux de morbidité, coût moyen des dépenses de santé par an par exemple) trouve qu'il a intérêt à souscrire un contrat d'assurance Santé puisque la prime qu'il aura à payer sera en toute logique sans commune mesure avec les remboursements qu'il recevra de l'assureur. La branche Maladie est ainsi l'une des plus exposées au risque d'antisélection en assurance puisqu'elle couvre un domaine dont les informations s'y rapportant sont assez intimes.

Le danger est que ce phénomène efface l'incertitude liée à la survenance et à l'évaluation du sinistre et par là même, fausse le jeu de la mutualisation. C'est pourquoi une vigilance particulière est de mise en assurance Santé, ce qui impose la mise sur pied de mesures de sélection des risques. L'obligation pour le proposant de remplir un questionnaire médical relatif à son état de santé permet en amont la sélection des risques et en aval la possibilité de détecter des cas d'antisélection en confrontant la nature des sinistres déclarés par l'assuré avec les réponses contenues dans le questionnaire médical.

B- Le changement des habitudes de consommation des assurés

L'assurance Santé ayant pour objet de limiter la charge financière que supporte l'assuré en rapport avec ses dépenses de santé, elle a pour conséquence de changer progressivement l'état d'esprit et le comportement de l'assuré. En effet, fort de cette couverture, l'assuré a tendance à prendre de moins en moins de précautions (mesures préventives) et à consulter de plus en plus régulièrement les professionnels de la santé ainsi que les structures de santé les plus perfectionnées. Ce phénomène est généralement appelé risque moral.

Le risque moral est accentué par le système du Tiers Payant qui s'écarte du principe du préfinancement des soins par l'assuré puisqu'il n'est plus question de remboursement, mais de prise en charge directe des frais de soins de santé de l'assuré par l'assureur. L'assuré recourt alors plus facilement aux soins de santé puisqu'il n'y a plus que peu de débours préalables. Les établissements de santé eux-mêmes ont tendance à fournir aux assurés les prestations les plus chères au vu du bon de prise en charge.

Le changement des habitudes des assurés rejaillit directement sur la fréquence et le coût moyen des sinistres. On comprend alors que l'assureur soit contraint de procéder à une analyse régulière et systématique de la sinistralité dans le cadre des mesures de surveillance

du portefeuille et de prévoir des moyens pour contenir les effets du risque moral comme par exemple la restriction des conditions de délivrance des bons de prise en charge.

Aux contraintes se rapportant aux pratiques des assurés s'ajoutent celles relatives à la branche Maladie

II/ Les contraintes liées à la branche Maladie

La branche Maladie n'est certainement pas la branche préférée des assureurs et cette situation s'explique par certains facteurs qui en compliquent la gestion et dont il faut nécessairement tenir compte pour limiter le déséquilibre du portefeuille. Il s'agit par exemple des mauvais résultats, des difficultés de réassurance et de l'omniprésence de la fraude

A- Les mauvais résultats de la branche

La branche Maladie est l'une de celles qui posent le plus de problèmes aux assureurs et certaines compagnies d'assurances ne la pratiquent que pour des raisons commerciales. Cet état de choses s'explique largement par le fait que la branche est assez souvent déficitaire. C'est la conséquence de l'accumulation de plusieurs facteurs dont les principaux sont :

- les problèmes de tarification : pendant longtemps, celle-ci s'est faite de façon empirique et sous la forme d'un tarif unique, sans intégrer les paramètres qui influencent la sinistralité d'une personne à une autre tels le sexe, l'âge, la zone de résidence, la catégorie socioprofessionnelle, etc. (l'évolution actuelle tend vers la conception de tarifs qui collent aux particularités du risque) ;
- les coûts moyens sont généralement en augmentation car les frais de soins de santé subissent la double influence de l'inflation et des avancées technologiques dans le domaine de la santé (équipement des formations sanitaires en matériel de pointe dont le coût doit être amorti) ;
- la forte fréquence des sinistres (succession de sinistres plus ou moins importants tout au long de l'année) et la rapide cadence de règlement ne permettent pas la constitution d'importantes provisions techniques, sources de produits financiers.

Tout ce qui précède commande une approche très prudente de la branche Maladie car la grande peur des assureurs est que les mauvais résultats de cette branche affectent toute l'entreprise. Il devient dès lors urgent de veiller à la qualité des risques en portefeuille et de

mener une politique de souscription très prudente pour limiter la probabilité de pertes d'autant plus que celles-ci ne sont pas toujours partagées avec les réassureurs.

B- Les difficultés de réassurance

La réassurance est l'opération par laquelle un assureur s'assure auprès d'un tiers (le réassureur) pour tout ou partie des risques qu'il garantit, moyennant paiement d'une prime en vue de se protéger contre les aléas de son métier. Les aléas du métier dont il est question ici concernent au premier chef l'équilibre financier de l'assureur. En effet, celui-ci peut être mis à mal par la survenance de diverses sortes de sinistres tels :

- les sinistres de fréquence qui ont trait à la rapide succession des sinistres dans le temps ;
- les sinistres de sévérité qui eux, se réfèrent au montant élevé de leur évaluation ;
- les sinistres de cumul qui s'attachent à l'étendue du sinistre en termes de nombre de polices engageant la garantie du même assureur.

En ce qui concerne la branche d'assurance Maladie, l'assureur doit faire face à une sinistralité de fréquence qui finit à la longue par mettre en cause son équilibre technique. Il a donc pour souci d'équilibrer les comptes techniques de la branche et de contrôler son exposition quant à certaines prestations (soins à l'étranger). L'assureur doit alors mettre sur pied un plan de réassurance pouvant lui apporter la protection dont il a besoin.

Le problème en ce qui concerne la réassurance du risque Maladie en Afrique subsaharienne notamment est qu'il existe des facteurs dont l'impact sur le renchérissement des primes de réassurance est notable. Nous avons par exemple :

- l'inexistence d'un système de sécurité sociale couvrant la maladie, ce qui transforme l'assurance Santé en une assurance au premier franc ;
- la quasi impossible maîtrise des coûts moyens puisque les coûts des prestations sont très variables et cette variation n'obéit à aucune échelle connue ;
- l'omniprésence de maladies endémiques (paludisme et autres) qui accroissent la fréquence des sinistres en transformant chaque assuré en un malade en puissance.

La conséquence est que certains assureurs optent de se passer de réassurance pour la branche Maladie et supportent ainsi tout seuls les potentiels déséquilibres financiers de la branche. Ce qui va dans le sens du renforcement de la prudence dans la gestion de l'assurance Santé, une prudence qu'appelle également l'omniprésence de la fraude.

C- La fraude à l'assurance

De toutes les branches d'assurance, l'assurance Maladie est l'une des plus exposées à la fraude. Celle-ci peut provenir des assurés ou des prestataires de services.

Les pratiques frauduleuses des assurés portent tant sur la réalité même du sinistre que sur son ampleur et elles visent toutes à offrir à l'assuré des prestations indues. Elles s'expliquent par une ignorance des mécanismes de l'assurance (l'assuré qui veut à tout prix bénéficier de remboursements supérieurs ou égaux à la prime payée) ou alors par une volonté délibérée d'abuser de l'assureur (l'assuré pour qui l'assurance devient une source de revenus et qui déclare des faux sinistres ou alors qui étend le bénéfice de l'assurance à des personnes non couvertes par le contrat).

Les prestataires de services quant à eux et surtout ceux qui offrent des soins aux assurés sur la base d'un bon de prise en charge, ne sont pas en reste pour ce qui est des fraudes. En effet, il n'est pas rare que du fait de l'intervention d'un assureur par le biais du bon de prise en charge, certains prestataires de services recourent à la surfacturation et à la surmédication pour gonfler leurs factures. Pire encore, il existe des réseaux de fraude entre les assurés et les prestataires qui s'organisent autour de la délivrance de factures pour des sinistres imaginaires que devront payer les assureurs.

Les fraudes et tentatives de fraudes sont accentuées par l'environnement socio-économique dans lequel évoluent les assurés et constituent une menace majeure pour l'équilibre de la mutualité dont la prise en compte par les assureurs est impérative. La gestion de la branche Maladie doit alors nécessairement s'accompagner de mesures de contrôle en matière de sinistres pour limiter autant que faire se peut l'impact de la fraude sur des résultats que les assureurs ont déjà du mal à équilibrer.

C'est le même souci d'équilibre qui influence la commercialisation de l'assurance Santé.

SECTION 2

LES CONTRAINTES COMMERCIALES

Les contraintes commerciales découlent directement des contraintes techniques développées plus haut dans la mesure où ces dernières commandent une approche particulière pour ce qui est des conditions de commercialisation du produit avec pour objectif de

contourner les périls qui menacent la branche. Nous en recenserons quelques unes au niveau de la distribution de l'assurance Santé et des clauses contractuelles.

I/ Les conditions de distribution de l'assurance Santé

La distribution de l'assurance Santé est encadrée par un certain nombre de règles auxquelles doivent se plier les assurables et les apporteurs surtout en ce qui concerne la souscription du contrat d'assurance Santé et le commissionnement.

A- les conditions de souscription

Nous l'avons dit, la branche Maladie est exposée à la fois à un fort risque d'antiselection et aux mauvais résultats. C'est le souci de les éviter au maximum qui est à la base des conditions de souscription des contrats d'assurance Santé. Nous pouvons citer :

- la formalité quasi incontournable de déclaration du risque à travers la fourniture par l'assuré d'un questionnaire médical dûment rempli et des statistiques des trois dernières années si possible pour des besoins de sélection et de tarification ;
- le principe « Pas de contrat d'assurance Santé individuel » : les polices individuelles ne sont pas acceptées à cause du fort risque d'antiselection ; c'est à titre exceptionnel que ce type de garantie est délivré et elle l'est plus facilement pour des contrats complémentaires à un contrat groupe dont bénéficie déjà l'assuré, les contrats groupes étant préférés par les assureurs car favorisant une meilleure mutualisation du risque ;
- le principe « Pas d'assurance Santé en mono risque » : la souscription d'un contrat d'assurance Santé est également conditionnée par celle concomitante ou préalable d'un ou de plusieurs contrats dans d'autres branches d'assurance ; cette exigence s'explique par le souci de compensation des mauvais résultats de la branche Maladie par les probables résultats positifs des autres branches ;
- le principe « Pas d'assurance Santé en risque principal » : les assureurs exigent que la cotisation d'assurance Santé ne dépasse pas une certaine quotité (le tiers par exemple) de la totalité des cotisations payées pour l'ensemble des risques de l'assuré car il faut préserver la compagnie d'assurances d'une contagion des mauvais résultats de la branche Maladie à l'ensemble du portefeuille.

L'assureur reste toutefois libre de déroger à l'une de ces règles ou à leur ensemble. Sa marge de manœuvre est plus limitée pour ce qui est du commissionnement.

B- Le commissionnement

La commission est la rétribution de l'apporteur d'affaire, que ce soit l'agent général, le courtier ou un simple apporteur. Elle se présente généralement sous la forme d'un pourcentage appliqué à la prime d'assurance nette.

Au Cameroun, c'est l'Arrêté ministériel N° 00022 / MINEFI /DCE /A du 22 janvier 1999 qui fixe les taux maxima et minima des commissions allouées aux courtiers et sociétés de courtage par branche d'assurances. L'assurance Santé est donc régie par ce texte réglementaire qui fixe le taux de commission à 7% au minimum et à 15% au maximum.

Le taux de commission des contrats d'assurance Santé est modeste par rapport aux taux pratiqués dans d'autres branches d'assurances. Ceci pourrait avoir pour effet d'amener les courtiers à courir après le chiffre d'affaire en apportant des contrats à forte sinistralité qui vont d'un assureur à l'autre. Cette situation implique une approche circonspecte de certaines propositions d'assurances qui se traduit par l'accent mis sur la sinistralité des années antérieures pour ce qui est des risques ayant déjà bénéficié d'une couverture d'assurance.

De plus, la majorité des courtiers, du moins les plus grands bénéficient d'une délégation de gestion notable, ce qui, en l'absence d'une commission de gestion allouée aux courtiers a conduit les assureurs à verser aux courtiers le taux maximum légal (15%) aux courtiers les plus importants alors qu'ils auraient pu faire varier celui-ci en fonction des résultats des contrats.

Aux conditions de souscription en assurance Santé viennent s'ajouter les clauses contractuelles qui encadrent les garanties en assurance Santé.

II/ Les clauses contractuelles

Si l'objet de l'assurance Santé est la prise en charge des dépenses de santé, il n'empêche que cette couverture soit encadrée par des clauses contractuelles que doivent accepter les souscripteurs, que ce soit en ce qui concerne les garanties elles-mêmes, qu'en ce qui concerne les conditions de renouvellement des contrats d'assurance Santé.

A- Les limitations de garanties

Plusieurs critères sont retenus pour la limitation des garanties de l'assurance Santé. On retrouve assez souvent des limitations liées :

- aux exclusions : ce sont soit les exclusions générales à l'assurance (maladies et accidents résultant de certains faits intentionnels de l'assuré, de la guerre civile ou étrangère, etc.), soit des exclusions se rattachant à la nature de l'affection à laquelle sont liés les soins (stérilité, orthophonie et dyslexie, troubles mentaux, etc) ou alors à la nature des médicaments (vaccins et sérums préventifs contraceptifs, produits de beauté, etc) ;
- à la territorialité : la garantie peut être limitée au seul pays de souscription du contrat ou être étendue à certaines zones géographiques (zone Franc CFA, Afrique, Europe ou alors monde entier) ;
- au temps : la prise d'effet des garanties peut être retardée à une date ultérieure à la prise d'effet du contrat pour que les assureurs n'aient pas à prendre en charge les sinistres certains. On parle alors suivant les cas, de délai de carence ou de délai d'attente dont la durée dépend de la nature des affections ;
- au niveau des remboursements : celui-ci est limité par le barème de tarif correspondant à la nomenclature des actes professionnels, par le ticket modérateur (contribution mise à la charge des assurés et s'élevant le plus souvent à 20% des remboursements) ou alors par les plafonds de garantie par assuré et par police.

Le renouvellement des contrats d'assurance n'échappe pas à l'influence des clauses contractuelles.

B- La clause d'ajustement

La clause d'ajustement est une sorte de système Bonus/Malus à échelle que les assureurs appliquent aux contrats d'assurance Santé lors de leur renouvellement à l'échéance et en fonction de leurs résultats.

Le critère de base est le ratio Sinistres/Prime (S/P) à l'échéance du contrat considéré. A partir d'un taux considéré comme étant le taux d'équilibre, l'assureur appliquera à la cotisation du contrat lors de son renouvellement, une majoration (si le S/P du contrat du

contrat est supérieur au taux d'équilibre) ou alors une réduction (dans le cas contraire) suivant l'échelle retenue dans le contrat d'origine ou dans ses avenants subséquents.

Ce système qui bat en brèche le principe de la mutualisation se justifie par trois soucis au moins :

- le souci d'équité : les polices les plus sinistrées devant participer plus que les autres à l'équilibre de la mutualité en payant les cotisations les plus élevées et en évitant ainsi que les mauvais résultats soient répercutés sur l'ensemble des assurés ;
- le souci de moralisation du risque : pour éviter l'application de la clause d'ajustement les assurés doivent s'abstenir de faire jouer leur contrat d'assurance à tort et à travers (fraudes, surconsommation médicale...) ;
- le souci de faire coller le tarif à la configuration réelle du risque et corriger ainsi les approximations de la tarification d'origine.

Tels se présentent la branche d'assurance Maladie et les efforts entrepris par les assureurs pour en assurer une saine gestion. Les mesures prises dans ce cadre intéressent tous ceux qui y interviennent à l'instar des courtiers d'assurances.

CHAPITRE 3

LES COURTIERS, INTERMEDIAIRES DES OPERATIONS **D'ASSURANCES**

Les courtiers d'assurances sont des personnes physiques ou morales, commerçants indépendants présentant les demandes d'assurance de leur clientèle aux assureurs de leur choix et pouvant recevoir de ceux-ci une délégation de pouvoir plus ou moins élargie notamment pour établir des contrats, encaisser des primes et indemniser les assurés. Ils font ainsi partie du système de distribution des produits d'assurance.

Dans le cadre de cette présentation générale du courtage, nous avons opté de ne pas nous attarder sur le rôle du courtier en tant que mandataire des assurés sur lequel nous reviendrons plus tard mais de présenter le cadre réglementaire de l'activité de courtage (section 1) et la délégation de pouvoir qui peut être faite au profit des courtiers par les assureurs (section 2).

SECTION 1

LE CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ACTIVITE DE COURTAGE EN ASSURANCES

La réglementation des assurances est bâtie autour de l'idée de protection des assurés et des bénéficiaires des contrats d'assurance et accessoirement, des compagnies d'assurances. Il n'est donc pas surprenant que le Code des Assurances des pays membres de la CIMA (Code CIMA) consacre tout un livre aux intermédiaires des opérations d'assurance qui sont les mandataires des assurés. En dehors de ces dispositions légales, l'activité de courtage en assurance est également régie par un certain nombre d'usages que nous évoquerons.

I/ Le cadre normatif : les dispositions du Code CIMA

Le Livre V du Code CIMA est consacré à la réglementation de l'accès et des conditions d'exercice aux professions d'intermédiaires des opérations d'assurances et à leurs conditions d'exercice. Les courtiers d'assurances n'y échappent donc pas d'autant plus que les intérêts des assurés dont les courtiers sont les mandataires commandent que le cadre dans lequel évoluent les courtiers soit strictement balisé. Il faut toutefois signaler au passage que l'application des dispositions du Code CIMA aux courtiers suppose celle au préalable des dispositions de l'Acte Uniforme de l'OHADA en matière de droit commercial puisque les courtiers sont des commerçants suivant la définition qu'en donne le Code CIMA.

Les dispositions du code des assurances relatives aux courtiers portent entre autres sur les conditions d'accès à la profession (les conditions d'honorabilité, les conditions de capacité civile et professionnelle), l'attribution de l'exercice de la tutelle sur les courtiers et sociétés de courtage au Ministre en charge du secteur des Assurances, le rappel du statut de commerçant et les incompatibilités liées à l'exercice de la profession de courtier. Nous n'oublions pas les importantes dispositions relatives à l'exigence d'une garantie financière affectée au remboursement des fonds confiés aux intermédiaires et à l'exigence d'un contrat d'assurance de responsabilité couvrant le courtier contre les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile professionnelle ainsi que celles prévoyant des sanctions contre les contrevenants.

A cette réglementation viennent s'ajouter d'autres normes d'origine interne à la profession de courtier qui participent également à son encadrement.

II/- Les règles internes : les usages du courtage

En dehors des dispositions du code CIMA, il n'existe pas de textes qui organisent le statut de courtier en assurances. Le statut de commerçant qui est reconnu au courtier par le code des assurances ne suffit pas car il serait abusif de considérer le courtier comme un commerçant ordinaire car son activité particulière (entremise entre assureurs et assurés) et sa double qualité de mandataire des assurés et délégué des assureurs méritent d'être gouvernées par des règles qui y soient un peu plus adaptées.

C'est pourquoi, en l'absence d'un statut du courtier, des usages du courtage se sont cristallisés au fil du déploiement des activités des courtiers. Ceux-ci ont une valeur objective réelle car la loi reconnaît la validité des usages commerciaux et leur force obligatoire une fois

que leur existence est établie. Il n'est d'ailleurs pas rare que les juridictions en fassent application. Ces usages sont assez anciens dans des pays comme la France où les syndicats et autres regroupements des courtiers ont joué un rôle clé pour la constatation de ces usages. Ces usages sont bâtis autour des idées suivantes :

- le service de la clientèle ;
- les obligations des compagnies d'assurances envers les courtiers ;
- la loyauté envers les compagnies d'assurances ;
- la confraternité envers les autres courtiers et sociétés de courtage.

L'internationalisation de l'activité de courtage en assurances a favorisé la diffusion de ces usages même si leur influence varie considérablement d'un marché à l'autre et est souvent proportionnel à la représentativité des regroupements de courtiers. Toujours est-il que ces usages concernent pour l'essentiel les rapports entre assureurs et courtiers.

SECTION 2

LA DELEGATION DE POUVOIR EN FAVEUR DES COURTIER

Les courtiers font partie des réseaux de distribution des assurances et peuvent à ce titre recevoir des délégations de pouvoirs des assureurs dans certains domaines bien précis. Le cadre de cette délégation est la convention de collaboration qui, en même temps fixe l'étendue de celle-ci.

I/ Le cadre : la convention de collaboration

Au plan formel, la convention de collaboration n'appelle pas de commentaires particuliers car comme son nom l'indique, il s'agit simplement d'un accord de volontés entre un courtier ou une société de courtage en assurances et une compagnie d'assurances donnée. Elle se décompose souvent en un certain nombre de protocoles, chacun portant sur un domaine précis de la délégation. Cette convention doit être conforme aux dispositions du Code CIMA régissant les activités de distribution des produits d'assurance surtout pour ce qui est des dispositions d'ordre public auxquelles on ne peut déroger.

A l'épreuve des faits cependant, nous constatons que la plupart des conventions de collaboration liant les courtiers et sociétés de courtage en assurances aux compagnies d'assurances opérant dans le marché camerounais ne sont pas formellement établies

puisqu'elles reposent le plus souvent sur des accords non écrits. Cette situation est sans conséquence particulière quant à leur validité car le consensualisme reste un principe dominant du droit des contrats.

L'essentiel est que le contenu de la convention soit bien établi et respecté par toutes les parties.

II/ Le contenu : l'étendue de la délégation de pouvoir

La convention de collaboration fixe les pouvoirs dévolus au courtier délégataire dans les domaines de la production (l'acceptation des risques et encaissement des cotisations) et de l'indemnisation des assurés sinistrés.

A- En matière de production

Le courtier peut recevoir en matière de production une délégation de pouvoirs portant sur la souscription (pouvoirs d'acceptation des risques) et sur l'encaissement des cotisations.

La délégation de pouvoirs d'acceptation des risques définit le cadre général dans lequel les pouvoirs sont accordés aux courtiers pour accorder des garanties pour le compte des compagnies d'assurances dans les conditions fixées par celles-ci. Ces conditions peuvent porter sur :

- les branches d'assurances : suivant les cas, les pouvoirs d'acceptation des courtiers seront nuls, restreints ou étendus et ceux des compagnies varieront dans le sens inverse ;
- les limites d'acceptation exprimées en capitaux par exemple : l'assureur fixe un plafond au-delà duquel le courtier est tenu de requérir l'avis de la compagnie d'assurances.

En matière d'encaissement des cotisations, l'article 541 du Code CIMA interdit aux courtiers d'encaisser les cotisations, sauf autorisation expresse de la compagnie qui fait alors l'objet d'un protocole de la convention de collaboration. Sont ainsi fixés, le cas échéant : les procédures d'encaissement et de reversement des cotisations, les procédures et délais de paiement des commissions dues au courtier par l'assureur, les procédures de contrôle des activités du courtier par l'assureur, les procédures de règlement des contentieux d'encaissement des cotisations.

Cette délégation d'encaissement des cotisations prépare généralement le terrain à celle portant sur l'indemnisation des sinistres.

B- En matière d'indemnisation des assurés

Ici, la convention de collaboration a pour objet de préciser la nature et l'étendue de la délégation de pouvoirs accordée au courtier en matière de règlement et de paiement des sinistres survenus chez leurs relations communes que sont les assurés. Elle fixe ainsi :

- le domaine de la gestion déléguée car celle-ci se limite à certaines branches ;
- les plafonds de délégation de gestion et de règlement des sinistres à l'intérieur des branches objet de la délégation ;
- la procédure en matière de règlement extracontractuels c'est-à-dire les indemnisations effectuées pour des raisons commerciales toutes les fois où la garantie de l'assureur ne peut être mise en jeu si on s'en tient aux clauses du contrat d'assurance ;
- les seuils au-delà desquels l'intervention de l'expert devient nécessaire ;
- la tenue des dossiers Sinistres qui restent la propriété de la compagnie ;
- les pouvoirs de contrôle de la compagnie.

Ainsi se présentent l'assurance Santé et le courtage en assurances, deux activités qui, de part leurs natures respectives sont appelées à s'imbriquer. C'est justement de cette imbrication qu'il sera question dans la deuxième partie.

DEUXIEME PARTIE

LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE SANTE PAR LE COURTAGE

Le cadre d'intervention des courtiers en assurances étant fixé, nous pouvons nous intéresser maintenant à la distribution de l'assurance Santé par les courtiers et sociétés de courtage. Pour ce faire, nous passerons par trois étapes :

- chapitre IV : la commercialisation de l'assurance Santé par les courtiers ;
- chapitre V : l'évaluation de cette commercialisation par les courtiers ;
- chapitre VI : la proposition de mesures pour l'amélioration de la distribution de l'assurance Santé par ce canal.

CHAPITRE IV

LA COMMERCIALISATION DE L'ASSURANCE SANTE PAR **L'INTERMEDIAIRE DES COURTIER**

La prise en charge des dépenses de santé par les assureurs à travers l'assurance Santé suppose non seulement une approche technique à la base pour la conception et le montage des garanties mais aussi que tout soit mis en œuvre pour que ces garanties atteignent leurs cibles (les assurables). C'est le rôle du réseau commercial dont font partie les courtiers d'assurances, aidés en cela par le mandat et la délégation de pouvoirs qu'ils reçoivent respectivement des assurés et des assureurs. Leur rôle s'étend alors de la souscription des contrats (Section 1) à la fourniture des prestations d'assurance Santé (Section 2).

SECTION 1

LE ROLE DU COURTIER EN MATIERE DE SOUSCRIPTION DES CONTRATS EN ASSURANCE SANTE

Les particularités de la branche Santé que nous avons déjà relevées influencent largement le rôle dévolu aux courtiers en ce qui concerne la souscription des contrats en assurance Santé. Du fait de leur double rôle de mandataires des assurés et de bénéficiaires d'une délégation de la part des assureurs, l'implication des courtiers pour le compte de l'une ou l'autre partie diffère même s'il n'y a pas de séparation tranchée.

I/ Les courtiers, assureurs-conseils en assurance Santé

En tant que représentants des assurés, les courtiers jouent un rôle technico-commercial. Ce rôle dépend de la nature du risque objet des garanties dont ils assurent la distribution. Pour ce qui est de l'assurance Santé, nous partirons de leur approche commerciale du risque Santé pour en arriver à leur rôle technique.

A- L'approche commerciale du risque Santé

Nous entendons par approche commerciale la manière par laquelle les courtiers rapprochent l'offre de la demande en assurance Santé. En la matière, la différence entre un courtier et un agent général par exemple est que ce dernier part des produits proposés par les compagnies d'assurances pour trouver une clientèle adaptée tandis que le courtier part de la demande d'assurance de sa clientèle pour trouver l'offre d'assurance adéquate auprès des assureurs. La demande en assurance peut être spontanée ou alors suscitée par les démarches commerciales des courtiers.

Du fait des difficultés de financement des frais de soins de santé relevés plus haut, il y a actuellement une demande non négligeable de couverture en assurance Santé de la part des assurables. Cette demande qui reste assez timide pour ce qui est des particuliers, devient peu à peu habituelle pour les entreprises et autres organisations désirant accorder à leurs collaborateurs le bénéfice de certains avantages sociaux. Cet état de choses a des incidences sur l'activité commerciale des courtiers dans le sens de la facilitation de leur travail. En effet, les courtiers et notamment les plus grands reçoivent un important nombre de demandes de couverture en assurance Santé, ce qui limite leurs actions de recherche de la clientèle. Celles-ci sont alors beaucoup plus orientées vers les assurables susceptibles de bénéficier de cette couverture au vu des conditions posées par les assureurs, ces dernières ne permettant pas toujours d'élargir à souhait le cercle des prospects.

Si l'importante demande dont fait actuellement l'assurance Santé influence la politique commerciale des courtiers, elle n'altère en rien leur rôle de conseiller auprès de leur clientèle.

B- Le traitement des demandes d'assurance Santé par les courtiers

C'est ici qu'intervient le volet « conseil » de l'activité des courtiers en assurances. Etant généralement profane en matière d'assurances, la clientèle des courtiers présente rarement des demandes de couverture en assurance bien définies. Il revient alors aux courtiers d'orienter par leurs conseils les choix de leur clientèle en matière d'assurances, permettant ainsi la couverture optimale de leurs risques par les assureurs.

En assurance Santé, tout part de l'analyse des risques des assurables que font les courtiers et qui s'appuie sur :

- les vœux de la clientèle : types et niveaux de garanties, coût souhaité... ;
- la configuration des risques : la composition du personnel (sexe, catégories socioprofessionnelles, nombre d'assurés principaux et de dépendants) ou encore la consistance du portefeuille d'assurances de l'entreprise (nombre et nature des contrats, assureurs...).

Cette analyse des risques consiste essentiellement en une confrontation entre les informations ci-dessus et les données de base de l'assurance Santé, de façon à proposer à la clientèle le type de couverture le mieux adapté à chaque situation et permettre ainsi le réajustement des demandes d'origine. Les données de base de l'assurance Santé dont il est question ici sont :

- les conditions de souscription des compagnies d'assurances : il s'agit de voir si au regard de celles-ci, le risque est assurable et si oui, par quel assureur il peut l'être ;
- la nature des garanties offertes : il peut ici être question de faire varier celles-ci en fonction des catégories socioprofessionnelles composant l'effectif à assurer ;
- les niveaux de couverture offerts par les assureurs : on conçoit par exemple mal que la garantie soins à l'étranger soit souscrite si le plafond de garanties est très faible ;
- les coûts des garanties qui doivent être à la portée de l'assurable et respecter le principe « Pas d'assurance Santé en risque principal » par exemple.

Le but de la manœuvre est d'arriver à une demande d'assurance qui épouse les contours de l'offre. Dans ce domaine, le plus dur n'est pas de trouver la demande mais d'en trouver une qui soit conforme aux conditions de souscription des assureurs ou à laquelle celles-ci puissent tant soit peu être adaptées, la suite dépendant des relations que les courtiers entretiennent avec les assureurs.

II/ La délégation de pouvoirs en production

En dehors du fait que les courtiers font partie des réseaux commerciaux utilisés par les assureurs, il arrive qu'ils jouent également un rôle technique important en matière de production pour le compte des assureurs. Le contexte très particulier de cette délégation en assurance Santé explique pourquoi celle-ci est très limitée comme nous le verrons avec la procédure de production d'une affaire nouvelle par l'intermédiaire du courtage.

A- Le contexte de la délégation en matière de souscription

Le contexte de la délégation en assurance Santé est celui défini dans le cadre de l'étude des contraintes techniques et commerciales de la gestion de ce risque ainsi que de la branche Maladie. En l'état actuel de sa gestion, l'assurance Santé apparaît comme risque non standardisé (c'est un risque « demi-mesure », voire « sur mesure » pour les montages les plus compliqués), ce qui ne milite pas en faveur d'une large délégation de pouvoirs aux courtiers d'autant plus que certains assureurs n'ont pas encore eux-mêmes maîtrisé tous les contours de la gestion de ce risque si particulier.

Ainsi dans le domaine de la production en assurance Santé, les courtiers en assurances bénéficient de prérogatives quasi-nulles comparativement à ce qui se fait dans d'autres branches. Cette situation se justifie par les contraintes de gestion de l'Assurance Santé que nous avons relevées et dont les principaux aspects peuvent être rappelés :

- une sélection des risques rendue difficile par l'antisélection et le risque de fraudes et dont l'assureur préfère garder l'exclusivité ;
- des difficultés de tarification dans la mesure où chaque compagnie développe ses propres moyens de maîtrise de la tarification et ne souhaite pas les divulguer compte tenu des incertitudes qui y sont encore attachées.

Le rôle limité que joue le courtier dans ce domaine apparaît clairement dans le processus de souscription d'une affaire nouvelle.

B- Le processus de souscription d'une affaire nouvelle par l'intermédiaire du courtage

L'étude de ce processus nous permettra de mieux appréhender le faible niveau de délégation dont jouit le courtier en matière de production.

Tout part donc des demandes d'assurance de la clientèle du courtier et de leur traitement par celui-ci. Il transmet alors aux compagnies assurances avec lesquelles il collabore des demandes de cotations comprenant tous les éléments nécessaires à la sélection et à la tarification, domaines dans lesquels le courtier ne joue aucun rôle.

A la réception des cotations proposées par les assureurs intéressés, le courtier procède au dépouillement. Sera en principe retenue, la cotation qui se rapproche le plus des options de garanties de l'assuré telles que contenues dans la demande de cotation et dont le coût est le plus favorable en évitant tout de même que ce dernier soit trop bas et expose le souscripteur à

l'application de la clause d'ajustement dès la première année. Il faut toutefois noter qu'en matière de choix de l'assureur, la politique propre à chaque courtier basée sur les affinités développées avec certains assureurs peut prendre le pas sur les autres considérations.

Le courtier fournit par la suite à l'assureur les questionnaires médicaux remplis par chaque assuré pour apprécier la qualité du risque car la cotation est faite sur la base d'un risque normal et reste sujette à probable surprime du fait des déclarations de l'assuré. Cette démarche vaut transmission de l'accord du client par le courtier. Sur les bases convenues, l'assureur monte le contrat que le courtier soumet à la signature du souscripteur.

L'encaissement des cotisations d'assurance est entièrement dévolu aux courtiers qui, sur la base des documents fournis par les assureurs émettent des quittances qu'ils envoient aux assurés.

Tous les actes de gestion courante des contrats (avenants d'incorporation, de retrait, d'extension de garanties ou de renouvellement), même s'ils sont initiés par les courtiers sont validés par les assureurs car la plupart de ces actes ont des implications au niveau de la sélection des risques ou de la tarification.

Tel est donc le rôle limité que jouent les courtiers en production et ce rôle contraste avec celui qui est le leur en matière de gestion des sinistres.

SECTION 2

LE ROLE DES COURTIER EN MATIERE DE GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE SANTE

La gestion des sinistres est l'autre pendant de la délégation de pouvoir qui peut être faite au bénéfice des courtiers par les assureurs. Les courtiers, du moins les plus importants d'entre eux, bénéficient du fait de leur surface financière considérable, de larges prérogatives en ce qui concerne la gestion des sinistres en assurance Santé. Cette tâche requiert des moyens financiers et humains conséquents, ainsi qu'une procédure de gestion propre à éviter certaines dérives.

I/ Les moyens de la gestion déléguée des sinistres

La mise en œuvre de la délégation de gestion des sinistres par les courtiers en assurance Santé implique la mise à leur disposition par les compagnies d'assurances de moyens financiers et humains rendus nécessaires par la lourdeur de la tâche et les enjeux qu'implique la gestion des sinistres.

A- Les moyens financiers mis à la disposition des courtiers

Il est évident que la gestion des sinistres requiert que les courtiers soient en possession d'importants moyens financiers pour assurer le versement régulier des indemnisations. Les courtiers n'étant en matière de gestion des sinistres que les gestionnaires délégués des assureurs, il est normal que ce soit ceux-ci qui les dotent en moyens financiers. Ceci se fait généralement par deux moyens différant selon l'intérêt en cause :

1. par le biais du Protocole d'encaissement des cotisations, l'assureur en vertu de **l'article 541** du code CIMA donne aux courtiers un mandat pour encaisser les cotisations des contrats conclus par leur intermédiaire ; ce sont donc ces cotisations que vont utiliser les courtiers pour payer les sinistres déclarés par les assurés, un système de compensation entre les cotisations perçues et les sinistres payés étant mis en œuvre à échéance convenue pour dégager les soldes ;
2. avec la commission de gestion, c'est le travail des courtiers en matière de gestion des sinistres qui est rémunéré par les assureurs, contrairement à la commission d'apport qui rémunère l'effort commercial des courtiers même si les deux sont souvent fondues en une. La commission de gestion permet ainsi aux courtiers d'amortir les frais de gestion induits par la gestion des sinistres ;
3. certains courtiers peuvent se voir attribuer par les assureurs un fonds de roulement sous la forme d'un montant forfaitaire retenu sur les cotisations encaissées et dont ils devront toujours avoir la détention pour faire face au paiement des sinistres qu'il leur revient de gérer.

La gestion des sinistres dévolue aux courtiers s'accompagne ainsi d'une dotation en moyens financiers par les compagnies d'assurances qui se complète par la mise à la disposition des courtiers de supports techniques pour la gestion des sinistres.

B- L'affectation de médecins-conseils

Les médecins-conseils sont des experts qui collaborent avec les compagnies d'assurances en assurance Santé. Ils jouent principalement un rôle de contrôle pour le compte des compagnies d'assurances et sont à ce titre chargés des missions suivantes :

- étudier les dossiers de demande de remboursement qui leur sont soumis, afin d'établir l'adéquation affection/prescription, vérifier la rigueur et la justesse des cotations des actes, s'assurer de la réalité des autorisations d'exercice des structures sanitaires et des médecins ;
- effectuer le suivi des hospitalisations qui leur sont confiées ;
- procéder à l'examen physique des assurés lorsque des contre-visites s'avèrent nécessaires ;
- aider à la détection d'éventuelles fraudes.

A chaque courtier qui reçoit la délégation de gestion des sinistres, les assureurs affectent un ou plusieurs médecins-conseils chargés du contrôle des prestations dont bénéficient les assurés dans le cadre de leur assurance Santé.

L'objectif visé par les assureurs est de limiter au maximum les cas de fraudes ou de prestations indues, en repérant par exemple les cas flagrants de surfacturation grâce à l'intervention des médecins-conseils dans la procédure de gestion des sinistres.

II/- La procédure de gestion des sinistres par les courtiers

On devrait plutôt parler de procédures car suivant qu'il est question des remboursements des frais découlant du préfinancement des soins de santé par les assurés ou du paiement des factures des prestataires de services, la procédure diffère. Toujours est-il qu'il y a d'une part, la gestion des sinistres proprement dite et de l'autre, l'envoi périodique aux assureurs des pièces justificatives des prestations fournies aux assurés.

A- La gestion des sinistres

Il s'agira pour nous ici de décrire le processus au terme duquel les prestations dues sont fournies aux assurés soit directement, soit par le biais d'une prise en charge.

Le remboursement des frais de soins exposés par les assurés constitue la prestation traditionnelle en assurance Santé et se base sur le principe du préfinancement des soins de santé par les assurés. La procédure de gestion des sinistres se présente en gros comme suit :

- 1^{ère} phase : réception par le courtier des déclarations de maladie sur un formulaire type mis à la disposition des assurés auxquelles sont jointes toutes les pièces justificatives ;
- 2^{ème} phase : envoi du dossier chez le médecin-conseil pour le contrôle ;
- 3^{ème} phase : traitement du dossier sur la base des observations du médecin-conseil ; le dossier sera suivant les cas rejeté ou réglé et payé en partie ou en totalité.

Le paiement des factures des prestataires de services quant à lui est soumis à la formalité préalable de délivrance par le courtier d'un bon de prise en charge en faveur de l'assuré bénéficiaire des soins. Pour limiter la surconsommation médicale, le courtier soumet celle-ci à certaines conditions liées à la nature des soins et au montant de la prestation objet de la prise en charge.

C'est donc sur la base du bon de prise en charge que le prestataire fournit des soins aux assurés dans les limites fixées par ce document (taux de remboursement, plafond de remboursement...). Une fois les soins prodigués, le prestataire se tourne alors vers le courtier pour se faire payer ses factures sur la base d'un dossier dont le traitement suivra le même cheminement que celui indiqué plus haut, le médecin-conseil y jouant le même rôle.

Tous les documents fournis par les assurés dans le cadre de la gestion des sinistres constituent les dossiers sinistres qui doivent être envoyés aux assureurs.

B- L'envoi des justificatifs aux assureurs

La délégation de l'indemnisation accordée aux courtiers par les compagnies d'assurances fixe le sort des dossiers sinistres après leur traitement par le courtier. Il s'agit en fait des conditions (composition des dossiers et délais de transmission par exemple) dans lesquelles ces dossiers seront transmis aux compagnies qui en conservent d'ailleurs la propriété.

Ces dispositions visent à faciliter le contrôle par les compagnies de la façon dont les courtiers s'acquittent de leur mission car la seule intervention des médecins-conseils ne suffit pas à assurer la régularité des opérations de gestion des sinistres puisque leur intervention se limite au champ de la technique médicale sans qu'entrent en compte les aspects purement contractuels. Les prestations offertes par les courtiers peuvent toujours être contestées par les

assureurs du fait par exemple du paiement de sinistres n'entrant pas dans le champ des garanties. La responsabilité des courtiers peut ainsi se trouver engagée.

La transmission des dossiers sinistres en tant que point de départ de l'exercice du contrôle a donc une importance cruciale car la délégation a comme corollaire la possibilité de contrôle, surtout quand il s'agit d'un domaine autant exposé aux fraudes et abus de tous les genres comme l'assurance Santé.

CHAPITRE V

L'EVALUATION DU COURTAGE EN ASSURANCE SANTE

Porter un regard évaluateur sur le rôle du courtage dans la distribution de l'assurance Santé implique que soient soulignés les points sur lesquels celui-ci est performant et ceux sur lesquels des efforts restent à faire. Comme axes d'analyse, nous passerons en revue tous les domaines techniques ou commerciaux de la collaboration entre courtiers et assureurs sans pour autant les opposer. Nous présenterons ainsi les aspects positifs de l'action des courtiers (section 1) avant d'aborder les domaines dans lesquels des améliorations restent à apporter (section 2).

SECTION 1

LES APPORTS POSITIFS DU COURTAGE EN ASSURANCE SANTE

Le fait que les courtiers et sociétés de courtage en assurances soient des partenaires privilégiés du système des assurances est déjà en lui-même révélateur de l'importance de leur apport dans le domaine des assurances en général et de l'assurance Santé en particulier. Nous en aurons confirmation en soulignant l'apport commercial des courtiers ainsi que leur participation à l'allègement de la gestion de l'assurance Santé.

I/ L'apport des courtiers dans le domaine commercial

Le courtage fait partie intégrante des réseaux de distribution des produits d'assurance et les courtiers s'appuient pour assurer cette distribution sur leur double qualité de mandataire des assurés et de délégataires des assureurs. A ces titres, ils jouent un rôle notable d'interface entre les assureurs et les assurés et participent grandement à l'expansion commerciale de l'assurance Santé.

A- Le rôle d'interface entre assurés et assureurs

Les courtiers, de part leur fonction de mandataires des assurés dont ils doivent soigner la couverture en assurances des divers risques jouissent d'une position privilégiée vis-à-vis de ceux-ci. De même, sur délégation des assureurs, ils sont chargés de présenter les produits de ceux-ci aux assurables. Ils représentent ainsi une sorte de trait d'union nécessaire à la communication entre assureurs et assurés. Les assurés s'adressent aux courtiers d'autant plus facilement que ceux-ci présentent l'avantage de la proximité qui naît de leurs relations privilégiées et du rôle de conseil que le courtier joue auprès d'eux. Les compagnies d'assurances s'appuient sur les courtiers pour atteindre la clientèle que ceux-ci représentent et disposer ainsi d'un relais efficace auprès des assurés.

En assurance Santé, cette situation prend une ampleur nouvelle car il y a d'un côté, les assureurs qui désirent que cette offre d'assurance si particulière soit bien comprise par les destinataires, et de l'autre des assurés très souvent profanes en la matière et dont les besoins ne cadrent pas toujours avec les règles de gestion de l'assurance Santé. Il revient alors aux courtiers la tâche de présenter à leur clientèle les conditions de souscription de l'assurance Santé fixées par les assureurs et de partir de la bonne connaissance qu'ils ont des besoins en assurances de leur clientèle pour présenter aux assureurs des propositions d'assurance acceptables.

Tout ceci contribue à la facilitation de la commercialisation de l'assurance Santé, et partant, à son expansion commerciale.

B- L'expansion commerciale de la branche Maladie

Nous avons retenu de la définition du courtier que celui-ci est un commerçant indépendant qui présente les demandes d'assurance de sa clientèle à l'assureur de son choix. Cette vision partielle de l'activité du courtier se rattache à son rôle historique qui était alors essentiellement commercial. Même si celui-ci s'est élargi, l'aspect commercial demeure primordial en assurance Santé comme partout ailleurs car il conditionne les autres aspects de son activité.

Si nous prenons comme critère le chiffre d'affaires des compagnies d'assurances, une grande partie de celui-ci est composé de polices souscrites par l'intermédiaire des courtiers et

sociétés de courtage. Cette tendance est encore plus marquée en assurance Santé car les contrats d'assurance groupes (entreprises ou autres organisations) sont préférés par les assureurs comme nous l'avons souligné. Or nous savons que le segment de clientèle représenté par les entreprises est largement dominé par les courtiers qui, grâce à leur fonction d'assureurs conseils gèrent dans leur intégralité les portefeuilles d'assurances de plusieurs entreprises.

A titre illustratif et sur la base du Reporting Maladie de AGF Cameroun Assurances à la date du 30 Juin 2004, les statistiques suivantes peuvent être fournies :

- les contrats passant par l'intermédiaire des courtiers représentent 80 % du chiffre d'affaires global de la période, dont 64 % pour Gras Savoye, 14 % pour les Assureurs Conseils Camerounais (ASCOMA) et 2 % pour les autres ;
- si nous nous limitons aux cas de Gras Savoye et ASCOMA, nous relevons que les vingt et quatre (24) contrats d'assurance Santé qui passent par eux sont à 100% des polices d'entreprises ou des autres organisations.

Ainsi, les affaires apportées par les courtiers représentent en moyenne les deux tiers du chiffre d'affaires dans les portefeuilles Santé des compagnies d'assurances, ces affaires étant constituées pour leur écrasante majorité de contrats groupes.

II/ L'externalisation de la gestion

L'externalisation de la gestion dérive directement de la délégation de pouvoir faite au profit des courtiers par les assureurs. Cette délégation a pour effet induit de soulager les compagnies de certaines tâches et présente l'avantage d'être assez fiable car les courtiers gestionnaires sont généralement bien armés pour ce travail.

A- L'allègement des tâches et des coûts de gestion

En assurance Santé, les courtiers ont d'importantes prérogatives en matière d'encaissement des cotisations et de gestion des sinistres et c'est dans ces domaines que se ressent le plus l'impact de leur action par rapport à l'allègement de la gestion des compagnies d'assurances.

Pour ce qui est de l'encaissement des cotisations d'assurance, sa mise en œuvre est souvent à la charge des courtiers qui doivent alors profiter des relations privilégiées qu'ils ont

avec les assurés pour s'acquitter de cette mission sans trop de complications, les compagnies d'assurances ne s'occupant que des procédures contentieuses de recouvrement des cotisations. Nous ne devons pas perdre de vue que le volume des cotisations encaissées par les courtiers est en principe proportionnel au chiffre d'affaires qu'ils produisent. Les compagnies d'assurances s'épargnent ainsi les procédures d'encaissement qui parfois, génèrent une importante paperasse.

La gestion des sinistres, par rapport à l'encaissement des cotisations qui ne présente pas de particularités notables en assurance Santé, est le domaine dans lequel les courtiers assument les charges les plus lourdes. En effet et nous l'avons souligné, la branche Santé présente une sinistralité de fréquence se traduisant par une multitude de petits ou moyens sinistres qui s'étalent sur toute la période d'assurance. On imagine aisément les implications en termes de besoins en moyens matériels et humains pour un assureur qui aurait en gestion interne l'intégralité des sinistres des contrats de son portefeuille Maladie. C'est à ce niveau que la délégation de gestion des sinistres opérée en faveur des courtiers apporte un soulagement appréciable aux assureurs qui n'ont plus en charge que la gestion des sinistres des contrats souscrits en direct et par l'intermédiaire des agences ou de petits courtiers non gestionnaires de sinistres.

C'est ainsi que nous en revenons au cas concret des AGF Cameroun Assurances et toujours sur la base du Reporting précité, nous constatons que les courtiers gèrent plus de 70 % des assurés du portefeuille Santé et ce chiffre donne la pleine mesure de l'apport des courtiers dans ce domaine.

En dehors des éventuelles commissions de gestion qui leur sont versées par les assureurs, les courtiers trouvent un autre intérêt à la gestion déléguée des sinistres. En effet, ceux-ci, à travers l'accomplissement de cette mission, ont l'occasion de procurer une meilleure qualité de service aux assurés qui constituent avant tout leur clientèle, sans que cet état de choses soit une source d'inquiétude pour les assureurs puisque les courtiers disposent de moyens fiables de gestion des sinistres.

B- La qualité des moyens de gestion des sinistres

Si les assureurs ont accepté de laisser aux courtiers une tâche aussi fondamentale que la gestion des sinistres, c'est après avoir acquis la conviction que ceux-ci avaient les capacités de remplir leurs obligations de façon satisfaisante. C'est d'ailleurs pourquoi seuls les courtiers

les plus importants ont cette charge. La mise en œuvre de la gestion des sinistres d'une population de plusieurs milliers d'assurés requiert d'importants moyens dont seuls quelques courtiers peuvent disposer.

Parmi les moyens nécessaires à une gestion efficace des sinistres, les ressources humaines et informatiques occupent une place de choix. L'assurance Santé, rappelons-le, est un produit d'assurance demi-mesure ou alors carrément sur mesure avec pour conséquences, une diversité de contrats suivant le type et le niveau de garanties offertes. L'outil informatique devient dans ces conditions incontournable pour intégrer ces diverses données. De plus, la gestion des sinistres s'accompagne des mesures de surveillance du portefeuille (sinistralité par contrat, par assuré, par type d'acte médical, etc.) dont la mise en œuvre à une certaine échelle nécessite l'outil informatique.

Les courtiers gestionnaires de sinistres sont donc équipés de façon à s'acquitter de leur mission de la manière la plus satisfaisante, ce qui concourt à la sécurisation de leurs opérations et tend à assurer la tranquillité des assureurs même si par ailleurs d'autres sources de conflits existent.

SECTION 2

LES PROBLEMES POSES PAR LE COURTAGE EN ASSURANCE SANTÉ

Bien que nous ayons souligné l'importance du rôle du courtier dans la distribution de l'assurance Santé, il n'est pas dit que tout va pour le mieux. Dans ce domaine en effet, il existe des imperfections et difficultés que nous devons souligner. Il faut toutefois signaler qu'à ce niveau, il ne s'agit pas de pratiques généralisées de tous les courtiers mais plutôt d'un recensement de manquements rencontrés çà et là. Ceux-ci portent par exemple sur l'information de certains intervenants et sur la mise en œuvre de la délégation de gestion et seront présentés tour à tour.

I/ Le déficit d'information

C'est l'un des principaux problèmes qui ont retenu notre attention à cause de l'importance que présente la qualité de l'information en matière d'assurances en général et

d'assurance Santé en particulier. Ce déficit d'information s'apprécie à la fois par rapport aux assurés et par rapport aux compagnies d'assurances.

A- Vis-à-vis des assurés

Les courtiers ont le devoir d'informer les assurés et souscripteurs sur les contours des garanties qu'ils souscrivent par leur intermédiaire et ce devoir leur incombe du fait de leur rôle d'assureurs conseils et surtout de leur rôle de relais des assureurs (article 6 du code CIMA). Cependant certaines circonstances laissent penser que ce rôle n'est pas joué au mieux par les courtiers et à titre d'illustration, nous allons en citer quelques unes :

- la gestion par les assureurs des sinistres de certains contrats souscrits par l'intermédiaire de courtiers ne bénéficiant pas d'une délégation de gestion des sinistres, laisse penser que l'information des assurés n'est pas complète car ces courtiers transmettent des demandes de remboursement qui n'ont parfois rien à voir avec les garanties des contrats de référence et dont la composition n'est en rien conforme aux exigences des assureurs ;
- l'application de la clause d'ajustement lors du renouvellement des contrats présentant une forte sinistralité est souvent source de conflits entre assureurs et assurés, ce qui laisse croire qu'à la souscription, l'assuré ne reçoit pas toutes les informations y relatives d'autant plus qu'il peut même arriver que les courtiers appuient leurs clients dans leurs contestations ;
- le rôle de sensibilisation que permet la proximité du courtier avec sa clientèle et qu'appellent les mesures de surveillance du portefeuille rendues faciles par l'outil informatique ne semble pas être au cœur des préoccupations des courtiers car certains contrats fortement sinistrés ne laissent pas entrevoir des améliorations dues à une quelconque sensibilisation.

Les assurés ne sont pas les seuls à pâtir des manquements liés au déficit d'information.

B- Vis-à-vis des assureurs

Les informations sur le risque à couvrir sont primordiales pour les assureurs car elles sont nécessaires à la sélection des risques ainsi qu'à la tarification. L'absence ou seulement le défaut de qualité de l'information peut ainsi être source d'antisélection ou de sous tarification,

deux menaces pour l'équilibre financier de l'assureur. Les manquements des courtiers dans ce domaine apparaissent particulièrement aux niveaux suivants :

- l'acheminement des questionnaires médicaux : l'importance de ceux-ci n'est plus à démontrer pour ce qui est de la sélection des risques et de la tarification et ceci d'autant plus que les cotations envoyées aux courtiers ne deviennent définitives qu'après l'examen des questionnaires médicaux des assurés ;
- les réticences à fournir les statistiques des sinistres des exercices précédents lorsqu'elles peuvent être connues lors des demandes de tarification : or la sinistralité moyenne ayant affecté un risque dans le passé est un élément déterminant d'appréciation de la qualité du risque ainsi que des suites à donner à la demande de cotation et dont l'absence peut significativement influencer la sélection et la cotation ;

Nous pouvons ajouter dans ce cadre la non prise en compte par les courtiers des conditions de souscription des assureurs dans la mesure où certains assureurs croulent sous le poids des demandes de cotation qui ne respectent pas ces conditions, ce qui entraîne un surcroît de travail pour les assureurs en termes de correspondances.

II/ Les manquements dans l'exercice de la délégation de gestion

La délégation de gestion dont il est question ici concerne le travail des courtiers en amont de la souscription des contrats par les assurés que ce soit en matière de gestion courante des polices ou alors de gestion des sinistres pour laquelle le courtier est souvent la cheville ouvrière. Il n'est donc pas surprenant qu'à ce niveau apparaissent des manquements qui peuvent être sources de difficultés pour les assureurs.

A- Au niveau de la gestion courante des polices

Le courtier, bien que ne jouant pas de rôle clé dans la gestion courante des contrats, a un apport non négligeable en amont et en aval du travail des assureurs. C'est ainsi qu'il joue un rôle de courroie de transmission primordial entre les assureurs et les assurés en même temps qu'il est l'initiateur de certains mouvements affectant les polices. Toutefois, dans l'exercice de ces fonctions, il arrive que le courtier ne fasse pas preuve de diligence et de prudence.

Le manque de diligence s'attache surtout à la transmission des certains documents nécessaires aux divers mouvements que peut subir un contrat d'assurances. C'est ainsi que sont assez souvent transmises des demandes d'incorporation sans questionnaires médicaux ou alors des demandes d'avenants de renouvellement sans les documents nécessaires à la fixation des bases de cette opération (effectif assuré compte tenu d'éventuels retraits ou incorporations, transmission des dossiers sinistres pour vérification des ratios S/P servant à l'application de la clause d'ajustement).

Pour ce qui est du manque de prudence, il arrive qu'un courtier, en complète violation des clauses de la délégation de gestion en assurance Santé délivre des avenants de renouvellement pour des polices déjà en portefeuille, ou encore modifie les garanties des contrats, engageant ainsi la garantie des assureurs sur des bases convenues avec leurs clients sans requérir l'accord des assureurs qui se sont réservés l'exercice de ces importantes prérogatives. La mise en œuvre de celles-ci peut d'ailleurs nécessiter des analyses assez poussées.

B- Au niveau de la gestion des sinistres

La gestion des sinistres par les courtiers et sociétés de courtage laisse souvent apparaître des imperfections dont la nature et l'intensité varient avec le degré de délégation de cette importante fonction. Nous pouvons ainsi relever :

- le règlement des sinistres se rapportant à des contrats dont les cotisations demeurent impayées : cette pratique est dangereuse car la prise d'effet des contrats d'assurance Santé est en principe strictement subordonnée au paiement des cotisations correspondantes eu égard au type de sinistralité de la branche (il n'est pas rare que l'assureur supporte des sinistres dès le lendemain de la signature du contrat d'assurance surtout en l'absence d'application du délai de carence) ;
- les indemnisations indues suite aux erreurs d'appréciation ou d'application des clauses des contrats : ces indemnisations erronées ou fautives sont d'ailleurs diversement appréciées par les assureurs délégataires car il y en a qui accordent aux courtiers des marges d'erreurs au-delà desquelles ceux-ci deviennent responsables de leurs erreurs ou fautes ;
- le non-respect des délais de déclaration de sinistres : pour faciliter l'exercice du contrôle, les assureurs ont prévu des délais de déclaration de sinistres (deux jours

et avant la sortie pour les hospitalisations, quinze jours au plus tard après le début du traitement pour une maladie sans hospitalisation...); dont les courtiers ne tiennent pas toujours compte car il arrive que ceux-ci payent les sinistres plusieurs mois après leur survenance et parfois même pour des contrats résiliées, rendant ainsi difficile l'exercice du contrôle.

Au niveau de la transmission des dossiers sinistres aux assureurs, les courtiers respectent rarement la périodicité convenue avec les assureurs ce qui retarde d'autant voire rend impossible le travail de contrôle des assureurs.

CHAPITRE VI

PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE SANTE PAR L'INTERMEDIAIRE DU COURTAGE.

Pour être tout à fait complets sur notre étude de la distribution de l'assurance Santé par l'intermédiaire du courtage, nous nous devons de tirer les conséquences des divers constats qui ont été faits en la matière dans un souci évident d'amélioration. L'importance du courtage dans la distribution des produits d'assurance n'est pas contestable mais l'activité reste perfectible en assurance Santé notamment, à la lumière des impératifs de gestion de la branche Maladie. L'important rôle qu'assume cette couverture commande que tout soit mis en œuvre pour huiler les mécanismes de sa distribution par l'intermédiaire du courtage en améliorant la collaboration entre assureurs et courtiers (section 1) et pourquoi pas, pour envisager l'extension de cette couverture à un cercle plus étendu d'individus en s'appuyant sur cet important relais qu'est le courtage (section 2).

SECTION 1

POUR UNE MEILLEURE COLLABORATION ENTRE COURTIERS ET ASSUREURS

Quelles que puissent être leurs relations, assureurs et courtiers sont appelés à associer leurs efforts pour le service de leurs relations communes, les assurés. C'est pourquoi il importe que la communication soit améliorée entre eux dans le cadre du processus de gestion de l'assurance Santé et les contrôles renforcés surtout en ce qui concerne la gestion des sinistres.

I/ L'amélioration des échanges entre assureurs et courtiers

Il est question ici de veiller à ce que s'instaure entre les incontournables partenaires que sont les assureurs et les courtiers des relations débarrassées de toute lourdeur ou défaut de

qualité pour en arriver à un schéma où chaque intervenant fait son travail, rien que son travail mais tout son travail.

C'est dans cette optique que les courtiers devront mener les actions suivantes :

- améliorer les délais de transmission des documents nécessaires aux assureurs que ce soit en production ou en gestion des sinistres pour faciliter la tâche aux assureurs ;
- mettre l'accent sur l'information de leur clientèle et notamment des souscripteurs de contrats d'assurance Santé à propos des particularités de ce type de couverture (garanties souscrites, composition du dossier de remboursement, conséquences des fraudes et/ou des mauvais résultats) ;
- transmettre les dossiers sinistres aux assureurs suivant la périodicité convenue pour que le contrôle puisse s'exercer aisément et en temps opportun.

Les assureurs, de leur côté devront améliorer les délais de réaction aux sollicitations des courtiers surtout dans le domaine de la souscription où ceux-ci ne jouissent pas de prérogatives significatives déléguées par les assureurs. Il ne doit pas être perdu de vue qu'en tant que mandataires de leur clientèle, les courtiers subissent la pression des assurés qui veulent rapidement être fixés sur leur sort pour ce qui est de l'acceptation de leur risques par les assureurs ou de la prise en compte des modifications qu'ils souhaitent.

Toutes ces mesures n'altèrent en rien celles qui devront être prises dans le cadre du contrôle de la gestion des sinistres.

II/ Le resserrement des mesures de contrôle de la gestion des sinistres

Il est question ici de trouver des voies et moyens propres à rendre la gestion des sinistres par les courtiers plus fiable c'est-à-dire moins exposée aux fraudes et erreurs de tout genre. Pour cela, les mesures garantissant la qualité de la gestion de sinistres doivent être renforcées au même titre que celles qui sont prises dans le cadre du contrôle à posteriori des assureurs.

A- Le renforcement de la sécurisation du processus de gestion des sinistres par les courtiers

Nous avons vu qu'un élément de sécurisation a été introduit par les assureurs dans le processus de gestion des sinistres par les courtiers. Il s'agit de l'intervention des médecins conseils nommés par les assureurs et mis à la disposition des courtiers et dont le principal rôle est de se prononcer sur la validité des dossiers de remboursement et de contrôler la fourniture d'un certain type de prestations aux assurés (soins pendant l'hospitalisation).

Le problème (et certains courtiers gestionnaires s'en plaignent d'ailleurs) est que la fonction de médecin conseil auprès d'un grand courtier requiert une certaine disponibilité et une célérité dans l'action qui font parfois défaut aux médecins surtout que ceux-ci n'exercent généralement pas la fonction de médecin conseil à titre exclusif. Les assureurs gagneraient donc à collaborer avec les médecins les plus disponibles, à augmenter leur nombre car le nombre d'assurés ne cesse de croître et même à envisager le recrutement de médecins à demeure pour plus d'efficacité. Ces mesures permettraient par exemple :

- de renforcer le contrôle des prises en charge et du déroulement des hospitalisations ;
- d'accélérer tout en rendant plus fiable le contrôle des demandes de remboursements des frais médico-sanitaires et partant, la gestion des sinistres.

Le renforcement de ce contrôle en amont devra se compléter celui du contrôle en aval.

B- Le renforcement du contrôle à posteriori de la gestion des sinistres

Sont concernés ici, le contrôle à posteriori des dossiers sinistres qui permet aux assureurs de s'assurer de la validité des paiements des sinistres par les courtiers et l'analyse de la sinistralité des divers contrats dans le cadre des mesures de surveillance du portefeuille.

Même s'il existe des problèmes au niveau de la transmission des dossiers sinistres, les assureurs eux-mêmes ne poussent pas jusqu'au bout la logique du contrôle de ces dossiers par manque de personnel ou pour d'autres raisons. Il semble pourtant que des efforts devraient être faits dans le sens car ce contrôle a au moins deux dimensions :

1. la dimension répressive (la régularisation des comptes) qui implique la responsabilisation des courtiers et une invitation à plus de prudence même s'il pas question ici qu'ils répondent de manquements bénins, somme toute humains ;
2. la dimension pédagogique qui permet aux courtiers de rectifier le tir à l'avenir dans l'intérêt de toutes les parties.

L'accent doit également être mis sur la sensibilisation des souscripteurs sur la base des constats découlant de l'analyse de la sinistralité de leurs contrats respectifs pour réduire voire éliminer les abus ou anomalies constatés pour l'avenir. Celle-ci pourrait d'ailleurs s'opérer dans le cadre de réunions tripartites entre assureurs, courtiers et souscripteurs.

Cette mise en place de meilleures conditions de collaboration entre assureurs et courtiers passe certainement par la formalisation voire la généralisation des conventions de collaboration liant les assureurs aux courtiers. Celles-ci gagneraient alors en précision et en incontestabilité empêchant ainsi des manquements par ignorance (réelle ou supposée).

SECTION 2

POUR L'EXTENSION DU BENEFICE DE L'ASSURANCE SANTE A UN PLUS LARGE CERCLE D'ASSURES

Nous avons souligné le rôle majeur que jouent les courtiers dans la distribution de l'assurance Santé et c'est justement ce rôle qui nous servira de base dans l'analyse prospective qui va suivre. Nous partons en effet des constats suivants :

- l'assurance Santé est actuellement au Cameroun le seul système organisé de financement des dépenses de santé en général mais dont un nombre assez restreint de personnes bénéficie ;
- il est hautement souhaitable d'étendre le bénéfice des prestations d'assurance Santé à des personnes ne bénéficiant pas encore de cette couverture mais qui pourraient en disposer sous certaines conditions ;
- les courtiers en assurances, en tant que mandataires des assurés sont chargés de leur trouver des couvertures adéquates à leurs risques ; sous d'autres cieux, un certain nombre de couvertures d'assurances existent grâce aux montages faits par les courtiers et acceptés par les assureurs dans le but de trouver des garanties collant mieux aux caractéristiques des risques des assurés.

Forts de ces constats, nous nous rendons compte qu'il est donc tout à fait envisageable que partant du rôle considérable joué par les courtiers en matière de distribution de l'assurance, des efforts soient faits dans le sens de l'extension du nombre des assurés dans la branche Maladie. Ceci implique pour les courtiers et les assureurs des actions précises.

I/ Les actions à mener par les courtiers

L'assurance Santé, cela a été dit, fait l'objet d'une demande de plus en plus croissante sans que cette demande trouve toujours un écho favorable auprès des assureurs à cause des conditions de gestion de cette garantie (conditions de souscription et/ou coût prohibitif pour certaines classes sociales).

Il revient alors aux courtiers, du fait de leur proximité avec les assurés et les assureurs de créer les conditions de l'extension de l'assurance Santé, c'est-à-dire :

- encourager certains employeurs (dirigeants de petites et moyennes entreprises) à demander une couverture en assurance Santé pour le compte de leurs employés, quitte à mettre une partie de la prime à la charge de ces employés ;
- de proposer à cette clientèle d'autres garanties qui, loin de constituer simplement un passeport pour l'assurance Santé peuvent par ailleurs leur être d'une grande utilité ;
- rassembler cette clientèle potentielle en des mutualités facilement gérables par les assureurs, c'est-à-dire qu'elle soit importante en nombre, homogène et qu'elle puisse se prêter à des études statistiques ;
- forts de ce travail à la base, d'amener leurs partenaires les assureurs à accepter la couverture de ces risques en allégeant quelque peu au besoin les conditions de souscription dans la branche Maladie;
- assurer l'information et la sensibilisation de leur clientèle sur les enjeux de la gestion de l'assurance Santé dont ils seraient bénéficiaires de façon à limiter les risques de fraude et d'abus qui mettraient à mal l'équilibre des assureurs.

Tout ceci contribuerait, à partir du travail à la base des courtiers, d'élargir le cercle des bénéficiaires de l'assurance Santé avec l'appui des assureurs même si on n'en serait pas encore à la couverture généralisée.

II/ Les actions à mener par les assureurs

C'est le coût prohibitif des couvertures en assurance Santé et ses conditions de souscription qui limitent le cercle des bénéficiaires de cette garantie. Envisager sa distribution à moyenne échelle, revient dans ces conditions à demander aux assureurs d'élargir un certain type de garanties déjà existantes à la clientèle décrite ci-dessus. Il s'agit des contrats d'assurance Santé présentant les caractéristiques suivantes :

- couverture limitée à certaines affections (paludisme par exemple) et à certains types de prestations (hospitalisation par exemple) ;
- le remboursement des frais réels exposés dans les hôpitaux publics et confessionnels situés au Cameroun uniquement et sur la base d'un taux de remboursement donné assez bas (70 % par exemple) ;
- le remboursement des frais réels exposés pour les prescriptions établies dans les hôpitaux ci-dessus mais réalisés à l'extérieur sur la base d'un autre taux de remboursement encore plus bas ;
- la fixation de faibles plafonds annuels de remboursement par assuré et par an ;
- la limitation des garanties complémentaires au strict minimum.

Nous croyons que des contrats d'assurance Santé bâtis sur ces bases permettraient l'extension souhaitée sans pour autant mettre en danger l'équilibre des assureurs, surtout si les efforts des assureurs dans le sens de la maîtrise de la gestion de cette branche des assurances sont maintenus.

CONCLUSION GENERALE

Au total, l'assurance Santé, telle qu'elle est présentée ici se démarque assez nettement des autres opérations d'assurances de part la nature du risque objet de la garantie dont les caractéristiques et les implications socio économiques compliquent le processus de gestion technique (conception des garanties, sélection des risques et tarification) et commerciale (rôle des courtiers dans la distribution de l'assurance Santé) de la branche Maladie.

Il en découle la fixation par les assureurs d'un cadre dans lequel doivent évoluer les courtiers en tant qu'intermédiaires dans la distribution de l'assurance Santé. L'étude de la manière dont les courtiers et sociétés de courtage s'acquittent de cette mission nous a appris que malgré l'existence de nombreux points de satisfaction, il reste des domaines dans lesquels des efforts restent à fournir que ce soit au niveau de l'exercice de la délégation qu'ils reçoivent des assurés, qu'à celui des efforts pour étendre le bénéfice de cette couverture à un cercle plus étendu d'individus.

De la mise en œuvre des mesures tendant à l'amélioration de la distribution de l'assurance Santé par l'intermédiaire du courtage est attendue une meilleure collaboration entre assureurs et courtiers destinée à favoriser la maîtrise de la gestion de ce risque par les assureurs et partant l'extension du cercle des bénéficiaires car rappelons-le, l'assurance Santé constitue aussi un enjeu social du fait de la non couverture de ce risque par le système de prévoyance sociale.

BIBLIOGRAPHIE

I- OUVRAGES D'ASSURANCES

- Alice RUDELLE : L'Assurance de Santé, L'Argus, 1991 ;
- BLAMOUTIERS (J.M.), SALPHATI (J.F.) : La Responsabilité civile des agents ; généraux et courtiers d'assurance, L'Argus, 1994.

II- CODES, LOIS ET TEXTES REGLEMENTAIRES

- Code des assurances des Etats membres de la CIMA ;
- Recueil des Textes de Base de la Caisse Nationale de Prévoyance sociale ;
- Arrêté ministériel N° 00022 / MINEFI /DCE /A fixant les taux maxima et minima des commissions allouées aux courtiers et sociétés de courtage d'assurances.

III- COURS

- Risques divers, (cycle DESS-A), Maurice NDOBO, 2002-2004 ;
- Risques divers, (cycle MSTA), Justin KOGUIA, 2002-2004 ;
- Marketing en assurances, (cycle DESS-A), Mourad ZOURDANI, 2002-2004 ;
- Réassurance, Simon NINGAHI et Véronique PORNIN, (cycle DESS-A), 2002-2004 ;
- Généralités et bases techniques, Egouleti MONTETCHO, (cycle DESS-A).

IV- ARTICLE

- La Réforme de l'Assurance Maladie, Revue ASSURER (FFSA infos) n° 31 du 29 Juin 2004.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	
GENERALITES SUR L'ASSURANCE SANTE ET LE COURTAGE EN ASSURANCES.....	3
CHAPITRE I :	
L'ASSURANCE SANTE, MECANISME DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE.....	4
SECTION I :	
LA MUTUALISATION DU RISQUE SANTE.....	4
I/ LE RISQUE : LA MALADIE.....	4
II/ LA TECHNIQUE : LA MUTUALISATION.....	5
SECTION II :	
LES GARANTIES OFFERTES.....	6
I/ LES GARANTIES DE BASE.....	7
II/ LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES.....	7
III/ LES GARANTIES ANNEXES.....	8
CHAPITRE II :	
LES CONTRAINTES TECHNIQUES ET COMMERCIALES DE L'ASSURANCE SANTE.....	10
SECTION I :	
LES CONTRAINTES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE SANTE.....	10
I/ LES CONTRAINTES TECHNIQUES LIEES AUX PRATIQUES DES ASSURES.....	10
A- L'ANTISELECTION	10
B- LE CHANGEMENT DES HABITUDES DE CONSOMMATION DES ASSURES.....	11
II/ LES CONTRAINTES TECHNIQUES LIEES A LA BRANCHE SANTE.....	12
A- LES MAUVAIS RESULTATS DE LA BRANCHE.....	12
B- LES DIFFICULTES DE REASSURANCE.....	13
C- LA FRAUDE A L'ASSURANCE.....	14
SECTION II :	
LES CONTRAINTES COMMERCIALES DE LA BRANCHE SANTE.....	15
I/ LES CONDITIONS DE DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE SANTE.....	15
A- LES CONDITIONS DE SOUSCRIPTION.....	15
B- LE COMMISSIONNEMENT.....	16
II/ LES CLAUSES CONTRACTUELLES.....	17
A- LES LIMITATIONS DE GARANTIES.....	17
B- LA CLAUSE D'AJUSTEMENT.....	17
CHAPITRE III :	
LES COURTIER INTERMEDIAIRES DES OPERATIONS D'ASSURANCES.....	19
SECTION I :	
LE CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ACTIVITE DE COURTAGE EN ASSURANCES.....	19
I/ LE CADRE NORMATIF : LES DISPOSITIONS DU CODE CIMA.....	19
II- LES REGLES INTERNES : LES USAGES DU COURTAGE.....	20
SECTION II :	
LA DELEGATION DE POUVOIR EN FAVEUR DES COURTIER.....	21
I/ LE CADRE : LA CONVENTION DE COLLABORATION.....	21

II/ LE CONTENU : L'ETENDUE DE LA DELEGATION DE POUVOIR.....	22
A- EN MATIERE DE PRODUCTION.....	22
B- EN MATIERE D'INDEMNISATION DES ASSURES.....	23
DEUXIEME PARTIE :	
LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE SANTE PAR L'INTERMEDIAIRE DU COURTAGE.....	24
CHAPITRE IV :	
LA COMMERCIALISATION DE L'ASSURANCE SANTE PAR L'INTERMEDIAIRE DES COURTIER.....	25
SECTION I :	
LE ROLE DES COURTIER EN MATIERE DE SOUSCRIPTION.....	25
I/ LES COURTIER, ASSUREURS CONSEILS EN ASSURANCE SANTE.....	25
A- L'APPROCHE COMMERCIALE DU RISQUE SANTE.....	26
B- LE TRAITEMENT DES DEMANDES D'ASSURANCE DES ASSURES.....	26
II/ LA DELEGATION DE POUVOIRS EN PRODUCTION.....	27
A- LE CONTEXTE DE LA DELEGATION DES POUVOIRS DE SOUSCRIPTION.....	28
B- LE PROCESSUS DE SOUSCRIPTION D'UNE AFFAIRE NOUVELLE PAR L'INTERMEDIAIRE DU COURTAGE.....	28
SECTION II :	
LE ROLE DES COURTIER EN MATIERE DE GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE SANTE.....	29
I/ LES MOYENS DE LA GESTION DELEGUEE DES SINISTRES.....	30
A- LES MOYENS FINANCIERS MIS A LA DISPOSITION DES COURTIER.....	30
B- L'AFFECTATION DES MEDECINS CONSEILS.....	31
II/ LA PROCEDURE DE GESTION DES SINISTRES.....	31
A- LA GESTION DES SINISTRE.....	31
B- L'ENVOI DES JUSTIFICATIFS AUX ASSUREURS.....	32
CHAPITRE V :	
L'EVALUATION DU COURTAGE EN ASSURANCE SANTE.....	34
SECTION I :	
LES APPORTS POSITIFS DU COURTAGE EN ASSURANCE SANTE.....	34
I/ L'APPORT DU COURTIER DANS LE DOMAINE COMMERCIAL.....	34
A- LE ROLE D'INTERFACE ENTRE ASSUREURS ET ASSURES.....	34
B- L'EXPANSION COMMERCIALE DE LA BRANCHE SANTE.....	35
II/ L'EXTERNALISATION DES TACHES.....	36
A- L'ALLEGEMENT DES TACHES ET COUTS DE GESTION.....	36
B- LA QUALITE DES MOYENS DE GESTION.....	37
SECTION II :	
LES PROBLEMES POSES PAR LE COURTAGE EN ASSURANCE SANTE.....	38
I/ LE DEFICIT D'INFORMATION.....	38
A- VIS A VIS DES ASSURES.....	39
B- VIS A VIS DES ASSUREURS.....	39
II/ LES MANQUEMENTS DANS L'EXERCICE DE LA DELEGATION DE GESTION.....	40
A- AU NIVEAU DE LA GESTION COURANTE DES POLICES.....	40
B- AU NIVEAU DE LA GESTION DES SINISTRES.....	41
CHAPITRE VI :	
PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE LA DISTRIBUTION DE L'ASSURANCE SANTE PAR L'INTERMEDIAIRE DU COURTAGE	43
SECTION I :	
POUR UNE MEILLEURE COLLABORATION ENTRE ASSUREURS ET COURTIER.....	43
I/ L'AMELIORATION DES ECHANGES ENTRE COURTIER ET ASSUREURS.....	43
II/ LE RENFORCEMENT DES MESURES DE CONTROLE DE LA GESTION DES SINISTRES.....	44
A- LE RENFORCEMENT DE LA SECURISATION DU PROCESSUS DE GESTION DES SINISTRES PAR LES COURTIER.....	44
B- LE RENFORCEMENT DU CONTROLE A POSTERIORI DE LA GESTION DES SINISTRES.....	45
SECTION II :	
POUR L'EXTENSION DU BENEFICE DE L'ASSURANCE SANTE A UN PLUS LAGE CERCLE D'ASSURES.....	46

I/ LES ACTIONS AMENER PAR LES COURTIER.....	47
II/ LES ACTIONS A MENER PAR LES ASSUREURS.....	47
CONCLUSION GENERALE.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	III
TABLE DES MATIERES.....	IV