

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES

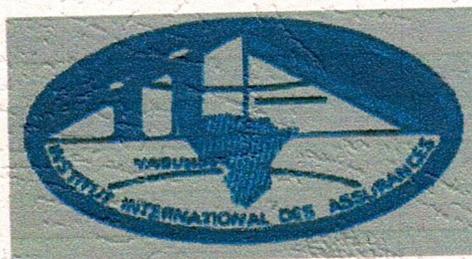
D'ASSURANCES (CIMA)

Institut International des Assurances (IIA)

B.P : 1575 – TEL. (237) 22.20.71.52 / Fax (237) 22.20.71.51

Site web: [http:// www.iiacameroun.com](http://www.iiacameroun.com); Email: iaa@iiacameroun.com

Yaoundé/ Cameroun



RAPPORT D'ETUDES ET DE STAGE DE FIN DE FORMATION

**DIPLOME DE MAÎTRISE EN SCIENCES ET TECHNIQUES D'ASSURANCES
(MST-A)**

THEME :

**LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE
DANS LA ZONE CIMA : CAS DE LA CAREN**

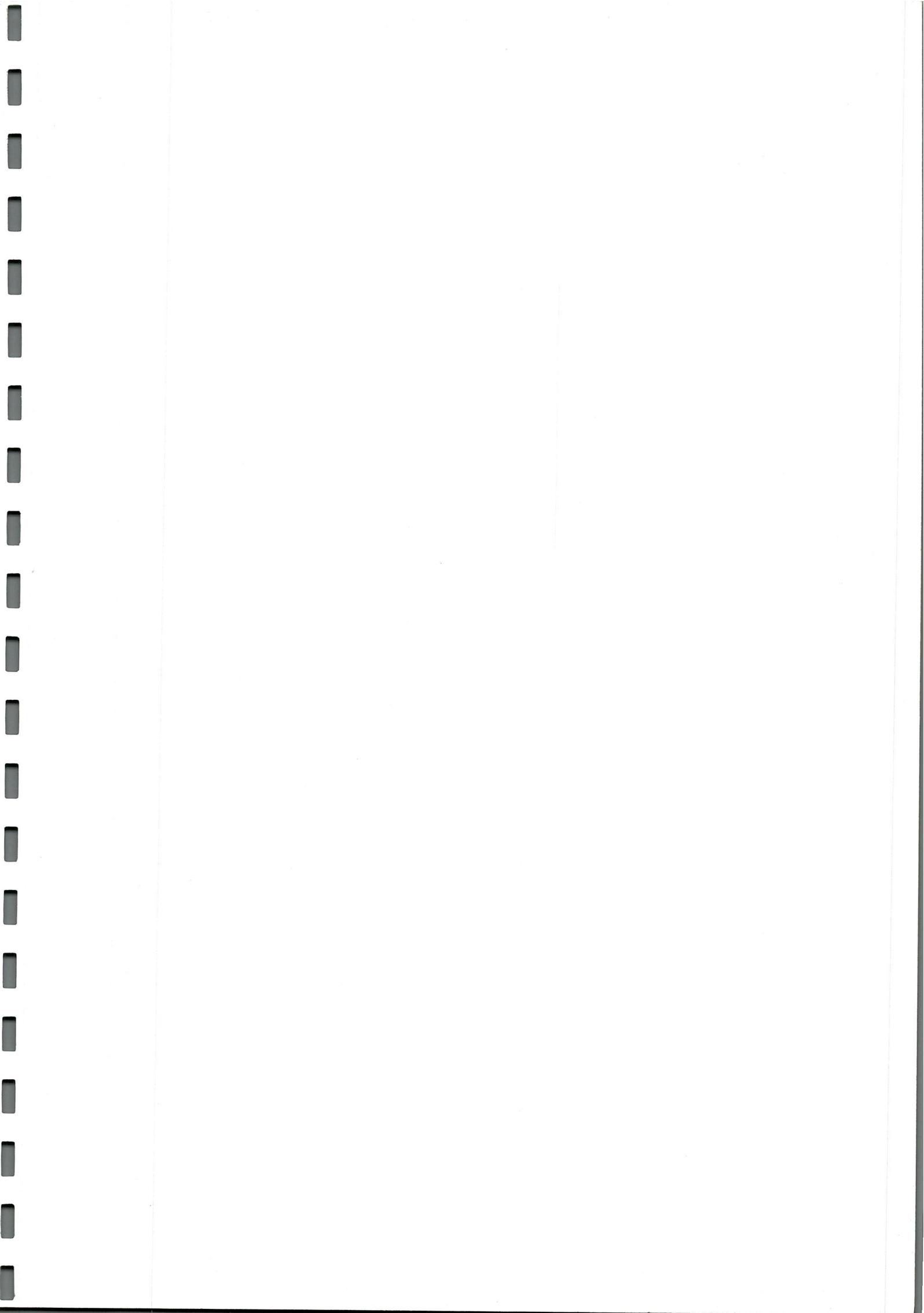
PRESENTE ET SOUTENU PAR :

M. ALI SOFFO Ibrahima
Etudiant en MST-A

SOUS LA DIRECTION DE :

M. MALAM MOUSSA Ibrah
Chef de Département Contrôle de
Gestion et Réassurance à la CAREN

9^{ème} Promotion 2008 - 2010



**L'INSTITUT N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE.
CELLES-CI DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRE A
LEUR AUTEUR.**

DEDICACES

Je dédie ce rapport à :

- ❖ Mon père ALI Soffo, enseignant à la retraite à Zinder ;
- ❖ A ma mère BINTOU Katcheilla ;
- ❖ Enfin, à toute la famille SOFFO BIANOU

REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis, tout d'abord d'exprimer notre gratitude au Bon Dieu Le Tout Puissant pour nous avoir donné la force et les moyens d'accomplir ce travail.

Ensuite, nous tenons à remercier la Direction Générale de la CAREN ainsi que l'ensemble de son personnel pour nous avoir acceptés et nous avoir mis dans les conditions suffisantes de travail.

Nous exprimons nos sincères remerciements :

- A notre directeur de mémoire, Monsieur Malam Moussa Ibrah, chef de département Contrôle de Gestion et Réassurance de la CAREN qui, malgré ses multiples occupations a bien voulu accepter de diriger ce travail, qu'il trouve ici notre reconnaissance ;
- A monsieur Abdoulaye Nouhou à la CAREN pour son appui ;

A mon patron, Monsieur Bio Adamou, présentement Secrétaire Général de la carte brune CEDEAO et l'ensemble du personnel de 2 SCARE pour leur soutien ;

- A tout le personnel de l'Institut International des Assurances (IIA) ainsi qu'à tous les professeurs qui ont intervenus dans le cadre de notre formation.

Nos remerciements vont également à l'endroit du personnel de la Direction de Contrôle des Assurances du Niger avec à tête monsieur Oumarou Maman, son Directeur.

Nous ne manquerons pas de remercier tous les camarades du MST -A et du DESS-A pour leur amitié et leur soutien

Enfin nos remerciement à l'ensemble du peuple Camerounais pour sa légendaire hospitalité.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- B:** analyse
- BIC :** Bénéfice Industriel et Commercial
- CAREN:** Compagnie d'Assurance et de Réassurance du Niger
- CEDEAO:** Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
- CFA:** Communauté Financière Africaine
- CIMA:** Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
- CM:** Consultation Médicale
- CRCA:** Commission Régionale de Contrôle des Assurances
- D:** Soins dentaires
- FAP:** Franc d'Avarie Particulière
- IARDT:** Incendie Accidents Risques Divers
- KR:** Acte chirurgical ou para chirurgical
- NIA:** Nigérienne des Assurances
- OHADA:** Organisation pour l'harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
- ONG:** Organisation Non Gouvernementale
- R:** Radiodiagnostic
- RC:** Responsabilité Civile
- S/P:** Rapport sinistre à prime
- SNAR Leyma:** Société Nigérienne d'Assurance et de Réassurance
- UGAN:** Union Générale des Assurances de Niger

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Variation de la prime et du remboursement en fonction du taux de prise en charge : Zain Niger de 2008 à 2009.....	30
Tableau 2 : Clause d'ajustement de prime applicable à la CAREN	38

Liste des figures :

Figure 1 : Organigramme de la CAREN Assurances	9
Figure 2 : Fonctionnement du système de tiers payant.....	23
Figure 3 : Evolution de la prime en fonction du remboursement dans le portefeuille maladie de la CAREN de 2004-2009	28

RESUME

La population nigérienne est répartie en cinq grands groupes par rapport à la couverture du risque maladie.

L'assurance de ce risque est complexe et peu maîtrisée par les assureurs qui sont confrontés à des difficultés dans sa gestion.

C'est donc pour analyser celles auxquelles la CAREN est confrontée et proposer les solutions idoines que nous avons bien voulu mener la réflexion autour de ce thème « la gestion de l'assurance maladie dans les compagnies d'assurances du Niger : cas de la CAREN ».

Le présent travail comprend deux grandes parties:

- La présentation de la CAREN ;
- L'analyse de la gestion du portefeuille, période 2004 à 2009.

Dans la première partie, nous avons passé en revue la CAREN à travers ses différents services.

La seconde partie quant à elle a été consacrée à l'analyse de la gestion du portefeuille pendant la période 2004-2009.

L'étude a permis de constater une nette amélioration du résultat de la branche car, la sinistralité a considérablement baissé entre 2004 et 2008 (de 129% en 2004 à 41% en 2008). Mais à partir de 2009, cette sinistralité a remonté pour atteindre 48%.

Une analyse plus poussée du travail nous a permis de déceler les raisons qui expliquent cette hausse entre la période 2008 et 2009. Le résultat auquel nous sommes parvenu montre que la montée de la sinistralité provient d'une modification du taux de remboursement dans le contrat de ZAIN, le plus grand assuré du portefeuille en terme de chiffre d'affaires (plus de 50% du portefeuille).

En effet, au cours de cette période, le taux de prise en charge de cet assuré a passé de 80% à 100%. C'est ce qui a entraîné sans doute un changement de comportement des bénéficiaires de cette police dont la consommation médicale n'a fait que monter avec des rapports sinistres à Primes(S/p) de : 63% en 2008, 81% en 2009 et 97 % à fin juillet de l'année 2010.

Enfin, nous avons formulé quelques recommandations en vue d'améliorer la gestion de ce portefeuille dont les plus importantes sont :

- Le retour au taux initial de prise en charge pour l'assuré ZAIN Niger,
- La révision de plafonds de garantie.

SUMMARY

Niger population is divided into five major groups in relation to protection of health risks. The insurance of that risk is complex and not mastered by insurers who are facing enormous difficulties in its management. It is, therefore, to analyze CAREN difficulties in this field and propose appropriate solutions that we have wanted to lead the reflexion on the theme "Management of health insurance in insurance companies in Niger: case of CAREN".

The current work is divided into two main parts:

- The presentation of CAREN;
- The analysis of portfolio management, from 2004 to 2009.

In part one we have dealt with the various services provided by CAREN. Part two is devoted to the analysis of portfolio management during the period 2004-2009.

The study has allowed us to observe a improvement in the field. In fact, the claims have significantly decreased between 2004 and 2008 (from 129% in 2004 to 41% in 2008).

However, from year 2009 onward, claims increased and reach 48%. We have deepened our analysis to find out the reasons that should explain this raise during the period 2008-2009.

We have come out to the following result: the loss comes from a modification in the pay back rate of the biggest insured that is ZAIN Niger. In fact, during this period, the charges of this insured have gone from 80% to 100%. Consequently, this situation has undoubtedly modified the trustee's behavior so that their medical fees kept increasing. As a result, the claims to premium prime ratio raised up to 63% in 2008, 81% en 2009; and 97% at the end of July 2010.

Lastly, we have formulated some recommendations in order to improve the portfolio management. Among other recommendations:

- The insurance rate of the insure ZAIN Niger should be brought back down to its initial rate (80%);
- The warranties maxima (roof) should be revised.

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	iv
RESUME	v
SUMMARY	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA CAREN	5
CHAPITRE I : LES RENSEIGNEMENTS A CARACTERE GENERAL DE LA CAREN ...	6
Section 1 : historique de l'assurance au Niger et création de la CAREN	6
Section 2 : Dénomination, forme juridique et objet social	7
CHAPITRE II : DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL A LA CAREN	8
Section I : l'organigramme et sa description	8
Section II : description de différents services et leurs tâches.	10
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DU PORTEFEUILLE MALADIE DE CAREN	19
CHAPITRE I : ANALYSE DE LA GESTION DU PORTEFEUILLE MALADIE DE LA CAREN	21
Section 1 : généralités sur l'assurance maladie	21
Section 2 : l'analyse du portefeuille maladie de la CAREN	27
CHAPITRE II: PROPOSITION EN VUE D'UNE AMELIORATION	35
Section 1 : Les dispositions d'ordre technique	35
Section 2 : Dispositions à prendre pour une amélioration de la gestion courante	36
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES MATIERES	43

INTRODUCTION GENERALE

L'assurance santé est un marché difficile et complexe à la rentabilité incertaine et peu maîtrisée. De toutes les branches d'assurances, c'est probablement celle qui donne lieu aux plus grandes différences entre marchés dans sa gestion.

Malgré le caractère social de l'assurance maladie, les inégalités devant l'accès aux soins du fait du pouvoir d'achat des malades apparaissent particulièrement choquantes. Ainsi, trente ans après la déclaration d'Alma-Ata adoptée lors de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires de septembre 1978, environ 1,3 milliards de personnes de par le monde n'ont toujours pas accès aux soins de base¹.

De plus, les effets de la crise économique conjugués à ceux de la dévaluation du franc CFA intervenue en 1994 ont rendu les médicaments et certains produits hors de prix. Le coût des évacuations sanitaires hors zone CFA est passé du simple au double. Les produits pharmaceutiques connaissent une hausse vertigineuse de leur prix.

Parallèlement, la morbidité est en pleine croissance, du fait de l'inaccessibilité aux soins, du phénomène du SIDA, en somme de la dégradation du cadre de vie. Il en résulte une augmentation de la consommation médicale par habitant et des coûts de traitements médicaux.

De plus, le paludisme reste omniprésent et constitue la première cause de mortalité. Vingt (20) millions de personnes sont infectées annuellement de par le monde et deux (2) millions en meurent chaque année, principalement en zones équatoriales.

Les programmes de vaccination mis en place avec le soutien de l'OMS se sont essouffés et n'ont pas atteint leurs objectifs, souvent pour des motifs aussi futiles que la rumeur véhiculant une fausse information.

Compte tenu du caractère éminemment social du risque maladie, l'intervention de l'Etat ou d'autres collectivités publiques est plus que nécessaire pour permettre même aux plus défavorisés, un accès aux soins.

¹ Rapport Oxfam Briefing paper mai 2008

Dans les pays de l'Europe du nord (Royaume-Uni, pays scandinaves), la couverture du risque maladie accordée par l'Etat est très étendue si bien que les assureurs privés n'interviennent que très peu.

Aux Etats-Unis, par contre, l'assurance santé est une branche majeure de l'industrie des assurances. Mais tout récemment, le gouvernement Obama a eu à faire passer la loi sur la réforme de l'assurance santé afin de permettre à une grande partie de la population d'accéder aux soins de santé.

En France, et dans les pays de l'Europe du sud, l'adhésion à une caisse publique est largement répandue pour les salariés et l'intervention des assureurs privés est limitée à certaines catégories de la population (agriculteurs, travailleurs indépendants) ou aux compléments de garantie qui peuvent être proposés lorsque les risques ne sont pas indemnisés à 100% par la caisse publique.

Dans de nombreux pays en voie de développement, les caisses publiques d'assurance maladie n'inspirent pas une confiance entière aux assurés, en ne prenant en charge que les prestations des hôpitaux publics dont le fonctionnement est parfois lent et qui ne disposent pas des moyens les plus modernes pour traiter leurs patients. Dans ces pays, la fraction la plus aisée de la population recherche des couvertures d'assurance médicale complémentaires de santé privée.

Dans les pays d'Afrique au sud du Sahara où il n'existe quasiment pas de caisses publiques d'assurance maladie, les populations sont pratiquement abandonnées à leur triste sort. L'on assiste de plus en plus à une croissance exponentielle des « médicaments de la rue » très prisés et très sollicités par les populations parce que considérablement moins cher par rapport aux médicaments vendus dans les officines, la gratuité des soins n'étant plus assurée par les centres de santé.

Face à ce tableau sombre, l'objectif de la société en matière de santé devrait donc être l'accessibilité aux médicaments et à la sécurité des soins. C'est un objectif de santé publique à l'échelle macroéconomique.

Les moyens préconisés par l'OMS et les bailleurs de fonds passent par une meilleure connaissance et une pénétration des médicaments génériques, ainsi qu'une multiplication des

infrastructures sanitaires notamment, les petites structures de proximité (dispensaires, centres de santé communautaires, les maternités,...).

D'un point de vue économique, il existe divers mécanismes de financement des soins de santé. Il s'agit du:

- mécanisme individuel de prévoyance à travers l'épargne d'argent d'une façon ou d'une autre pour prévoir le cas de maladie ;
- mécanisme collectif avec l'intervention de l'Etat directement ou par le biais d'un organisme de prévoyance ;
- mécanisme individuel collectif de type non commercial à travers les mutuelles de santé ;
- enfin, du mécanisme individuel collectif de type commercial qu'est l'assurance et dont le financement provient de primes versées par les assurés.

De tous ces mécanismes, seuls les systèmes de couverture mis en place par les assureurs fonctionnent correctement, mais non sans difficultés.

En effet, cette forme de couverture dont les principaux acteurs sont les compagnies d'assurances en partenariat avec les fournisseurs de soins et les officines privées exclut une frange importante de la population nigérienne du fait de son coût onéreux et de son caractère sélectif. Seuls quelques rares privilégiés et leurs familles se font traiter normalement dans des centres de santé publics ou privés, ou quand ils font partie d'un contrat d'assurance groupe souscrit par leurs employeurs.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en application du contrat, chacun des acteurs en présence tente de tirer le maximum de profit en usant parfois des manœuvres frauduleuses qui ne sont pas sans conséquences pour l'équilibre de cette branche.

Face à ces difficultés, il est urgent de connaître les causes des différents problèmes rencontrés par les assureurs dans la gestion de cette branche, de limiter les conséquences et de trouver les moyens adéquats en vue d'améliorer le résultat de cette dernière qui reste déficitaire.

C'est cette problématique qui justifie le choix de notre thème : « **La gestion de l'assurance maladie dans les compagnies d'assurances au Niger : cas de la CAREN assurances** »

Cette étude a pour objectif d'analyser la gestion du portefeuille maladie de la CAREN en identifiant les éléments qui font partie intégrante de cette gestion. Son intérêt est qu'elle nous permet de déceler les éventuelles insuffisances afin de proposer les actions correctives pouvant permettre l'amélioration de la qualité de la gestion de ce portefeuille.

Pour mener à bien notre étude, nous avons effectué une recherche documentaire, des entretiens avec les acteurs de ce système, ainsi que des observations tout au long de la période du stage.

Ce thème nous amène à parler ne serait-ce que brièvement de la gestion de ladite branche dans les autres sociétés d'assurances opérant sur le même marché. Ainsi, sur le marché nigérien, en dehors de la CAREN, trois autres sociétés commercialisent l'assurance maladie à savoir : L'UGAN (Union Générale des Assurances du Niger); la NIA (Nigérienne d'Assurance et de Réassurance) et la SNAR Leyma (Société Nigérienne d'Assurance et de Réassurance).

Le mode de gestion utilisé par les deux premières compagnies est le même que celui de la CAREN à savoir : le tiers payant et le remboursement. La SNAR LEYMA ne pratique quant à elle que le système de remboursement.

Comme l'intitulé le précise, nous avons étudié le cas spécifique de la CAREN, lieu de notre stage.

Le présent travail comportera deux (02) grandes parties :

- La présentation de la CAREN ;
- L'analyse du portefeuille maladie de la CAREN.

PREMIERE PARTIE :

PRESENTATION DE LA CAREN

Cette partie se compose de deux chapitres :

- **Les renseignements à caractère Général de la CAREN ;**
- **De l'organisation du travail à la CAREN**

CHAPITRE I : LES RENSEIGNEMENTS A CARACTERE GENERAL DE LA CAREN

Nous verrons dans ce chapitre les informations ayant trait au contexte dans lequel la Compagnie d'Assurance et de Réassurance du Niger (CAREN) a été créée, sa forme juridique, son objet social et son évolution de sa création à ce jour.

Section 1 : historique de l'assurance au Niger et création de la CAREN

Paragraphe 1 : avant les indépendances

A l'instar de tous les pays de l'Afrique francophone, l'assurance moderne a été introduite au Niger par la colonisation française. Après la libéralisation de ce secteur en 1946, l'Etat Français ayant procédé à la nationalisation des Compagnies d'assurance, leurs agents généraux étaient les seules structures à présenter des opérations d'assurances au public. Ainsi, plusieurs agents généraux sont venus prospecter le territoire d'outre mer et de ce fait, les lois qui régissaient l'assurance à cette époque dans ces territoires étaient celles de la métropole, notamment la loi du 13 juillet 1930.

Paragraphe 2 : période post indépendance

Après l'époque coloniale, plusieurs lois régissant l'assurance au niveau interne ont été votées. Au Niger, nous pouvons citer entre autres :

- La loi N° 62-27 du 28 juillet 1962 portant réglementation des organismes d'assurances de toutes natures et des opérations de Réassurances ;
- La loi N° 65-15 du 15 mai 1965 instituant une obligation d'assurance en matière de circulation des véhicules terrestres à moteur.

C'est dans ce contexte que furent créées plusieurs sociétés d'assurances de droit national dont la Compagnie d'Assurance et de Réassurance du Niger (CAREN), lieu de notre stage.

La CAREN a été créée par l'arrêté N° 177/MF/DFE/CA du 14 juillet 1988. Elle est née d'un dépôt de garantie de la Préservatrice Foncière d'assurance(PFA), Compagnie française représentée au Niger par un agent général.

Section 2 : Dénomination, forme juridique et objet social

Paragraphe 1 : Dénomination, forme juridique

La Compagnie d'Assurance et de Réassurance du Niger (CAREN) est une société anonyme régie par l'acte uniforme OHADA relatif au droit des sociétés commerciales et par le code des assurances CIMA. Son siège social se trouve à Niamey au Niger

Paragraphe 2 : objet social et formation du capital

La CAREN a pour objet social la souscription des contrats d'assurances de toutes natures, notamment les contrats d'assurances dommages.

A sa création, le capital social était de cent (100) millions de F CFA formé de dix mille (10 000) actions de dix mille (10 000) F CFA chacune.

De sa création à ce jour, plusieurs augmentations du capital ont eu lieu. Il est passé de cinq cent millions (500 000 000) FCFA à un milliard (1000 000 000) de F CFA depuis avril 2010, conformément aux exigences du législateur CIMA à cet effet.

Parallèlement, la société a connu une augmentation de son chiffre d'affaires qui a presque doublé entre 2005 et 2009. Il passe de 1 653 911 734 F CFA en 2005 à 3 155 754 154 F CFA en 2009.

Le rapport annuel de 2009, fait ressortir une augmentation du chiffre d'affaires de la CAREN qui passe de 2 530 511 558 F CFA en 2008 à 3 155 754 154 F CFA en 2009, soit un taux de croissance de 24,71%.²

Cette performance qu'enregistre la CAREN est le résultat de l'engagement et de la mobilisation de l'ensemble du personnel, sous l'impulsion et le soutien de la Direction Générale.

Sur le plan commercial, la CAREN a enregistré le taux de croissance le plus élevé du marché, qui n'a progressé que de 15,90% globalement et de 15,15% en IARD en 2009.

² Rapport annuel de CAREN, exercice 2009

CHAPITRE II : DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL A LA CAREN

Dans ce chapitre, il sera fait d'abord une présentation de la l'organigramme dans une première section et dans la seconde la description des différents services

Section I : l'organigramme et sa description

Paragraphe 1 : l'organigramme

Voir organigramme ci-après.

Paragraphe 2 : description

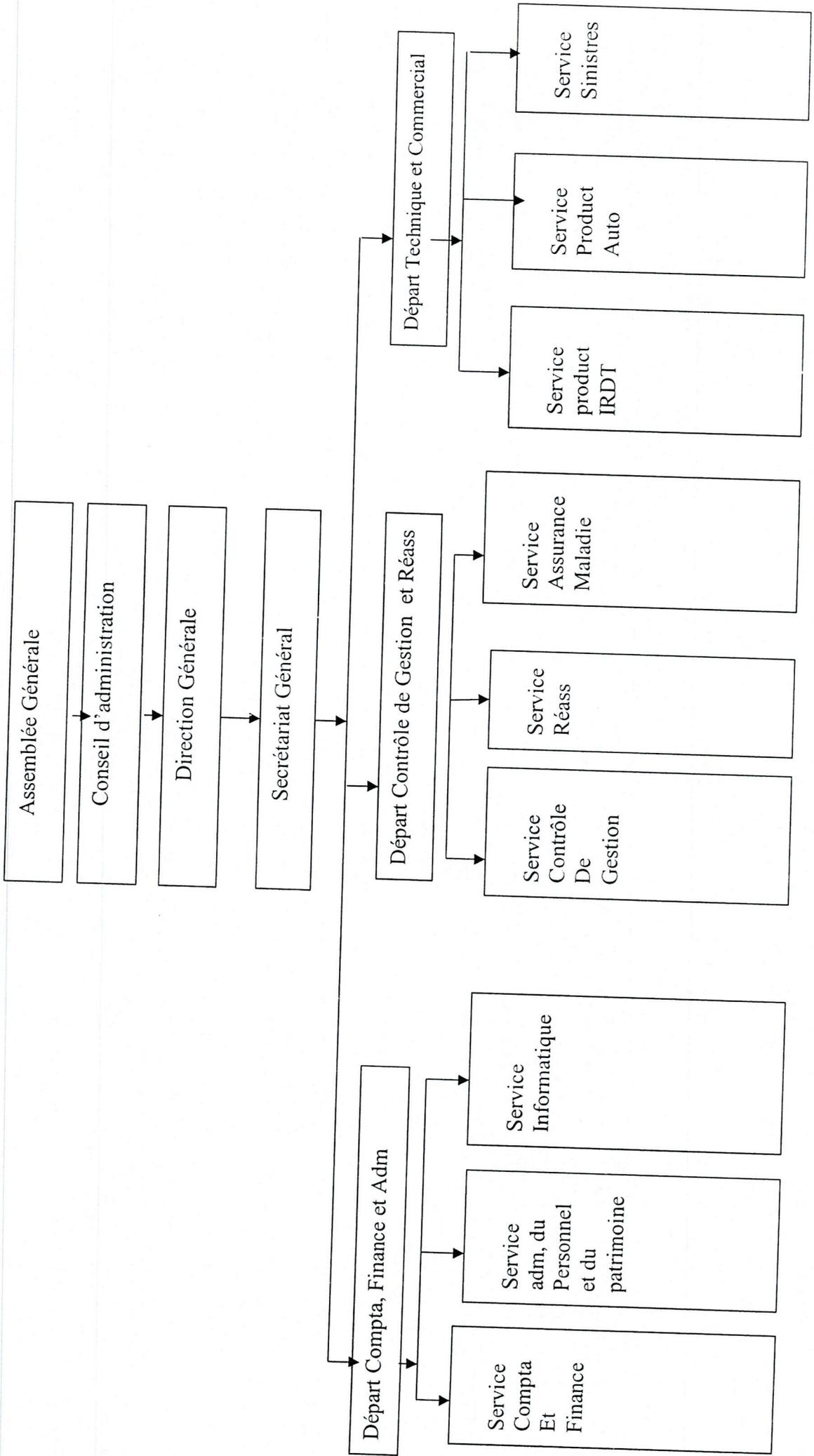
1- Les organes d'administration et de Direction

Le mode d'administration de chaque société anonyme est déterminé de manière non équivoque par les statuts qui choisissent entre la société anonyme avec conseil d'administration ou société anonyme avec administration Générale.

De par son organigramme (voir annexe), la CAREN a opté pour une société anonyme avec conseil d'administration. Cette option a des implications :

- **l'Assemblée Générale extraordinaire**: qui peut changer ou modifier les statuts ;
- **le Conseil d'administration** : il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de la société. Il peut entre autre préciser les objectifs de la société et de l'orientation qui doit être donnée à son administration, contrôler de manière permanente la gestion du Directeur Général, arrête les comptes de chaque exercice ;
- **la Direction Générale** : avec à sa tête, le Directeur Général qui représente la société dans ses rapports avec les tiers. L'ensemble de la gestion normale et courante de la compagnie ainsi que le fonctionnement des organes constitutifs relève de l'autorité exclusive de la Direction Générale. Elle assume et exerce ses fonctions en animant, coordonnant et contrôlant les activités des différents organes (départements, services,...) par l'intermédiaire de ses collaborateurs responsables au niveau desdits organes dont la désignation lui revient.

Figure 1 : Organigramme de la CAREN Assurances



➤ le Secrétariat Général

Le secrétaire Général assiste le Directeur Général dans la gestion de la société et dans l'atteinte des objectifs fixés par l'entreprise. A ce titre, il assure les missions principales suivantes :

- Il constate tous les manquements au manuel de procédure et adresse au contrevenant un rappel des dispositions prévues par celui-ci avec une ampliation à la Direction Générale ;
- Proposer les réaménagements qui s'imposent au Directeur Général par voie d'avenant ;
- Veiller au respect des procédures internes définies dans les départements et services

2- Les organes d'exécution

Il s'agit de trois (03) grands départements : Le département technique et commercial, le département comptabilité finance et le département contrôle de gestion et réassurance. La description des tâches dévolues à ces différents services sera donnée à la section qui suit.

Section II : description de différents services et leurs tâches.

L'organigramme de la CAREN nous montre que la Société est composée de trois grands départements à savoir : le département technique et commercial, le département comptabilité, finance administration et le département contrôle de gestion et réassurance.

Sous la direction du Secrétaire Général, ces départements sont chargés de la mise en application de la politique de l'entreprise.

Paragraphe 1 : le département technique et commercial

Il est dirigé par un chef de département qui est responsable de l'ensemble des opérations techniques. Il coordonne toutes les activités relatives à la production et au règlement de sinistres, assure la mise en œuvre de la politique de souscription de la compagnie, contrôle la rédaction de tous les contrats d'assurances, le maintien de l'équilibre du portefeuille et le développement du chiffre d'affaires de l'entreprise.

Le chef de département s'occupe de la production Incendie, Risques divers (tous risques chantier, les RC diverses, ...). Il est assisté dans sa mission par : le service production automobile, service sinistres (auto et risques divers) et la section transports.

Nous verrons dans notre progression les opérations communes à tous les services relevant de ce département et les opérations propres à chaque service.

❖ **Les opérations communes à tous les services**

- Recevoir les clients avec respect et courtoisie,
- Traiter avec sérieux et diligence les dossiers,
- Etablir les contrats et les factures,...

❖ **Les opérations propres à chaque service**

▪ *Le service production automobile :*

Sous la direction de son chef, ce service assure : la rédaction des contrats d'assurance automobile, la rédaction des correspondances d'avis d'échéance et la réception de la production des agences.

La souscription du contrat d'assurance automobile peut être faite soit au bureau direct de la CAREN, soit auprès des agences de la CAREN.

La production des agences est centralisée au bureau direct selon une certaine périodicité (généralement par quinzaine ou par mois selon l'importance de la production de l'agence) en vue de leur saisie pour un meilleur suivi de l'évolution du chiffre d'affaires de la production automobile.

Dans le cadre de notre travail, nous allons nous intéresser à la production au bureau direct.

Pour cette souscription, nous distinguons deux (02) cas :

a. Cas des affaires nouvelles

Il faut tout d'abord, noter que la plupart des clients que nous recevons viennent souscrire la garantie responsabilité civile automobile, garantie rendue obligatoire dans la plupart des Etats.

Pour cette souscription, l'agent de la production a besoin en ce qui concerne l'assurance des véhicules et des motos d'une puissance supérieure ou égale à 100CC, de la carte grise ou de l'attestation de vente tenant lieu de carte grise et le permis du conducteur habituel. Ces documents seront photocopiés et annexés au dossier qui sera ouvert à l'assuré et comportant son identification : numéro assuré et numéro de police.

Le montant de prime que paiera l'assuré, dépend des renseignements contenus sur la carte grise du véhicule (puissance, l'usage du véhicule, source d'énergie,...), de l'ancienneté de son permis de conduire et des garanties souhaitées. Le contrat est rédigé puis édité en trois exemplaires dont un revient au client après signature et règlement de la prime à la caisse. Les deux autres exemplaires sont conservés dans le dossier du client.

b. Cas des renouvellements

Pour le renouvellement, le client se présente soit avec son ancienne attestation d'assurance soit de la quittance soit de tout autre document permettant à l'agent de l'identifier. Une possibilité de réduction de prime de 5% chaque année, jusqu'à la troisième année est offerte à l'assuré lorsqu'il n'a pas enregistré de sinistre (en application du bonus/malus)

Il faut noter que dans les deux cas, certains clients, généralement les Sociétés et ONG souscrivent en plus de l'assurance de Responsabilité Civile automobile (RC), d'autres garanties dommages comme : Incendie, vol, bris de glace, tierce complète ou tierce collision ou même la sécurité routière pour les personnes transportées.

Pour la souscription des garanties dommages, l'assuré déclare la valeur de son bien qui constitue l'engagement maximal de l'assureur. Il en est de même de la garantie sécurité routière, où, l'assuré déclare le capital qu'il souhaite garantir en décès, invalidité et frais médicaux.

Au cours de l'année d'assurance, l'assuré peut se présenter pour d'éventuelles modifications : changement de véhicule, changement de nom, suspension de garanties ou même la résiliation de son contrat. Ces modifications sont constatées par un avenant.

- ***Le service sinistre***

On a coutume de dire que le règlement de sinistres constitue le service après vente de l'assurance. Le contrat d'assurance met des obligations à la charge des parties dont entre

autres: le paiement de prime et la déclaration du sinistre pour l'assuré (article 12 de code CIMA), son règlement par l'assureur dans le délai convenu (article 16 du code CIMA).

A la CAREN, ce service comprend deux sections dont l'une s'occupe du matériel et l'autre du corporel.

Ces deux sections ont pour principales missions de recevoir les déclarations, superviser toutes les opérations d'instruction et de règlement des sinistres, contrôler la régularité du traitement de l'ouverture des dossiers, évaluer et instruire les dossiers et transiger avec les victimes ou les ayants droit,...

Les déclarations sont reçues au siège par un agent et se font par le remplissage d'un formulaire. Le déclarant se présente muni du constat de la police. Ce constat permet de requérir les informations sur la date de l'accident, les personnes impliquées, le lieu de l'accident. Les autres informations telles que les circonstances de l'accident sont données par le déclarant. Ce dernier doit fournir en plus : la copie de son permis de conduire, son attestation d'assurance, ...pour l'ouverture du dossier. L'agent lui attribue un numéro et procède-la suite à sa saisie informatique.

Dès la fin de l'enregistrement de la déclaration, l'agent procède à une évaluation approximative du coût du sinistre. Ensuite suivra une étude du dossier en vu de son règlement.

Pour le corporel par exemple, en l'absence de tout élément de responsabilité, de l'importance des préjudices et l'âge des victimes, les dossiers sont évalués forfaitairement. C'est ainsi que le décès est évalué pour un montant forfaitaire de un million cinq cent mille (1.500 000) FCFA par victime décédée ; cinq cent mille (500 000) F CFA pour les blessés graves et deux cent mille (200 000) F CFA pour les blessés légers.

Après vérification, l'agent, procède à l'instruction du dossier (détermination des responsabilités, calcul de l'indemnité due aux victimes et /ou aux ayants- droit,...) et puis à son règlement.

- ***La section transports.***

Le chef de section transports dépend du chef du département technique et commercial et collabore dans l'exécution de ses tâches avec le chef de service production automobile et du service sinistres.

A ce titre, il organise, planifie, dirige, coordonne et contrôle toutes les activités afférentes à cette section.

Le chef de section a pour principales tâches : la rédaction des propositions relatives aux polices d'assurances transports, la souscription des polices d'assurance de la branche transport, la prospection en matière d'assurances transports, les visites régulières des clients en portefeuille, la rédaction des avenants de sortie de primes,

Pour la souscription proprement dite, l'agent a besoin pour l'essentiel des renseignements suivants: la nature de la marchandise, sa valeur, la nature de l'emballage, le moyen de transport utilisé et du trajet,...

Les principales garanties souscrites par les clients sont : la garantie FAP/sauf et la garantie tous risques.

Il faut noter que la plupart de clients, surtout les commerçants locaux, se contentent de la garantie minimale (la FAP/sauf) et ce en respect de l'obligation d'assurance en matière des facultés à l'importation prévue par le code CIMA en son article 278. Les garanties tous risques quant à elles ne sont souscrites que par les sociétés.

Paragraphe 2 : le département Comptabilité, finance et Administration du personnel

La finalité de ce département est triple : gestion du personnel, la centralisation des résultats de du travail sur la plan comptable et financier, la gestion de la trésorerie et des actifs de la compagnie.

Ce département comprend trois (03) services :

- ***Service Comptabilité et finances***

Ce service qui comprend trois sections (Comptabilité Agence, Recouvrement, Trésorerie) est chargé : de l'établissement des comptabilités analytiques et divisionnaires nécessaires, la comptabilité générale centralisée et de la confection des comptes d'exploitation générale, de pertes et profits et du bilan, la gestion financière et de la fiscalité, de la gestion du patrimoine immobilier (placement).

- *Service administration du personnel et du patrimoine*

Ce service dont les principales sections sont: la section des services généraux et du patrimoine et la section du personnel est chargé de la gestion des ressources humaines, de la gestion courante du patrimoine; de l'entretien du patrimoine immobilier, ...

- *Service Informatique*

Dirigé par un chef, ce service assure les missions et tâches suivantes: bonne organisation, un bon fonctionnement du système informatique; assurer un développement intégré du système informatique; satisfaire les besoins exprimés par la Direction Générale et l'équipe de Direction, gérer la maintenance du matériel et du système informatique; superviser l'encadrement des utilisateurs.

Paragraphe 3: le département Contrôle de gestion et Réassurance

Le département contrôle de gestion et réassurance est composé de deux services: le service contrôle de gestion et le service réassurance. De façon temporaire, la gestion du service maladie est déléguée à ce département. Nous verrons dans ce qui suit les tâches dévolues à chacun de ces services.

- *. Le service contrôle de gestion :*

La Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) a édicté un certain nombre de règles en matière de bonne gouvernance des entreprises d'assurances. Le service contrôle de gestion s'inscrit dans le cadre de cette logique au niveau interne, d'où son importance.

Sous la direction du chef de département, le service contrôle de gestion participe à la définition des objectifs de la Compagnie et contrôle la réalisation de ceux-ci. A ce titre, il doit confectionner les états mensuels suivants : la production par branche et par centre de souscription, la production cumulée des mois, les productions mensuelles et cumulées des mois par branche comparées aux données de l'exercice antérieur, l'état de réalisation des objectifs, les sinistres réglés par branche.

Il assure également les tâches suivantes : vérifier que les opérations sont correctement imputées aux comptes concernés, que les opérations techniques ont bien leur traduction comptable et enfin vérifier que les écarts de rapprochement trouvent leurs explications.

- *Le service Réassurance*

Sous la direction du chef de département contrôle de gestion et Réassurance, le chef de service réassurance est chargé de veiller à l'application des traités de réassurance que la CAREN a mis en application de ses opérations de réassurance. Il s'agit de :

- **La gestion des cessions obligatoires et acceptations**

Le chef de service veillera dans le cadre de la gestion des traités à procéder au mois de septembre de chaque année aux résiliations pour ordre, soumettre le même mois à la Direction Générale les modifications ou améliorations à apporter aux traités en vigueur, procéder au renouvellement des traités, confectionner et régulariser les documents contractuels, régler les soldes de réassurance après approbation des comptes par les réassureurs, vérifier les comptes en acceptation, suivre les comptes financiers des réassureurs et des cédantes et déclarer les sinistres excédant la priorité des réassureurs.

- **La gestion des cessions facultatives**

Le service réassurance a en charge : le placement des affaires dont les capitaux dépassent le plein de souscription, le traitement et le suivi des dossiers en acceptation, l'établissement des bordereaux de cessions, le suivi des affaires en facultative, les déclarations des sinistres aux réassureurs et le suivi des sinistres.

- *Service maladie*

Le service maladie est dirigé par un chef de service assisté dans sa mission par un agent. Ce dernier est chargé de l'accueil des clients, de l'établissement de bons de prises en charge et des diverses saisies dans le cadre de la gestion de la production maladie. Nous verrons dans notre progression dans un premier temps les règles de la formation du contrat et des conventions et dans un second le fonctionnement du contrat.

- a. *Les règles de la formation du contrat et des conventions*

Il faut tout d'abord noter que dans le cadre de l'exécution des contrats qui lient CAREN assurance à ses différents clients, celle-ci a signé des conventions avec des cliniques, des médecins conseils, des pharmacies et laboratoires d'analyses.

Avant la formation du contrat, chaque membre du groupe doit remplir un formulaire de déclaration qui renseigne la compagnie sur : sa filiation, sa profession, sa situation de famille (marié ou célibataire) ; les enfants à sa charge âgés de moins de 21 ans et les conjoints; son état de santé passé et actuel. Tous ces renseignements permettent à l'assureur d'avoir une bonne appréciation du risque qu'il va prendre en charge.

La prime est calculée par famille et au sens de la CAREN une famille comprend l'employé lui-même, sa femme et ses enfants (jusqu'à six enfants à charge). Au delà, l'assureur perçoit une surprime par femme ou enfant supplémentaire.

b. Fonctionnement

Quand un assuré est malade, il se rend, muni du carnet de famille à la clinique conventionnée où il se fait consulter par le médecin. Ce dernier lui fait les prescriptions nécessaires.

Après, le patient se rend à la CAREN pour prendre le bon de prise en charge avec lequel il se présente ou à la pharmacie ou auprès des médecins spécialistes ou même auprès des laboratoires conventionnés, selon le cas. Il paie le ticket modérateur à son arrivée, s'il y a lieu. Le bon de prise en charge est gardé par le prestataire qui le transmet à la CAREN à la fin du mois pour règlement du montant restant à payer conformément à la convention qui les lie.

Dans le cadre de la gestion du portefeuille maladie, l'agent de production saisit toutes les factures dès leur réception à la fin du mois. Cette saisie permet non seulement à l'assureur de voir les sommes qu'il doit régler à chaque prestataire de service de santé avec lequel il a signé une convention mais aussi d'établir les statistiques de la consommation par assuré, par mois et d'avoir une idée sur le ratio sinistre à prime (S/P).

Pour la gestion de ce portefeuille, trois cahiers sont tenus par le service maladie à savoir : le cahier « dépenses pharmacies », le cahier « dépenses cabinets médicaux » et le cahier « dépenses diverses ». Tous ces cahiers sont composés de papiers en trois exemplaires dont le premier de couleur blanche va à la comptabilité, le second de couleur rose à garder dans le dossier de l'assuré et le troisième de couleur verte qui constitue la souche.

Pour les deux premiers cahiers, après contrôle de différents bons reçus, le chef de service établit la facture correspondant aux différents actes médicaux avec référence du cabinet ou

pharmacie. Il sera tiré un total général auquel il est déduit le BIC de 2%. Les cahiers sont ensuite transmis au service comptabilité pour établissement de chèques aux concernés.

Le cahier dépenses diverses est quant à lui un cahier dans lequel sont enregistrés les remboursements des frais exposés par les assurés dont les montants sont supérieurs à cinquante mille (50 000) F CFA.

La CAREN ayant été passé en revue à travers ses différents services, nous allons à présent nous appesantir sur la gestion de la branche maladie au sein de cette Compagnie d'assurance.

DEUXIEME PARTIE :
ANALYSE DU PORTEFEUILLE
MALADIE DE CAREN

L'assurance maladie se distingue des autres produits par son caractère social parce qu'elle traite de la santé des individus. Cette particularité lui confère la qualité du produit d'appel, en ce sens qu'elle permet de faire entrer des clients en portefeuille. Cela entraîne pour la compagnie d'assurance un accroissement considérable de son chiffre d'affaires.

Cependant, le véritable problème de cette branche réside dans sa gestion qui recèle d'énormes difficultés et à son caractère déficitaire chronique.

C'est d'ailleurs ce qui a poussé la Direction Générale de la CAREN à adopter une politique d'assainissement du portefeuille maladie en procédant à la résiliation de contrats de plusieurs sociétés à partir de fin 2004. Néanmoins, le constat reste amer car, jusque là le problème demeure.

Dans le cadre de notre rapport d'études et de stage, nous avons mené des réflexions autour de ce sujet préoccupant pour la société.

La question est de savoir si la politique d'assainissement du portefeuille maladie au sein de la CAREN a eu un résultat positif, le cas échéant, de définir les actions à mener pour parvenir à son amélioration.

Le présent travail se compose de deux grands chapitres :

- **Chapitre1 : analyse de la gestion du portefeuille maladie de la CAREN**
- **Chapitre2 : les pistes de solution en vue de l'amélioration de la branche**

CHAPITRE 1 : ANALYSE DE LA GESTION DU PORTEFEUILLE MALADIE DE LA CAREN

Ce chapitre est composé de deux sections dont la première concernera les généralités sur l'assurance maladie et la seconde portera sur l'analyse de ce portefeuille.

Section 1 : généralités sur l'assurance maladie

Paragraphe 1 : définitions et notions de base

- **Définitions de la maladie**

Pour comprendre l'assurance maladie, il convient de définir le risque maladie selon le côté où l'on se place.

a. Maladie définie au niveau médical

Le médecin définit la maladie comme une altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis, notamment : une cause, des signes symptomatiques. C'est l'ensemble de ces caractères qui est pris en compte par le médecin dans l'appréciation de la maladie. La cause est représentée par le fait générateur de la maladie. La maladie doit se définir par des signes externes qui permettent de l'apprécier. Elle doit en fin pouvoir faire l'objet d'une prédiction précise ou presque exacte et être susceptible de faire l'objet d'un traitement précis. Si le médecin a une telle perception de la maladie, quelle est alors celle de l'assureur ?

b. Notion de la maladie vue par l'assureur

Selon l'assureur, la maladie peut être définie comme « une altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente »³. L'altération de la santé peut être causée par un agent pathogène (microbe, virus, ...) ; un agent chimique ou une agression d'éléments extérieurs provoquant une atteinte physique (choc ; brûlures). S'agissant des malformations congénitales, elles ne relèvent du domaine de l'assurance que si l'enfant a été conçu pendant la période de la couverture et pris en charge par le contrat dès sa naissance, l'assureur ne couvrant pas les risques déjà réalisés. Par ailleurs, on entend par autorité médicale compétente

³ Cours de NDOBO Basile : assurances des risques divers DESSA, avril 1999, p4.

une personne titulaire d'un diplôme des sciences médicales (pharmacie, médecine) reconnu dans son pays et inscrit au conseil de l'ordre des médecins ou de l'ordre des pharmaciens.

Après avoir apprécié la notion de maladie, nous pouvons à présent définir l'assurance maladie

c. Définition de l'assurance maladie

DOUGH LACEY de la SWISS-RE of SOUTH AFRICA définit l'assurance maladie comme « une assurance conçue pour alléger la charge financière générée par un altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou un accident ». Dans son acception la plus large, l'assurance santé garantit non seulement toutes les formes d'accidents et d'incapacité, depuis l'indemnisation forfaitaire en cas d'incapacité de travail, de maladie, mais aussi la couverture de la perte de revenu due à un accident ou à une maladie. La forme la plus usuelle est la « prestation en nature ». L'assureur rembourse uniquement les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, actes de spécialité, d'analyses médicales, dentaires, d'optique, de maternité.

▪ **Les différents systèmes de gestion en assurance maladie**

Il existe en assurance maladie deux systèmes de gestion: le système classique et le tiers payant.

a. Le système classique

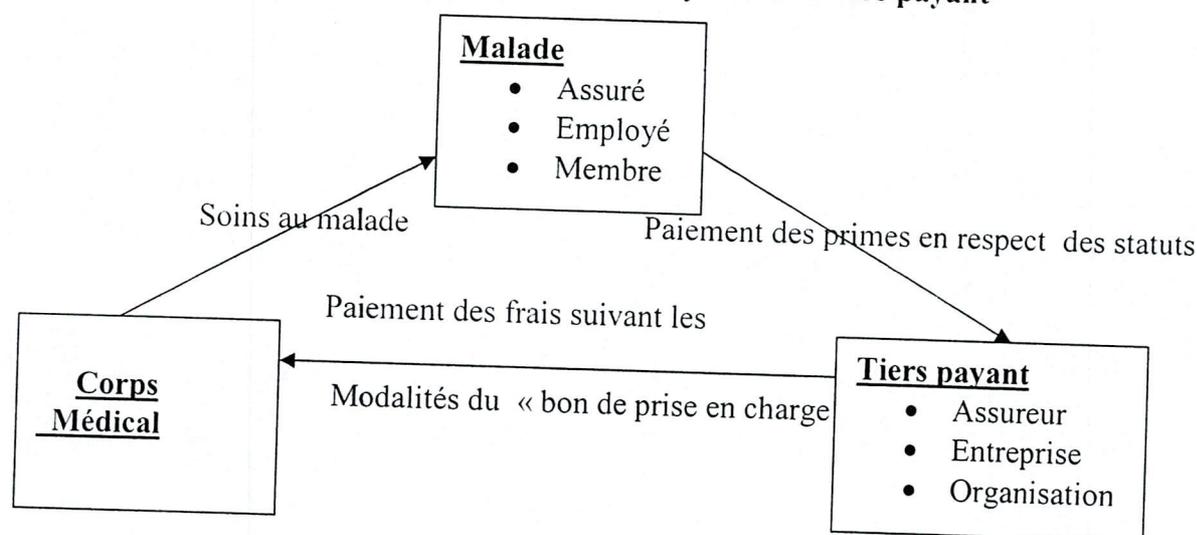
Dans ce cas, l'assuré se fait soigner ou paie ses produits pharmaceutiques dans l'officine ou dans le centre de santé de son choix. Il paie la totalité des frais et s'adresse à l'assureur pour se faire rembourser selon le taux de remboursement. L'assureur n'impose aucun réseau de soins à l'assuré. Toutefois, lors de la demande en réclamation adressée à l'assureur, l'assuré devra produire les pièces justificatives des frais engagés et leur remboursement se fait conformément aux clauses du contrat et en respect du principe indemnitaire tel que prévu par l'article 31 du code CIMA.

Il n'est pas toujours évident que l'assuré dispose les moyens financiers pour effectuer les dépenses nécessaires et se faire rembourser par la suite d'où le système de tiers payant.

b. Le système de tiers payant

C'est un système par lequel un organisme se rattachant à l'assuré (le tiers payeur) se substitue partiellement ou totalement au patient pour régler aux fournisseurs de soins de santé les prestations qu'ils ont effectuées. Ainsi, l'assuré se soigne non pas à hauteur du montant total des frais mais plutôt de ce montant diminué de la part remboursable normalement par l'assureur. Le tiers payeur, c'est-à-dire la personne ou l'organisme se rattachant au patient paiera le complément. Par exemple l'assuré qui a une couverture de 80% en système classique doit impérativement régler ses frais médicaux dans la totalité. Ensuite, l'assureur lui remboursera sur présentation des justificatifs les 80% des frais engagés. En tiers payant, par contre, ce même assuré face aux prestataires médicaux paiera seulement les 20% laissés à sa charge et c'est au prestataire de se faire régler les 80% restants par l'assureur.

Figure 2 : Fonctionnement du système de tiers payant



▪ Les différentes prestations :

L'assurance maladie offre deux types de prestations : la prestation en espèce et la prestation en nature.

a. La police prestation en espèce

Ce contrat s'attache non plus au remboursement des frais exposés pour le traitement d'une maladie, mais plutôt aux conséquences pécuniaires de l'immobilisation de l'assuré du fait de la maladie. L'idée de base est de compenser le manque à gagner du à l'arrêt de l'activité de

l'assuré. Ceci est particulièrement sensible en cas de longue maladie, quand l'employeur suspend le salaire du malade lorsque ce dernier ne peut plus exercer son activité.

b. La police prestation en nature

Ce type de police s'adresse à des groupes non artificiellement formés (l'ensemble du personnel d'une entreprise par exemple) et s'attache aux remboursements des frais exposés par le malade dans le cadre du traitement d'une maladie.

▪ **Codification des actes professionnels**

Afin de pouvoir quantifier un acte médical, les professionnels de la santé lui donnent une lettre -clé, identique pour la même famille d'actes, et suivi d'un coefficient en fonction de leur pénibilité :

- J : représente la journée d'hospitalisation ;
- K : acte chirurgical ou para chirurgical ;
- KR : correspond à l'électrothérapie ;
- R : correspond au radiodiagnostic ;
- D : correspond aux soins dentaires ;
- B : correspond aux analyses ;
- V : correspond à la visite.

NB : La suite de notre travail concernera uniquement la prestation en nature et portera sur l'assurance maladie groupe

Paragraphe 2 : la formation du contrat et son contenu

▪ **Les préalables à la formation du contrat**

Il s'agit pour l'essentiel du questionnaire de proposition et du questionnaire médical :

a. Questionnaire de proposition

Pour permettre de faire une meilleure offre, l'assureur fait remplir et signer par le souscripteur un questionnaire de proposition devant servir de base pour l'étude et la tarification.

Ce questionnaire doit comporter toutes les informations nécessaires concernant: la composition du groupe, le nombre d'adhérents et de bénéficiaires, le mode de couverture, le taux de remboursement, etc.

b. Le questionnaire médical

Avant la mise en place du contrat, tous les adhérents sont tenus de remettre à l'assureur un questionnaire médical individuel dûment rempli.

Les informations qui y sont portées permettent soit de valider en l'état la proposition qui a été faite, soit d'apporter les modifications en tenant compte de certains éléments particuliers contenus dans le questionnaire.

▪ **Le contenu du contrat maladie groupe**

Ce contrat couvre un ensemble d'assurés et leur famille, par exemple tous les employés d'une entreprise et leur famille. Le groupe est généralement à adhésion obligatoire et chaque assuré est tenu de remplir le questionnaire.

a. Objet du contrat

Le contrat d'assurance maladie a pour objet le remboursement des frais directement exposés pour le traitement d'une maladie ou d'un accident corporel. La garantie comprend : les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique, les honoraires des soins dispensés, les frais de radiologie et d'analyse, les frais de pharmacie, etc.

La garantie est circonscrite par des exclusions et l'entrée en vigueur de certaines prestations est parfois subordonnée à un délai d'attente ou délai de carence dont les significations sont données ci-dessous :

- Le délai d'attente est le fait pour l'assureur de refuser la prise en charge de toutes les maladies constatées avant son expiration ;

- Le délai de carence par contre permet, après son expiration, la prise en charge des maladies constatées même pendant cette période. C'est la formule la plus usitée par les assureurs.

Les exemples suivants illustrent ces deux délais.

Exemple 1 : cas de délai d'attente.

Soit un contrat d'assurance maladie groupe dont la prise d'effet est fixée au 01/01/2000. Le délai d'attente est de un (01) mois.

Le vingt février les factures suivantes sont présentées à l'assureur pour remboursement.

- Maladie A 1. frais exposés le 24/01/2000 $C + B + Pharmacie = 40\ 000\ \text{F CFA}$
2. frais exposés le 02/02/2000 $Pharmacie = 15\ 000\ \text{F CFA}$
 - Maladie B Frais exposés le 19/02/2000 $C + pharmacie = 52\ 000\ \text{F CFA}$
-
- = 107 000 F CFA

Remboursement

- Exclusion frais maladie A1 : maladie constatée, et les frais exposés pendant le délai d'attente.
- Exclusion frais maladie A2 : maladie constatée pendant le délai d'attente.
- Remboursement uniquement des frais B, soit 52 000 F CFA

Exemple 2 : cas du délai de carence.

Considérons le même exemple que précédemment avec un délai de carence d'un mois

Le 12/02/2000, un assuré présente les factures suivantes en vue de leur remboursement.

- Maladie A 1 : frais exposés le 26/12/1999 $C + R + pharmacie = 45\ 000\ \text{F CFA}$
2. frais exposés le 09/01/2000 $B + Pharmacie = 40\ 000\ \text{F CFA}$
 - Maladie B 1. Frais exposés le 29/01/2000 $C + Pharmacie = 24\ 000\ \text{F CFA}$
2. frais exposés le 05/02/2000 $Pharmacie = 10\ 000\ \text{F CFA}$
 - Maladie C. frais exposés le 12/02/ 2000 $C + pharmacie = 27\ 000\ \text{F CFA}$
-
- 146 000 F CFA

Remboursement

- Exclusion frais maladie A (1 et 2), constatées antérieurement à la prise d'effet.
- Exclusion frais maladie B 1, exposés pendant le délai de carence, bien que constatée après la prise d'effet du contrat.
- Remboursement des frais B2 et C : $10\,000 \text{ FCFA} + 27\,000 \text{ F CFA} = 37\,000 \text{ F CFA}$.

Il faut noter que c'est le délai de carence qui est le plus utilisé par les assureurs et là aussi pour les maternités.

b. Les garanties possibles

La garantie de base est le remboursement des frais directement liés au traitement d'une maladie reconnue par le corps médical. Les conditions particulières peuvent prévoir des extensions de garanties parmi lesquelles :

- ❖ **Evacuation sanitaire** : ici, la garantie ne joue que si le niveau de la technique médicale du milieu où l'assuré est tombé malade ne permet pas d'effectuer sur place le traitement approprié et efficace. Il s'agit d'une évacuation médicalement imposée et l'accord du médecin conseil de la CAREN est nécessaire.

La garantie couvre alors les frais de transport du malade jusqu'au lieu des soins. L'évacuation sanitaire peut concerner le transfert d'un malade à l'intérieur d'un même pays ou à l'étranger.

- ❖ **Soins à l'étranger** : le remboursement des soins étant limité au pays de souscription, il peut être utile pour l'assuré, d'avoir la latitude de se faire soigner dans un pays médicalement avancé. Il en est de même pour les personnes voyageant pour de périodes n'excédant pas trois mois.

Section 2 : l'analyse du portefeuille maladie de la CAREN

Paragraphe 1 : analyse du portefeuille période 2004-2009.

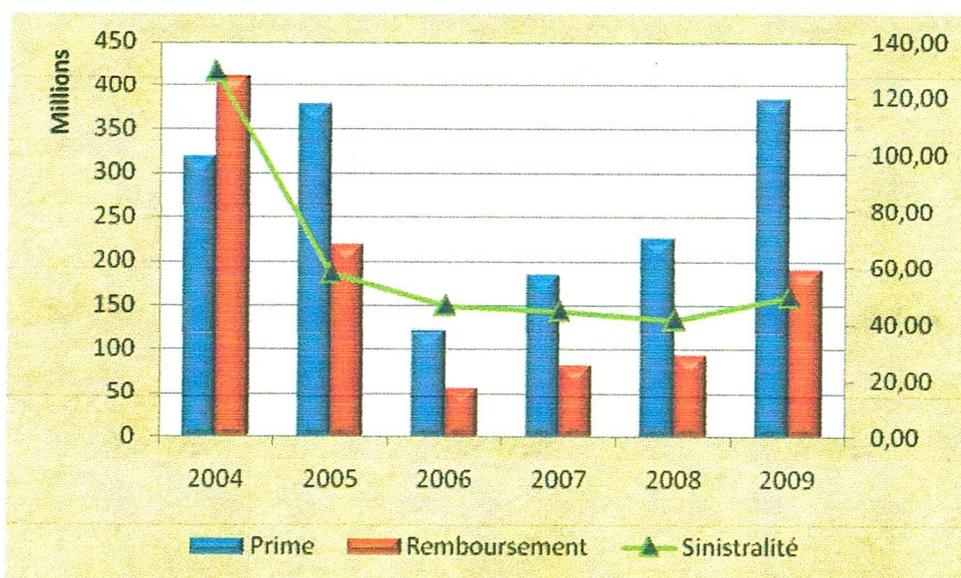
Il s'agit de faire une analyse rétrospective de ce portefeuille pour voir si la politique d'assainissement entreprise par les autorités de la CAREN a donné un résultat positif.

Pour ce faire, nous nous sommes d'abord intéressés aux résultats de la production de cette branche au cours de la période 2004-2009.

Les différents éléments d'appréciation que nous avons pris en compte sont: la prime ou le chiffre d'affaires par année et le remboursement effectué, c'est-à-dire les dépenses générées par la branche. Ces deux éléments nous permettent de suivre le résultat de chaque année, c'est-à-dire sa sinistralité qui se traduit par le rapport entre la prime perçue au cours d'une année et le remboursement effectué au cours de la même année.

Le graphique ci-dessous nous donne le résultat obtenu :

Figure 3 : Evolution de la prime en fonction du remboursement dans le portefeuille maladie de la CAREN de 2004-2009



Source : Rapports annuels de 2004 à 2009

En 2004, pour une prime de 318 276 690 de F CFA, il a été remboursé un montant de 410 402 095 de F CFA traduisant un pic de la sinistralité d'environ 129%. C'est d'ailleurs cette raison qui a motivé la Direction Générale de la CAREN à résilier les contrats de plusieurs clients.

A partir de 2005, nous constatons une amélioration de la sinistralité qui n'a cessé de baisser jusqu'en 2008. Cela s'explique par la baisse des remboursements par rapport aux primes, même si cela s'est fait de manière non proportionnelle d'une année à l'autre.

En 2005 par exemple, malgré la résiliation de certains contrats du portefeuille, la prime a connu une hausse considérable qui s'explique par l'organisation au cours de cette année des cinquième jeux de la francophonie qui se sont déroulés au Niger et qui ont entraîné d'importantes entrées de primes. Ainsi entre 2004 et 2005, la prime est passée de 318 276 690 F CFA à 377 857 288 F CFA, soit une croissance de 18,7%.

En 2006 par contre la prime et le remboursement ont considérablement chuté. C'est l'année où l'assainissement entrepris par la CAREN a atteint son paroxysme, car c'est à partir de cette année que la société a procédé directement à la résiliation par ordre pour les restants de contrats jugés non rentables. Le ratio sinistre à prime s'est améliorée davantage en 2006 en passant de 57,9% à 46,18% entre 2005 et 2006, soit une baisse d'environ 10%.

En 2009, contrairement aux autres années, nous constatons une reprise en hausse de la sinistralité qui passe de 41,38% en 2008 à 49,37% en 2009. Cela s'explique par le fait que entre les deux années, le remboursement a cru plus vite que la prime entraînant ainsi un rapport sinistre à prime plus élevé.

En conclusion, nous pouvons retenir que la politique d'assainissement entreprise par la CAREN en vue d'améliorer le portefeuille maladie a eu un effet positif sur la rentabilité de cette branche jusqu'en 2008, car la sinistralité s'est nettement améliorée en passant de 128,9% en 2004 à 41,48% en 2008.

Néanmoins, quelles sont les raisons qui pourraient expliquer la hausse de la sinistralité de l'année 2009 ?

Pour les exercices 2008 et 2009, le portefeuille maladie de la CAREN est composé de trois (03) polices: la CAREN, ORANGE NIGER et ZAIN NIGER.

L'examen de chacun des contrats entre 2008 et 2009 nous a permis de constater que la seule modification importante apportée sur le portefeuille au cours de cette période a concerné la police ZAIN. ORANGE est entrée en portefeuille en 2009.

En effet, suite à une négociation entreprise par le groupe ZAIN, la CAREN a accepté de supprimer le ticket modérateur du contrat maladie de ZAIN Niger qui était de 20%, d'où une prise en charge à 100%. C'est ce qui a conduit à nous intéresser à cette police pendant la période 2008 à 2009.

Le travail à mener sera axé sur une analyse technique du contrat de cet assuré afin d'examiner les implications d'une telle décision. Cette analyse va consister à voir si le supplément de prime perçue par la CAREN lui permet de faire face à l'excédent de remboursement qui en découle.

Pour y parvenir, nous avons essayé de comparer l'évolution de la prime à celle du remboursement entre ces deux années en fonction du taux de prise en charge.

Le tableau ci-dessous nous donne le résultat de l'analyse.

Tableau 1 : Variation de la prime et du remboursement en fonction du taux de prise en charge : Zain Niger de 2008 à 2009.

Année	Prime/famille	Remboursement/famille	Taux de remboursement
2008	396090	250475	80%
2009	536215	434501	100%
Différence	140125	184026	
Taux de croissance	35%	73%	

Source : Conditions particulières du contrat maladie groupe de ZAIN

L'observation du tableau ci-dessus nous montre qu'en 2008, pour une prime par famille de 396 090 F CFA par famille, il a été remboursé 250 475 F CFA, soit une sinistralité d'environ 63% ; le taux de remboursement en cette période étant de 80%.

En 2009 par contre, il a été perçu une prime de 536 215 F CFA par famille contre un remboursement de 434 501 F CFA pour un taux de remboursement de 100%.

La différence de prime perçue entre l'année 2008 et l'année 2009 qui est de 140 125 F CFA par famille n'a pas permis de compenser le surplus de dépenses (184 026 F CFA) généré par le passage du taux de remboursement de 80% à 100%. D'après le tableau, nous constatons que pour une augmentation de prime correspondant à 35% entre 2008 et 2009, les remboursements ont plus que doublé pendant la même période, atteignant 73%. Ce qui nous permet de déduire que le supplément de prime perçu par la CAREN ne permet pas à celle-ci de faire face aux règlements de sinistres engendrés par la prise en charge du ticket modérateur.

Pour l'année 2010, le logiciel de suivi de gestion de cette branche nous fait ressortir à fin juillet un taux de sinistralité de 97 %.

Certes, le contrat prévoit une clause d'ajustement permettant à l'assureur de moduler au renouvellement le montant de la prime en fonction de la consommation de l'assuré, mais celle-ci ne résoudra pas le problème.

En effet, cette clause aurait pu jouer lorsque le taux de remboursement était resté inchangé ; or, dans notre cas il s'agit d'une première expérience pour l'assureur. La véritable question est celle de la détermination de la prime qui correspond au risque à couvrir, surtout quand on sait que le comportement de l'assuré face à la consommation médicale va certainement changer quand il n'a aucun frais à supporter.

Dès lors, nous constatons l'importance du ticket modérateur dans le contrat et de son effet moralisateur du risque.

Pragraphe2 : autres difficultés rencontrées dans la gestion du portefeuille

En plus des difficultés ci-dessus évoquées qui sont d'ordre technique, d'autres difficultés sont souvent rencontrées par les assureurs dans la gestion du portefeuille maladie. Il s'agit particulièrement de la fraude. Cette dernière peut être soit du fait de l'assuré bénéficiaire, soit de celui des fournisseurs de soins.

- **La fraude du bénéficiaire**

Il faut tout d'abord noter que les fraudes les plus graves ne peuvent se faire qu'en complicité avec les fournisseurs de soins et les pharmaciens. Toutefois, certains cas de fraude sont souvent constatés au niveau du bénéficiaire. Il s'agit pour l'essentiel de l'aléa moral et la substitution de personne.

- **L'aléa moral :**

Le risque moral est primordial en Assurance santé, car celle-ci limite les dépenses de santé supportées normalement par l'assuré, ce qui incite ce dernier à changer de comportement. Ce changement peut s'opérer de deux façons :

- L'assuré prend moins de précautions que lorsqu'il n'était pas assuré. La probabilité du sinistre s'accroît et lorsque le risque se réalise, le bénéficiaire de

la garantie cherche à optimiser son utilité en consommant beaucoup plus des actes médicaux. Ainsi, par exemple, pour un simple mal de tête dû peut être à un coup de fatigue qui pouvait être géré après un repos, l'assuré met son contrat en application alors que sans la couverture cette même personne aurait trouvé la solution d'elle-même.

- L'assuré consulte le plus souvent un médecin ou recourt davantage à des prestations onéreuses qu'il ne le faisait avant d'être assuré.

De plus, certains assurés ont tendance à fréquenter les centres de soins non pas par nécessité, mais parce qu'ils en font un luxe.

▪ **La substitution des personnes :**

C'est le fait pour un assuré de faire profiter les garanties de la police à des personnes qui n'ont en réalité pas droit. En effet, en Afrique la famille est élargie et, les polices d'assurance maladie limitent les personnes devant bénéficier de la couverture. Néanmoins, certains bénéficiaires subissent une forte pression de leur entourage et finissent par céder, donc à aller vers le chemin de la fraude.

▪ **La fraude des fournisseurs de soins :**

Notre analyse s'articulera autour de trois (03) points que sont : la surfacturation, la complicité supposée de corps médical et l'attitude des cliniques privées

➤ **La surfacturation :**

Elle consiste en une facturation abusive par les cliniques privées de fournitures de pharmacie usuelle et accessoires à usage médical (les seringues, les perfuseurs,...).

De plus, certains médecins ne prescrivent pas aux malades les produits en tenant compte du rapport efficacité/prix.

Supposons deux personnes A et B qui entrent dans une clinique pour le traitement d'une même pathologie. La réaction de la plupart de médecins est celle de savoir s'ils bénéficient d'une assurance les couvrant ou pas. Ainsi, si pour notre exemple la personne A dispose d'une couverture maladie et que la seconde B n'en dispose pas, ces deux dernières se verront

prescrire des produits différents. Le premier se verra prescrire un produit plus cher que le second, tout simplement parce qu'elle bénéficie d'une couverture.

➤ *La complicité supposée du corps médical*

Certains cas de fraudes rencontrés conduisent les assureurs à soupçonner le corps médical d'être de connivence avec les assurés fautifs.

Au cours de notre stage à la CAREN, un flagrant cas de fraude a été décelé grâce à la vigilance de son médecin conseil. En effet, un assuré dans le cadre du traitement d'une maladie s'est fait prescrire par le médecin le même jour et probablement à sa demande deux ordonnances. Les produits figurant sur les deux ordonnances traitent de la même maladie, sauf que pour la deuxième ordonnance, c'est le nom de la spécialité des produits qui a été modifié.

Dans ce cas, l'objectif inavoué de l'assuré en l'espèce est soit d'obtenir le remboursement de l'une des ordonnances, soit d'aider un proche souffrant de la même maladie.

Cette complicité peut se traduire par le désir du médecin traitant de couvrir l'assuré ou même par sa passivité devant un cas de substitution de personne lors d'une hospitalisation.

Mais pour dissuader les complices d'un tel comportement, la CAREN a déjà pris des sanctions à leur encontre. En effet, en réponse, la CAREN a automatiquement suspendu la garantie au client en question et a procédé à la résiliation de la convention qui la lie avec la clinique incriminée.

➤ *L'attitude des cliniques privées*

L'attitude des cliniques privées aussi n'est pas de nature à rendre la tâche facile à l'assureur. En effet, la tendance des cliniques privées est d'allonger la durée des hospitalisations des assurés dès qu'ils réalisent que l'assuré est couvert par une police maladie.

Ainsi, pour une pathologie nécessitant juste une mise en observation, le patient est souvent gardé une journée, voire plus.

Ces abus sont le plus souvent constatés par les médecins conseil dans les certificats d'hospitalisation des malades qui ne reflètent pas parfois la réalité des faits. C'est pourquoi, il leur ait demandé de produire des rapports cohérents et toute incohérence constatée est

sanctionnée par le refus du paiement par l'assureur. Ce qui n'est pas sans problèmes car cela est à l'origine de plusieurs conflits entre l'assureur et les cliniques.

Conclusion partielle :

Après l'analyse de la gestion du portefeuille maladie au sein de la CAREN, il ressort que malgré tout ce que la compagnie a pu consolider comme méthodes pour mener à bien sa gestion, il y a des défaillances tant du point de vu technique qu'au niveau de la gestion des opérations courantes. Il convient donc de trouver des solutions.

CHAPITRE II: PROPOSITION EN VUE D'UNE AMELIORATION

Il s'agira pour nous de proposer des mesures susceptibles de permettre une résolution des principaux problèmes décelés en phase d'évaluation ainsi que ceux qui sont le quotidien des assureurs.

Nous entendons mettre en lumière certaines orientations qui gagneraient à être explorées pour améliorer la qualité de gestion du portefeuille dont l'analyse a décelé quelques insuffisances. Il convient donc d'apporter quelques reformes.

Section1 : Les dispositions d'ordre technique

Paragraphe1 : Au niveau de la prime

Comme l'a révélé l'analyse du tableau de la situation de Zain Niger, le surplus de prime qui a été perçu pour permettre le passage de cet assuré d'un taux de couverture de 80% à 100% n'a pas permis de faire face aux sinistres qu'engendre la suppression du ticket modérateur.

Or, selon le principe fondamental de l'assurance, la prime perçue par l'assureur doit servir à faire face aux règlements des sinistres. C'est pourquoi, afin de garder l'équilibre du contrat nous proposons que la prime soit au moins ramenée au même niveau de progression que les remboursements.

Pour notre cas, les remboursements ayant progressés d'environ 73%, il s'agit d'augmenter la prime du même taux de progression ; c'est-à-dire de percevoir une prime de 635 236 FCFA par famille, soit $1,73 * 396\ 090$ F CFA au lieu du 536 215 F CFA.

Même s'il est vrai que le contrat prévoit une clause d'ajustement de la prime du renouvellement en fonction de la consommation du client pendant la période d'assurance écoulée, celle-ci ne permet pas à l'assureur de combler le manque à gagner.

Une autre alternative serait de ramener le contrat à son taux de couverture initial de 80%

Paragraphe 2: Au niveau des plafonds de garanties

A ce niveau, nous avons mené une étude comparative de la proposition d'assurance de la CAREN avec celles des autres compagnies d'assurances opérant sur le marché nigérien. Nous avons constaté que les plafonds de garanties fixés par la CAREN sont plus élevés que ceux des autres compagnies d'assurances. Là aussi, il faudra réduire ce plafond afin de diminuer la consommation des familles par année d'assurance.

De plus, nous avons constaté que pour certaines prestations, les plafonds sont fixés par personne. Or, une famille peut comprendre plusieurs personnes. Donc, fixée un plafond par personne revient à dire que chaque membre de la famille assurée peut consommer à concurrence de ce plafond. Cela suppose qu'une la famille peut consommer autant de fois le plafond que le nombre de bénéficiaires qui la compose. Ce qui n'arrange pas l'assureur. C'est pourquoi nous proposons de plafonds par famille plutôt que par personne.

Section 2 : Dispositions à prendre pour une amélioration de la gestion courante

Paragraphe 1 : Au niveau interne

- **Nécessité de revoir la politique de souscription**

Le manuel de procédure de la CAREN fait ressortir que celle-ci n'accepte, pour la souscription d'assurance maladie, que des groupes dont l'effectif est au minimum égal à 30 familles.

Nous pensons que cette politique est à revoir. Ainsi, la CAREN doit tout en poursuivant sa politique d'accroissement du chiffre d'affaires, privilégier le résultat. A cet effet, il est nécessaire de s'ouvrir vers de nouveaux assurés à effectifs réduits qui sont à gestion facile avec une bonne rentabilité. L'effectif du groupe pourrait être réduit jusqu'à 10 familles, pourvu que le résultat soit bon.

- **L'organisation des assurés**

L'agent producteur devra répartir les clients équitablement vers toutes les pharmacies avec lesquelles la compagnie a signé une convention. L'objectif visé ici est de parer à toute tentative de fraude de la part de certains assurés. en complicité avec les prestataires

de soins. Il est évident que la probabilité de fraude est plus élevée lorsque c'est à l'assuré de choisir la pharmacie auprès de laquelle il doit se procurer les produits, même s'il est vrai que cela éviterait à l'assuré de parcourir souvent des longues distances.

A cet effet, nous proposons à l'agent producteur d'établir chaque semaine un tableau des pharmacies vers lesquelles il orientera désormais les assurés et cela de manière tournante.

Paragraphe 2 : à l'endroit de l'assuré

▪ **La sensibilisation de l'assuré**

Nous avons constaté au cours de notre période de stage que la clientèle est souvent mal informée du contenu du contrat. C'est le cas d'un client qui se fait soigner dans une clinique non conventionnée, ou encore un assuré qui ne sait pas qu'il y a non seulement de plafond annuel de remboursement, mais aussi des sous plafonds en fonction de type de soins.

C'est pourquoi avant l'entrée en vigueur du contrat, l'assureur doit réunir tout le personnel pour lui donner toutes les informations nécessaires à la bonne exécution du contrat.

L'assureur gagnerait plus en termes de résultat lorsque ses clients sont sensibilisés. Cette sensibilisation permettra d'éviter tout malentendu entre l'assureur et l'assuré car, ce dernier ne comprend pas la cause de rejet de la prise en charge de certaines prestations ou de certains produits. Effet, un client satisfait est fidélisé, et ce dernier renouvelle son contrat maladie sans problème et implicitement les risques d'accompagnement.

D'autre part, l'assuré sera également invité à agir sur les facteurs qui engendrent des maladies. Ainsi, si le taux de traitement des maladies ayant un lien avec la salubrité comme c'est le cas du paludisme au Niger, l'assuré pourrait être encouragé à un entretien régulier de sa maison.

Pour ce qui est du taux d'hospitalisations, l'assureur devra amener l'assuré à comprendre le gain de productivité dont souffre son entreprise en ayant en permanence un personnel qui séjourne dans les cliniques, souvent pour des affections qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

- **Analyse des antécédents du risque**

Avant d'accepter un assuré en portefeuille, l'assureur doit lui réclamer les statistiques sur les trois derniers exercices s'il a été déjà assuré. A cet effet, la collaboration entre les compagnies d'assurances est nécessaire.

Ainsi, en fonction de la consommation des années précédentes, l'assureur pourrait réduire ses plafonds de garantie pour des postes de forte consommation ou les soumettre à l'entente préalable.

- **Renforcement des mesures de contrôle de la consommation médicale**

L'assureur doit tenir les statistiques de la consommation de chaque assuré trimestriellement. En dehors du taux global de sinistralité ; il fera état des consommations par nature de prestation (pharmacie, analyse, hospitalisation...).

Ces états statistiques seront expliqués à l'assuré et l'assureur doit attirer son attention sur les majorations que pourrait subir sa prime au renouvellement si ce rythme de consommation était maintenu.

Une extrapolation sera donc faite par l'assureur sur la base des statistiques actuelles, afin de communiquer à l'assuré ce que pourrait représenter sa consommation en fin d'année.

Dans la pratique, à la CAREN le tableau d'ajustement de prime ci dessous est appliqué :

Tableau 2 : Clause d'ajustement de prime applicable à la CAREN

Rapport S/P	% d'ajustement
0 à 0,49	Réduction de 25%
0,50 à 0,59	Réduction de 20%
0,60 à 0,69	Réduction de 10%
0,70 à 0,79	Sans changement
0,80 à 0,89	Majoration de 10%
0,90 à 0,99	Majoration de 20%
1,00 à 1,14	Majoration de 30%
1,15 à 1,29	Majoration de 50%
1,30 à 1,39	Majoration de 60%
1,40 et au delà	Majoration de 70%

Paragraphe 3 : vis-à-vis des autres intervenants

Il s'agit de renforcer les mesures de surveillance en vue de parer à toute possibilité de fraude. A ce titre, l'assureur pourrait exhorter les pharmacies et cabinets conventionnés à un strict respect des dispositions suivantes :

- **Aux pharmacies : de bien vérifier que l'assuré a produit :**

- un bon de prise en charge visé par la compagnie et énumérant les produits faisant l'objet de la prise en charge ;
- une ordonnance médicale délivrée par le médecin traitant et revêtue de la signature d'un responsable de la compagnie. Cette ordonnance médicale accompagne le bon de prise en charge ;

Après délivrance des produits, le pharmacien apposera les vignettes de chaque produit sur l'ordonnance.

La pharmacie fait parvenir à la compagnie les factures conformément aux bons de prise en charge pour leur règlement.

- **Aux cabinets médicaux**

Ils devront mettre à la disposition de la compagnie après chaque hospitalisation d'un assuré les éléments suivants selon la durée du séjour de l'adhérent :

- ❖ **Durée inférieure à 03 jours**
 - Les différents bulletins des examens effectués
 - Le détail exhaustif des soins prodigués ;
 - Un certificat médical
- ❖ **Durée égale ou supérieure à 03 jours**
 - Les différents bulletins des examens effectués ;
 - Un détail exhaustif des soins prodigués ;
 - Un rapport médical précisant la pathologie dont souffre l'assuré et transmis sous pli fermé au médecin conseil de la compagnie.

CONCLUSION

Après avoir décrit la CAREN à travers ses différents services dans la première partie et analysé en seconde la gestion du portefeuille maladie, il ressort que malgré le fait que la compagnie a pu consolider comme méthodes pour mener à bien la gestion dudit portefeuille, beaucoup d'effort reste à faire.

Toutefois, la politique d'assainissement entreprise par la CAREN s'est traduite par un résultat acceptable car, la sinistralité de cette branche a constamment baissé (de 129 % en 2004 à 41 % en 2008) avant de remonter à partir de 2009 pour atteindre 49,37%.

D'une manière générale et indépendamment du cas de la CAREN, la branche santé est particulièrement difficile pour les assureurs et requiert de ce fait un suivi permanent.

Sur le plan technique, la tarification de ce risque est rendue malaisée par l'évolution constante du coût de la médecine, le perfectionnement de plus en plus onéreux des techniques médicales et chirurgicales et la consommation croissante en matière des soins.

Dans aucune des branches de l'assurance les statistiques du passé ne suffisent pas à évaluer l'évolution future de la sinistralité, mais cela est tout particulièrement vérifiable en matière d'assurance santé. En effet, dans sa tarification, l'assureur doit tenir compte du coût croissant des traitements, de l'apparition de maladies nouvelles et des exigences toujours plus grandes des assurés en matière de soins.

La CAREN tout comme les autres compagnies de la place n'échappe pas aux difficultés courantes dans la gestion de ce portefeuille. Ainsi, au cours de notre période de stage, nous avons relevé plusieurs d'entre elles et apporté quelques propositions de solution.

Cependant, en vue d'améliorer davantage le résultat de cette branche, nous formulons les recommandations suivantes :

A l'endroit de la CAREN

- Ramener le taux de prise en charge de la police ZAIN Niger à 80% au lieu de 100%, afin de parer à la consommation excessive de cet assuré dont le taux de sinistralité ne cesse de grimper (61% en 2008, 81% en 2009 et 97% à fin août 2010) ;

- Une sensibilisation des assurés élargie à tout le personnel bénéficiaire avant toute prise d'effet du contrat en vue d'expliquer le contenu du contrat (les plafonds de garanties, les risques couverts, les pharmacies et centres conventionnés...);
- Revoir les conditions générales du contrat maladie. Les plafonds de garanties plus élevés comparativement à celui des autres compagnies. Cela contribuerait à réduire la surconsommation médicale;
- Changer la politique de souscription en matière de cette branche. En effet, depuis la politique d'assainissement de ce portefeuille, la Société s'est retrouvée avec un effectif d'assuré très faible (composé de 05 polices seulement). Il s'agit ici de chercher à accroître la taille du portefeuille en augmentant le chiffre d'affaires de cette branche par la recherche des nouveaux clients, composés d'un effectif réduit avec des bons résultats.

A l'endroit de la Direction de contrôle des assurances du Niger

Réflexion sur la mise en place de la micro assurance santé afin de permettre aux personnes à faibles revenus d'accéder aux soins de santé de base.

Enfin, n'y a-t-il pas lieu de prendre en compte les prestations effectuées par la médecine traditionnelle surtout quand on sait qu'il y a des maladies qui ne sont pas guérissables par la médecine moderne dont la jaunisse en est un exemple ?

A notre niveau, nous estimons qu'une collaboration entre les deux formes de la médecine (moderne et traditionnelle) pour faire avancer la médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux :

- ❖ YEATMAN J, Manuel International de l'Assurance, Economica, juin 1998 ;
- ❖ PICARD M, BESSON A, Contrat d'assurance, tome I, 5^{ème} Edition, 1982 ;
- ❖ LANDEL J, Charrée-serveau M, Lexique des termes d'assurance, Edition L'ARGUS, 2003

Revue Spécialisées :

- ❖ L'Argus de l'assurance n° 6934 du 17 juin 2005 ;
- ❖ Afrique Assurance, N°001 de février 2010

Textes législatifs et réglementaires :

- ❖ Code CIMA, édition 2007 ;
- ❖ La loi n° 95-015 du 3 juillet 1995 et de son décret d'application n° 96-224 du 29 juin 1996 portant généralisation du recouvrement partiel des coûts de santé ;
- ❖ Décret 62-127 révisé en 1996 réglementant les prestations fournies par les hôpitaux pour les fonctionnaires de l'Etat à 80% ;

Cours :

- ❖ NDOBO B, Assurance des Risques Divers, DESS-A, avril 1999 ;
- ❖ J KOGUIA J, Assurance des Risques Divers, MST-A, mai 2009 ;

Sites webs consultés

- ❖ www.allafrica.com;
- ❖ www.Droit-Afrique.com.

Autres

- ❖ Rapports annuels CAREN Assurances (2004-2009) ;
- ❖ Plan de Développement Sanitaire du Niger (PDS 2005-2009)

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	iv
RESUME	v
SUMMARY	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA CAREN	5
CHAPITRE I : LES RENSEIGNEMENTS A CARACTERE GENERAL DE LA CAREN ...	6
Section 1 : historique de l'assurance au Niger et création de la CAREN	6
Paragraphe 1 : avant les indépendances	6
Paragraphe 2 : période post indépendance	6
Section 2 : Dénomination, forme juridique et objet social	7
Paragraphe 1 : Dénomination, forme juridique	7
Paragraphe 2 : objet social et formation du capital	7
CHAPITRE II : DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL A LA CAREN	8
Section I : l'organigramme et sa description	8
Paragraphe 1 : l'organigramme	8
Paragraphe 2 : description	8
1- Les organes d'administration et de Direction	8
2- Les organes d'exécution	10
Section II : description de différents services et leurs tâches.	10
Paragraphe 1 : le département technique et commercial	10
❖ Les opérations communes à tous les services	11
❖ Les opérations propres à chaque service	11
▪ Le service production automobile :	11
▪ Le service sinistre	12
▪ La section transports.	13
Paragraphe 2 : le département Comptabilité, finance et Administration du personnel ...	14
▪ Service Comptabilité et finances	14
▪ Service administration du personnel et du patrimoine	15

▪ Service Informatique.....	15
Paragraphe 3: le département Contrôle de gestion et Réassurance.....	15
▪ . Le service contrôle de gestion :	15
▪ Le service Réassurance	16
▪ Service maladie.....	16
a. <i>Les règles de la formation du contrat et des conventions</i>	16
b. <i>Fonctionnement</i>	17
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DU PORTEFEUILLE MALADIE DE CAREN.....	19
CHAPITRE1 : ANALYSE DE LA GESTION DU PORTEFEUILLE MALADIE DE LA CAREN.....	21
Section 1 : généralités sur l'assurance maladie.....	21
Paragraphe 1 : définitions et notions de base.....	21
▪ Définitions de la maladie	21
a. Maladie définie au niveau médical.....	21
b. Notion de la maladie vue par l'assureur.....	21
c. Définition de l'assurance maladie	22
▪ Les différents systèmes de gestion en assurance maladie.....	22
a. Le système classique	22
b. Le système de tiers payant	23
▪ Les différentes prestations :	23
a. La police prestation en espèce.....	23
b. La police prestation en nature	24
▪ Codification des actes professionnels	24
Paragraphe 2 : la formation du contrat et son contenu.....	24
▪ Les préalables à la formation du contrat	24
a. Questionnaire de proposition	25
b. Le questionnaire médical	25
▪ Le contenu du contrat maladie groupe.....	25
a. Objet du contrat.....	25
b. Les garanties possibles	27
Section2 : l'analyse du portefeuille maladie de la CAREN.....	27
Paragraphe 1 : analyse du portefeuille période 2004-2009.....	27
Pragraphe2 : autres difficultés rencontrées dans la gestion du portefeuille.....	31
▪ La fraude du bénéficiaire	31

▪ L'aléa moral :	31
▪ La substitution des personnes :	32
▪ La fraude des fournisseurs de soins :	32
➤ La surfacturation :	32
➤ La complicité supposée du corps médical	33
➤ L'attitude des cliniques privées	33
Conclusion partielle :	34
CHAPITRE II: PROPOSITION EN VUE D'UNE AMELIORATION.....	35
Section1 : Les dispositions d'ordre technique	35
Paragraphe1 : Au niveau de la prime	35
Paragraphe2: Au niveau des plafonds de garanties.....	36
Section 2 : Dispositions à prendre pour une amélioration de la gestion courante	36
Paragraphe 1 : Au niveau interne.....	36
▪ Nécessité de revoir la politique de souscription.....	36
▪ L'organisation des assurés	36
Paragraphe 2 : à l'endroit de l'assuré.....	37
▪ La sensibilisation de l'assuré	37
▪ Analyse des antécédents du risque.....	38
▪ Renforcement des mesures de contrôle de la consommation médicale	38
Paragraphe 3 : vis-à-vis des autres intervenants	39
▪ Aux pharmacies : de bien vérifier que l'assuré a produit :	39
▪ Aux cabinets médicaux	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	42
TABLE DES MATIERES	43

