

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

(CIMA)



INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

(IIA)



B.P. :1515 Yaoundé (Cameroun) – Tél. : (+237) 222 20 71 52 – Fax : (+237) 222 20 71

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES  
POUR L'OBTENTION DU  
DIPLÔME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ASSURANCE  
(DESS-A)

(24<sup>ème</sup> promotion 2018-2020)

**THEME :**

LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE DANS UNE  
COMPAGNIE D'ASSURANCE : CAS DE LA CAISSE  
NOUVELLE D'ASSURANCE ET DE REASSURANCE  
CNAR



**PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :**

Housseny SIDIBE  
ETUDIANT DESS-A

**SOUS LA DIRECTION :**

Monsieur Gaousou SANGARE  
Directeur Production, Réassurance et Coassurance

Novembre 2020

## DEDICACES

A ma très chère mère, TRAORE kamissa, pour tous ses sacrifices, son amour, sa tendresse, son soutien et ses prières tout au long de mes études.

A mon feu père, M. SIDIBE Ibrahim, pour toutes les valeurs de travail, de patience et de respect qu'il m'inculquées.

A mes chers frères, pour leur appui surtout financier, leur confiance et leurs encouragements.

A mes sœurs, pour leurs encouragements permanents et leur soutien moral.

A toute ma famille...

Que ce modeste travail soit l'accomplissement de vos vœux et le fruit de votre soutien infailible.

Merci d'être là toujours pour moi...

## REMERCIEMENTS

A tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail, nous leur adressons nos vifs remerciements et notre profonde gratitude. Nous pensons particulièrement à :

- ✦ Monsieur Allaye KAREMBE, chef de Division Assurances à la Direction Nationale du Trésor et de la Comptabilité Publique, et ses collaborateurs pour leur soutien ;
- ✦ Monsieur Urbain Philippe ADJANON, Directeur Général de l'IIA, pour sa gestion admirable de l'institut ;
- ✦ Monsieur Dembo Danfakha , Directeur des études de l'IIA, pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements tout au long de notre formation ;
- ✦ Toute l'équipe pédagogique de l'IIA et les intervenants professionnels responsables de la formation de DESS-A et MST-A, pour avoir assuré la partie théorique de notre formation,
- ✦ Monsieur Léopold KEITA, Directeur Général de la Caisse Nouvelle d'Assurance et de Réassurance CNAR ;
- ✦ Monsieur Gaoussou SANGARE, Directeur de Production, Réassurance et Coassurance de la CNAR pour son encadrement durant le stage ;
- ✦ Monsieur Cheik DIARRA, Responsable du Service Maladie à la CNAR, pour son assistance ;
- ✦ Toute personne ayant accompli une œuvre de bienveillance à notre égard pour l'aboutissement de ce mémoire.

## LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>CIMA</b>	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
<b>CNAR</b>	Caisse Nouvelle d'Assurance et de Réassurance
<b>DESS-A</b>	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurance
<b>DNA</b>	Direction Nationale des Assurances
<b>FANAF</b>	Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines
<b>AC</b>	Accidents Corporels
<b>IARD</b>	Incendie, Accidents et Risques Divers
<b>IIA</b>	Institut International des Assurances
<b>MST-A</b>	Maitrise en Sciences et Techniques d'Assurances
<b>S/P</b>	Charge de sinistres sur les Primes acquises

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Exemple de clause d'ajustement .....	10
Tableau 2: Part et évolution de l'assurance maladie dans la zone CIMA .....	12
Tableau 3: Part et évolution de l'assurance maladie au Mali .....	14
Tableau 4: Part et évolution de l'assurance maladie à la CNAR .....	15
Tableau 5 : Les rapports Charge de sinistres/Primes acquises (S/P) de la branche maladie à la CNAR.....	27

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Evolution du chiffre d'affaires en assurance non vie dans la zone CIMA.....	13
Figure 2: Evolution du chiffre d'affaires par branche sur le marché malien .....	15
Figure 3: Evolution du chiffre d'affaires par branche à la CNAR.....	16
Figure 4: Evolution des Primes acquises et charge de sinistres.....	28

## RESUME

La branche maladie est loin d'être la branche préférée des assureurs. Elle est qualifiée souvent comme étant un mal nécessaire. C'est une branche déficitaire généralement, mais du fait que c'est un produit d'appel, les assureurs accordent une attention particulière à sa gestion.

Le résultat déficitaire de cette branche peut être dû à sa gestion, qui est confrontée à beaucoup de problèmes. Ces derniers peuvent être d'ordre interne ou externe.

L'assurance maladie fait intervenir plusieurs acteurs : assureurs, souscripteurs, assurés, prestataires (pharmacies, cliniques, laboratoires...) etc. Ce qui complique davantage sa gestion.

C'est pour cela, que le présent mémoire se concentre sur la gestion de l'assurance maladie dans une compagnie d'assurance, en décrivant son processus de gestion dans une première partie puis en l'appréciant dans une seconde partie.

L'intérêt de ce mémoire est qu'il nous permet de bien comprendre, le processus de gestion de l'assurance maladie dans une compagnie d'assurance dans un premier temps et dans un second temps, d'apprécier cette gestion en évoquant des problèmes qui y sont liés et essayer d'y apporter des solutions et des recommandations pour une meilleure gestion de cette assurance.

## **ABSTRACT**

The health branch is far from being the preferred branch of insurers. It is often referred to as a necessary evil. This is generally a loss-making business, but because it is a catch-up product, insurers pay special attention to this insurance.

The deficit result of this branch may be partly due to its management, which is facing many problems. These can be internal or external. Health insurance involves several players: insurers, underwriters, policyholders, service providers (pharmacies, clinics, laboratories, etc.) etc. This further complicates its management.

This is why this brief focuses on the management of health insurance in an insurance company, describing its management process in a first part, then appreciating it in a second part.

The interest of this thesis is that it allows us to understand the process of health insurance management in an insurance company first and secondly, to appreciate this management by evoking related problems and try to provide solutions and recommendations for better management of this insurance.

## SOMMAIRE

DEDICACES .....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES .....	v
RESUME .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SOMMAIRE.....	viii
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DE LA BRANCHE MALADIE ET PROCESSUS DE GESTION.....	3
Chapitre I : Généralités sur l'assurance maladie.....	4
Section 1 : Définitions.....	4
Section 2 : Spécificités de l'assurance maladie.....	6
Section 3 : L'intérêt de l'assurance maladie .....	10
CHAPITRE II: Part et évolution de la branche maladie.....	12
Section 1 : Dans la zone CIMA.....	12
Section 2 : Sur le marché malien.....	13
Section 3 : A la CNAR.....	15
CHAPITRE III : Processus de gestion de l'assurance maladie .....	17
Section 1 : Au niveau de la production.....	17
Section 2 : Au niveau du sinistre.....	23
Section 3 : Etude des données relatives à la gestion de l'assurance maladie.....	27
DEUXIEME PARTIE : APPRECIATION DE LA GESTION.....	29
CHAPITRE I : Les problèmes liés à la gestion de l'assurance maladie.....	30
Section 1 : Les problèmes internes.....	30
SECTION 2 : Les problèmes d'ordre externe.....	36
CHAPITRE II : Les solutions aux problèmes liés à la gestion.....	41
Section 1 : Les solutions aux problèmes internes .....	41
Section 2 : Solutions aux problèmes externes.....	43
CHAPITRE III : Recommandations pour une meilleure gestion de l'assurance maladie ...	46
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXE : QUESTIONNAIRE MEDICAL.....	51
TABLE DES MATIERES .....	52

## INTRODUCTION

L'un des plus fréquents risques auxquels sont exposés les individus à la recherche de leur pain quotidien est celui de la dégradation de leur état de santé. Ils courent ainsi, le risque de voir réduire considérablement leur capacité et leur espérance de vie. Les individus comme les Etats, réfléchissent constamment et adoptent divers moyens de financement des soins de santé et du risque maladie. L'un de ces moyens est une technique de mise en commun des risques dans une optique d'anticipation de la prise en charge des dépenses inhérents à la santé. Ce mécanisme de mise en commun des risques relève de l'assurance.

L'assurance qui se définit comme « *une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération, la prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie, l'assureur qui prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique* »<sup>1</sup>.

La maladie étant un risque auquel tout individu est exposé et que le travail d'un assureur est de couvrir des risques, il est tout à fait normal que, les assureurs mettent en place des produits pour faire face au risque maladie.

L'article 328 du code des assurances dresse la liste des produits d'assurances susceptibles de recevoir l'agrément prévu à l'article 326 du même code. La maladie est classée au numéro 2 avec des prestations forfaitaires, indemnitaires et la combinaison des deux. Ainsi les compagnies opérant dans la zone CIMA pratiquent la branche maladie en vertu de cet article.

Cette branche bien que déficitaire prend de l'ampleur dans le secteur des assurances et atteint aujourd'hui 20% du chiffre d'affaires de la zone CIMA. Cette proportion va croître avec l'avènement de la micro assurance santé pour les couches démunies qui sont exclues de l'assurance classique.

---

<sup>1</sup> Professeur Joseph HEMARD

Au Mali, en 2018 la branche santé a atteint 39,75%<sup>2</sup> du chiffre d'affaires de l'ensemble du marché. Ce qui montre l'importance de cette branche sur le marché malien qui a réputation d'être déficitaire et un simple produit d'appel.

Il est donc important pour les assureurs, de mettre l'accent sur la gestion de cette branche qui ne cesse d'occuper une part importante dans le chiffre d'affaires des compagnies, pour une meilleure rentabilité. C'est la raison pour laquelle on a choisi le thème : « **La Gestion de l'Assurance Maladie dans une Compagnie d'Assurance : Cas de la Caisse Nouvelle d'Assurance et de Réassurance CNAR** ».

Notre travail s'articule autour de deux grandes parties :

Dans la première partie, il sera question d'étudier l'évolution de la branche maladie en décrivant son processus de gestion dans une compagnie ;

La seconde partie sera l'occasion pour nous, d'apprécier cette gestion en évoquant des problèmes qui s'y rattachent et y apporter des solutions et des recommandations.

---

<sup>2</sup> Rapport annuel 2018 de la DNA du Mali

## **PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DE LA BRANCHE MALADIE ET PROCESSUS DE GESTION**

Dans cette partie, nous mettrons un accent particulier sur les généralités de l'assurance maladie (**chapitre I**), avant d'aborder son évolution (**chapitre II**), pour terminer sur son processus de gestion (**chapitre III**).

# Chapitre I : Généralités sur l'assurance maladie

Nous nous intéresserons à la définition de l'assurance maladie (Section 1), ensuite évoquer ses spécificités (Section 2), avant d'aborder son intérêt (Section 3).

## Section 1 : Définitions

Pour bien cerner notre sujet, il est indispensable de définir le risque assuré, qui est la maladie.

Les assureurs et les médecins définissent cette notion différemment.

Après avoir défini cette notion de maladie, nous allons ensuite définir l'assurance maladie.

### A. Définition de la maladie

La définition de la maladie diffère selon que l'on se situe du côté du médecin (1) ou de celui de l'assureur (2).

#### 1) Du point de vue du médecin

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 sont pris 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 enfin 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, qu'en est-il de l'assureur ?

## 2) Du pont de vue de l'assureur

Selon l'assureur, la maladie peut être définie comme « une altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente ». L'altération de la santé peut être causée par un agent pathogène (microbe, virus...), un agent chimique ou une agression d'éléments extérieurs qui provoquent une atteinte physique (chocs, brûlures).

Par ailleurs, nous attendons par autorité médicale compétente, une personne titulaire d'un diplôme de sciences médicales (pharmacie, médecine) reconnu dans son pays et inscrit soit au conseil de l'ordre des médecins, soit à celui de l'ordre des pharmaciens. C'est ainsi que, les professionnels de la santé ont du mal à codifier, les actes délivrés par les tradipraticiens. La facturation faite par un tradipraticien étant difficile à apprécier, ce dernier ne peut être considéré comme une autorité compétente médicalement aux yeux de l'assureur.

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

### B. Définition de l'assurance maladie

L'assurance maladie peut être définie comme « *une assurance conçue pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou un accident* »<sup>3</sup>.

Dans son acceptation 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, jusqu'à l'assurance dépendance, en passant par la couverture de la perte de revenus.

La forme la plus usuelle est le contrat de « Prestations en Nature ». L'assureur rembourse uniquement les frais nécessités par le traitement : frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, actes de spécialistes, de sanatorium ou de préventorium.

---

<sup>3</sup> DOUGH LACEY de la SWISS-RE of South Arica

Par ailleurs, l'assuré peut souhaiter plutôt couvrir, la perte de revenus liée à l'arrêt maladie, ou aux séquelles invalidantes de celle-ci. par le biais d'une police d'assurance maladie « *Prestations en Espèces* » ou « *Perte de Revenus* », l'assureur payera à l'assuré, selon les termes du contrat, une « *Indemnité Journalière* » du fait de l'incapacité temporaire, et/ou versera une rente en fonction de « *l'Invalidité Permanente* », partielle ou totale.

Après avoir défini la notion de maladie et d'assurance maladie, nous allons maintenant parler de ses spécificités.

## **Section 2 : Spécificités de l'assurance maladie**

L'assurance étant caractérisée par l'inversion du cycle de production, c'est-à-dire que le prix de vente est connu avant celui de revient, ce qui est phénomène rare.

En plus de ce phénomène rare, l'assurance maladie se démarque de la plupart des autres assurances à plusieurs niveaux. Dans cette section, nous allons citer quelques spécificités de cette assurance qui sont :

### **✚ Le tiers payant**

C'est un organisme lié au malade, qui prend directement en charge les frais de traitement, en supprimant le flux financier entre le malade et le corps médical.

Ainsi, le tiers payant comme son nom l'indique, est un tiers au contrat, qui lie le patient au prestataire, il paie la facture en lieu et place du bénéficiaire de soins. Le système du tiers payant permet de réaliser l'objectif de réduction du phénomène du paiement direct visé par l'assurance maladie et a pour effet, de ne pas gêner le malade dans sa demande de soins médicaux

### **✚ Le ticket modérateur**

Il est défini comme étant la quote-part du coût de soins que l'assurance maladie laisse à la charge de l'assuré. C'est la franchise généralement imposée dans le but de

limiter le risque moral, fréquent en assurance maladie. L'assureur peut prévoir plutôt une franchise globale fixée par année.

### **Le délai de carence – délai d'attente**

Afin d'éviter la prise en charge des risques déjà réalisés, l'assureur prévoit généralement dans le contrat, un délai de carence ou d'attente. Ce délai court à partir de la prise d'effet du contrat et est généralement sélectif.

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

Par contre le délai de carence permet, après son expiration, la prise en charge des maladies constatées même pendant cette période. C'est la formule la plus utilisée. Mais dans tous les cas, la première constatation médicale doit être postérieure à la date de prise d'effet du contrat, sauf accord de l'assureur.

Il faut noter qu'il n'y a pas de délai de carence, ni délai d'attente dans les cas ci après:

- En cas d'accidents ;
- Dans les cas de renouvellement d'une police même en cas de changement d'assureur, car l'assuré les a déjà subis au titre de son ancien contrat ;
- Dans les contrats groupe maladie.

### **Quelques exemples de délais de carence**

- Environ 15 jours pour les maladies dont la période d'incubation est courte (exemple : rougeole, cholera...);
- 12 mois pour les maladies chroniques et les tumeurs ;
- 9 à 12 mois pour la maternité lorsqu'elle est assurée.

## L'anti-sélection

L'anti-sélection est le fait, pour une population ou un groupe donné, de ne proposer à l'adhésion du contrat que, des personnes dont la morbidité est élevée, ou qui doivent faire face à un traitement lourd.

L'assureur peut aussi occasionner ce phénomène, s'il n'appréhende pas bien le risque. Une prime élevée n'amènerait que ceux dont le risque maladie est élevé, les autres n'y trouvant aucun intérêt.

Néanmoins, des mesures bien qu'insuffisantes existent, pour tenter de mettre l'assureur à l'abri du risque réalisé ou certain. C'est le cas du bulletin d'adhésion que, les assurés remplissent et qui permet à l'assureur de bien apprécier les risques de son portefeuille.

Par contre, dans un groupe à adhésion obligatoire, l'assureur prend en charge toutes les personnes sans exception. L'importance du groupe entraîne une meilleure répartition statistique du risque. Mais, dans ce cas, l'adhésion de tous les membres du groupe est obligatoire.

## Contrat de complément (ou complémentaire)

En cas d'existence d'un régime de sécurité sociale, celui-ci ne prend pas toujours en charge la totalité des frais réels exposés par la maladie. Dans ce cas, il est possible de mettre sur pied un contrat complémentaire, qui couvrira la différence entre le régime général et le niveau réel des prestations que, l'assuré voudra atteindre. Il en serait de même pour un individu bénéficiant déjà d'un contrat d'assurance groupe, mais ne le couvrant pas à 100% ou limitant le bénéfice de ses prestations à un plafond déterminé par le contrat de base. Ne sera alors couvert par ce contrat complémentaire que, le ticket modérateur.

## La provision pour sinistres à payer

Les délais de remboursement dans cette branche sont courts et la cadence de règlement soutenue. La provision pour sinistres à payer (PSAP) en fin d'exercice n'est

donc pas élevée. Elle concerne les sinistres en cours, généralement ceux survenus au cours du dernier mois de l'exercice et les cas litigieux.

### ✚ Une assurance de gestion de prime : « contrat d'entretien »

L'assurance maladie se comporte, comme un contrat dont l'objet consiste pour l'assureur, à gérer la prime déposée par l'assuré, dans un compte séparé, dans le but de régler les factures des soins produits par les prestataires. Au cours d'une année d'assurance, la probabilité que chaque assuré tombe malade est quasi certaine, en plus les abus liés au risque maladie engendrent très souvent une inflation des dépenses. Les techniques de l'assurance et particulièrement la mutualisation sont battues en brèche et les petits sinistres sont multiples et réguliers. Cette caractéristique de l'assurance maladie, amène les assureurs à appliquer la clause d'ajustement par la formule des ratios S/P et la formule des comptes de résultat au renouvellement<sup>4</sup>. Si l'application d'une telle clause a le mérite de freiner la consommation des assurés, elle confère, cependant à l'assurance maladie, le caractère d'un simple contrat de gestion. Ce flou conceptuel de l'assurance maladie, profite à certains courtiers et autres sociétés de gestion qui pratiquent directement l'assurance maladie au détriment des compagnies d'assurances en prétextant une simple gestion de fonds.

### ✚ La réassurance

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

### ✚ La clause d'ajustement

Prévue dans certains contrats, la clause d'ajustement est un mécanisme qui permet de fixer à chaque renouvellement, la nouvelle prime en fonction du rapport S/P calculé à la fin de l'exercice. Cette clause a l'avantage de modérer la consommation de l'assuré. Elle est très peu appliquée par les assureurs pour des raisons commerciales.

<sup>4</sup> Ce compte fait apparaître au débit la consommation et au crédit la prime de l'assuré

**Tableau 1: Exemple de clause d'ajustement**

RAPPORT S/P	Pourcentage d'ajustement
0 à 30%	Remise de 15%
31 à 65%	Remise de 5%
66 à 75%	<b>Sans chargement</b>
76 à 90%	Majoration de 17,5%
91 à 110%	Majoration de 30%
111 à 119%	Majoration de 40%
A partir de 120	Majoration au cas par cas

Source : Contrat maladie groupe ANAC

### **Section 3 : L'intérêt de l'assurance maladie**

Il convient d'analyser cet intérêt, tant du côté de l'assureur (A) que de l'assuré (B).

#### **A. L'intérêt pour l'assureur**

L'assurance maladie constitue pour l'assureur un produit d'appel.

Celui-ci se définit comme, un produit qui attire la clientèle, en raison, le plus souvent de son bas prix, tels que les produits de grande consommation dans les grandes surfaces de vente, qui sont vendus pratiquement à perte, afin que le client assimile ces prix très bas, à ceux de l'ensemble du magasin. C'est le cas de l'assurance maladie, qui en dépit du fait qu'il ne permet pas à l'assureur de réaliser des produits financiers conséquents et qu'il est généralement en déficit, les assureurs en font un ticket d'entrée de l'assuré dans le portefeuille de la compagnie.

En effet, celui-ci sera enclin à confier ses affaires à la société ou à l'individu qui lui offre une bonne couverture. Les mauvais résultats enregistrés dans cette branche, seront alors compensés par les autres affaires apportées.

Dans beaucoup de compagnies d'assurances, l'acceptation d'un assuré en portefeuille maladie est subordonnée à la souscription d'autres risques appelés « **risques d'accompagnement** » selon une certaine proportion de la prime d'assurance maladie.

L'intérêt pour l'assureur de maintenir un tel produit en portefeuille est donc, d'attirer d'autres risques.

## **B. L'intérêt pour l'assuré**

L'assuré se sent en sécurité avec un contrat d'assurance maladie, car en cas de maladie, il sera pris en charge et il aura le choix parmi les structures hospitalières de qualité. Les prestations reçues ne sont limitées que par la nature de l'affection et par le plafonnement dans la police d'assurance.

Prenons l'exemple de deux personnes, Monsieur Sidibé et Traoré, ayant pratiquement les mêmes revenus. Supposons que, Monsieur Sidibé ait une assurance maladie pour lui et sa famille et que, Monsieur Traoré n'en ai pas. En cas de maladie dont les soins s'élèvent à 100 000 francs, l'assurance maladie de Monsieur Sidibé lui permettrait de ne rien payer (si la couverture est à 100%). Monsieur Traoré, qui n'a pas d'assurance maladie, va déboursier la totalité de la somme et cela aura des répercussions sur ses dépenses mensuelles. L'assurance maladie représente non seulement, une façon de gérer ses risques, mais bien plus encore, une sécurité pour celui qui en bénéficie.

Nous avons bien vu à travers cette section que l'assurance maladie est intéressante pour l'assuré et pour l'assureur. C'est pour cela, elle ne cesse d'évoluer d'année en année.

Le chapitre qui suit illustrera bien cette évolution au niveau de la zone CIMA, sur le marché malien et à la CNAR.

## CHAPITRE II: Part et évolution de la branche maladie

Dans ce chapitre, nous allons parler de l'évolution et de la part qu'occupe la branche maladie dans le chiffre d'affaires globale, tant au niveau de la zone CIMA qu'à celui du marché malien et enfin à la CNAR.

En fonction des données dont nous disposons, notre étude va porter sur les données des années 2016, 2017 et 2018.

### Section 1 : Dans la zone CIMA

Au niveau de l'espace CIMA, les assurances non vie se répartissent en neuf (9) principales branches : Accidents Corporels et Maladie, Automobile, Incendie et Autres Risques, Responsabilité civile générale, Transports aériens, Transports maritimes, Autres transports, Autres Risques Directs Dommages et les Acceptations. Ce qui fait que, dans notre analyse sur les chiffres de la maladie, les accidents corporels sont inclus.

Il s'agira ici, pour nous, d'évoquer l'importance et l'évolution de la branche maladie dans la zone CIMA. On va faire une illustration à partir du tableau qui suit :

**Tableau 2: Part et évolution de l'assurance maladie dans la zone CIMA**

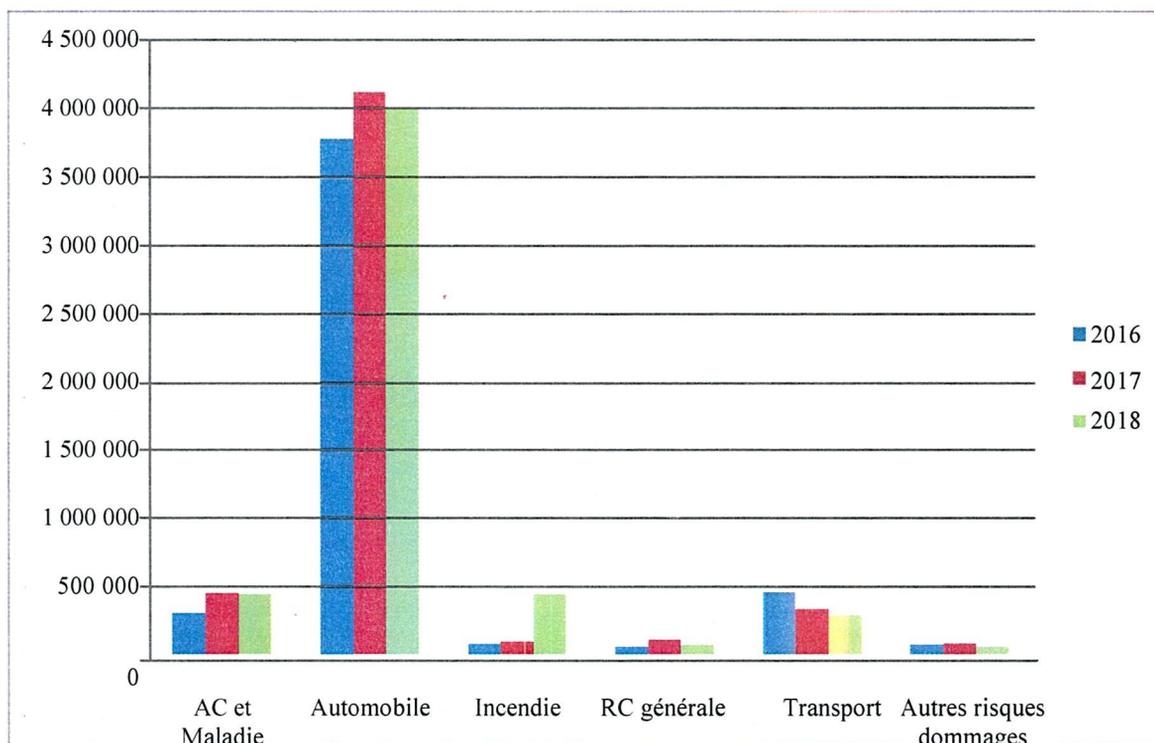
Année	2016	2017	2018
CA Maladie	180 388 000 000	198 768 000 000	213 449 000 000
CA Total	763 889 000 000	755 941 000 000	795 123 000 000
Part %	23,61%	26,29%	26,84%
Evolution		10,19%	7,39%

**Source** : réalisé par l'auteur à partir des données du rapport annuel 2018 de la CIMA

A la lecture de ce tableau, nous nous rendons compte que, l'assurance maladie occupe une part importante dans le chiffre d'affaires réalisé dans la zone CIMA entre 2016 et 2018. Elle a représenté respectivement 23,61% ; 26,29% et 26,84% de la part du marché entre cette période. La moyenne sur les trois années était de **25,58%** ( $(23,61+26,29+26,84)/3$ ).

De 2016 à 2018, son évolution n'est pas aussi négligeable. Elle a été de 10,19% entre 2016 et 2017 et on a assisté à une petite baisse de 2,8% (10,19 - 7,39) entre 2017 et 2018. L'évolution moyenne a été de 8,79% pour la période concernée. Dans ce contexte, si nous suivons cette évolution, ce qui va nous donner un chiffre d'affaires en maladie de 232.211.000.000 FCFA en 2020.

**Figure 1: Evolution du chiffre d'affaires en assurance non vie dans la zone CIMA**



**Source :** Rapport annuel 2018 - CIMA

Sur cette figure, nous voyons que, c'est la branche automobile qui est la branche dominante en termes de chiffre d'affaires dans la zone CIMA. Elle est suivie respectivement de la branche Accidents corporels et Maladie et de la branche Transport.

Ceci justifie davantage l'importance de cette assurance dans la zone CIMA.

## Section 2 : Sur le marché malien

A ce niveau, notre étude va porter sur les données du marché malien entre 2016 et 2018 pour apprécier la situation de la branche maladie.

**Tableau 3: Part et évolution de l'assurance maladie au Mali**

Années	2016	2017	2018
CA Santé	5 194 000 000	15 092 000 000	14 869 000 000
CA Total	32 325 000 000	36 401 000 000	37 414 000 000
Part %	16,07%	41,46%	39,74%
Evolution		190,57%	-1,48%

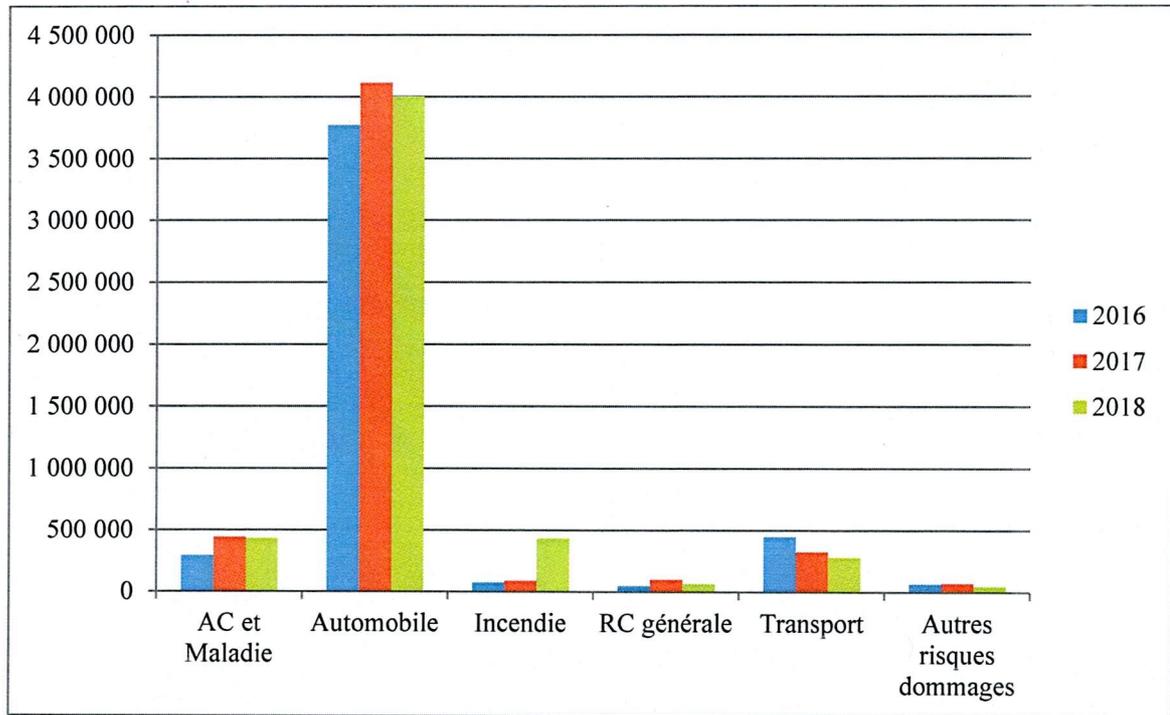
**Source :** réalisé par l'auteur à partir du rapport annuel 2018 de la DNA

Sur le marché malien, nous constatons que la part de l'assurance santé dans le portefeuille des compagnies d'assurances est de plus en plus importante. Elle n'était que de 16,07% du chiffre d'affaires en 2016, pour se retrouver à 41,46% en 2017 et à 39,74% en 2018. Cela s'explique par le fait que, l'assurance maladie est de plus en plus sollicitée par la population, car à travers l'instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) depuis 2009, la population est mieux informée sur l'assurance maladie. En plus, ceux qui bénéficient de l'AMO, viennent souscrire auprès des compagnies d'assurances une assurance complémentaire, qui permet de couvrir le ticket modérateur<sup>5</sup> de l'AMO

A cela, il faut ajouter aussi que, ceux qui sont exclus du système de l'AMO, peuvent venir souscrire directement auprès des compagnies, en fonction de leur besoin, et les assureurs mettent à leur disposition des produits d'assurance plus adaptés que celui de l'AMO.

L'évolution est aussi importante dans cette branche. Elle a atteint 190,57% entre 2016 et 2017. Bien vrai qu'elle a connu un net recul entre 2017 et 2018 (-1.48%), elle reste quand même importante car la moyenne sur les trois (3) années est de 94,55%

<sup>5</sup> Le ticket modérateur de l'AMO est de 25%

**Figure 2: Evolution du chiffre d'affaires par branche sur le marché malien**

**Source** : Rapport annuel 2018 – CIMA

Sur le marché malien, nous remarquons sur cette figure que, c'est la branche automobile qui domine, suivie de la branche Accidents Corporels et Maladie. Tout comme dans la zone CIMA, la maladie occupe la deuxième position aussi, sur le marché malien.

### Section 3 : A la CNAR

Dans cette section, nous nous intéresserons à la part et à l'évolution de l'assurance maladie au niveau de la CNAR.

**Tableau 4: Part et évolution de l'assurance maladie à la CNAR**

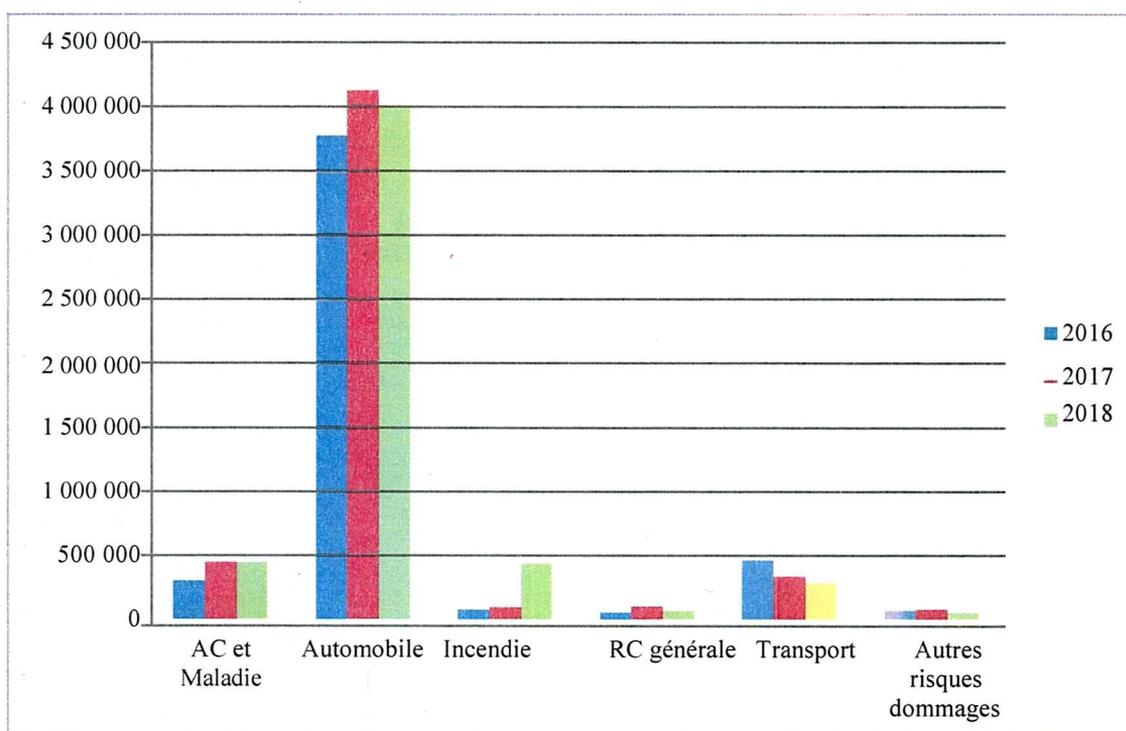
Années	2016	2017	2018
CA Santé	295 946 000	443 041 000	437 301 000
CA Total	4 722 596 000	5 143 546 000	5 284 886 000
Part %	6,27%	8,61%	8,27%
Evolution		49,70%	-1,30%

**Source** : réalisé par l'auteur à partir des données de l'annuaire de la FANAF

Au niveau de la CNAR, la part occupée par l'assurance maladie dans l'ensemble du portefeuille est moins importante. Elle est de moins de 10% entre 2016 et 2018. Mais, nous nous rendons compte en même temps que sa part a augmenté entre 2016 et 2017 en passant de 6,27% en 2016 à 8,61% en 2017.

L'évolution de cette branche est aussi intéressante car elle atteint 49,70% entre 2016 et 2017, même si entre 2017 et 2018, elle a été négative (-1.30%). La moyenne étant à ce niveau de 24,2%.

**Figure 3: Evolution du chiffre d'affaires par branche à la CNAR**



**Source :** Rapport d'activité de la CNAR

Si nous analysons bien cette figure, nous voyons que, la tendance se confirme que ça soit au niveau de la zone CIMA, que sur le marché malien, l'automobile est la branche dominante en termes de chiffre d'affaires. Elle est même plus significative à la CNAR car nous voyons nettement sur cette figure que, l'écart est colossal entre l'automobile et les autres branches. L'assurance maladie occupe une part honorable aussi, car elle vient juste après l'automobile même si le transport n'est pas loin d'elle.

Après avoir observé l'évolution et la part de la branche maladie, nous allons à présent évoquer le processus de gestion de cette branche.

## **CHAPITRE III : Processus de gestion de l'assurance maladie**

Sur le marché malien, les intermédiaires et plus précisément les courtiers apportent l'essentiel du chiffre d'affaires de la branche maladie. Ce qui fait que beaucoup de compagnies sur le marché malien n'ont pas de département maladie. Elles préfèrent laisser la gestion aux courtiers comme Gaspar, ASCOMA.

Cette délégation de gestion entraîne des frais pour l'assureur, car en plus de la commission d'apport (15% au Mali), elles devront verser aussi une commission de gestion qui tourne autour de 10%.

Au Mali, nous sommes aussi en présence d'une structure de gestion maladie « STANE MALI », une société ivoirienne, qui s'occupe de la gestion de l'assurance maladie de plusieurs compagnies et offre également son réseau de prestataires et d'expertises à certaines compagnies.

Mais au niveau de la CNAR, la gestion de l'assurance maladie n'est déléguée à aucun courtier, ni à aucune autre structure de gestion. Elle est faite à la CNAR, au niveau du département maladie, de la production jusqu'au règlement de sinistre.

Dans ce chapitre, nous allons décrire le processus de gestion au niveau de la production, au niveau du sinistre ainsi que l'étude de données relatives à la gestion.

### **Section 1 : Au niveau de la production**

La gestion de la production en assurance consiste principalement à assurer le suivi des contrats de la conception jusqu'au renouvellement de la police. Elle est très importante dans une compagnie et plus particulièrement en ce qui concerne le risque maladie.

Pour que nous puissions parler de la gestion de la production, il faut qu'il ait au préalable un contrat, c'est pour cette raison que nous évoquerons d'abord le contrat (A) avant d'aborder la description du processus de la production (B).

## **A. Le contrat d'assurance maladie**

Nous nous appesantirons sur son 'objet (1), sur les extensions de garantie (2) en passant par les exclusions (3) et enfin sur les différents types de police (4).

### **1) L'objet**

Le contrat d'assurance maladie a pour objet de garantir à l'assuré le remboursement et/ou la prise en charge d'une partie et/ou de la totalité des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, exposés à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité dans les formations sanitaires publiques et/ou privées agréées/conventionnées ou non.

Très généralement le contrat interviendra également s'il y'a lieu, en complément et/ou en différence des conditions et/ou de limites de garanties, de l'indemnisation de tout régime de base légal auquel l'assuré serait assujetti.

### **2) Quelques extensions de garantie**

**On a :**

#### **❖ Evacuation sanitaire**

La garantie ne joue que, si le niveau de qualification des formations médicales du lieu de résidence (permanente ou temporaire) du malade ne permet pas d'effectuer sur place un traitement approprié et efficace, compte tenu de la pathologie du patient. Il s'agit donc d'une évacuation médicalement imposée qui devrait être validée par le médecin conseil de l'assureur. La garantie couvre alors, les frais de transport du malade jusqu'au lieu des soins. L'évacuation sanitaire peut concerner le transfert du malade à l'intérieur d'un même pays ou d'un pays vers l'étranger.

#### **❖ Soins à l'étranger**

Étant donné que le champ de la garantie de base est limité au pays de souscription, il peut être utile pour l'assuré, d'avoir la latitude de pouvoir se faire soigner dans un pays

médicalement avancé. Il en va de même pour les personnes voyageant pour de longues périodes.

Mais, en règle générale, l'Assureur prend en charge les soins exposés à l'étranger en urgence au cours d'un bref séjour (n'excédant généralement pas un à trois mois).

#### ❖ Soins dentaires

Cette garantie prend en charge les soins dentaires en externe (anesthésie, extractions plombage, radios ...). Elle est généralement exclue de la police de base. Cette extension peut prévoir l'option du remboursement des frais de prothèse.

#### ❖ Optique médicale

L'Assureur distingue la monture (cadre) des verres qui corrigent réellement le mal. Le remboursement du cadre est très sévèrement plafonné, l'Assureur n'ayant pas à prendre en charge, un produit de luxe dans le décompte d'un remboursement maladie.

#### ❖ Rapatriement du corps

Cette garantie intervient en cas de décès du bénéficiaire, en dehors du pays de résidence suite à une évacuation sanitaire. L'assureur organise et prend en charge le transport du corps du lieu du décès au domicile habituel de l'assuré. Cette garantie peut comprendre tous les frais inhérents à une cérémonie d'inhumation : achat d'un cercueil, toilette mortuaire, transport du corps, etc. Sont généralement exclus tous les frais relatifs au cocktail de la cérémonie.

### 3) Les exclusions

Elles sont classiques ou spécifiques, légales ou conventionnelles. Elles sont sous tendues par le souci d'écartier les risques certains, tarés ou les malades grabataires de la couverture d'assurance afin de ne pas déséquilibrer le portefeuille ou de faire face à des sinistres trop lourds. Certaines exclusions sont rachetables moyennant surprime. Chaque compagnie dresse la liste des exclusions.

Par exemple, en matière de pharmacie, ne sont pas remboursés, les produits d'hygiène corporelle ou alimentaire, les eaux minérales, les produits diététiques, les produits de confiserie médicamenteuse, les vins et élixirs, les accessoires à usage médical (thermomètres, bouillottes...).

#### **4) Les différents types de contrat**

Chaque compagnie a sa propre appréciation par rapport aux différents types de contrat. Il y'a certaines compagnies qui commercialisent deux types de contrat : il s'agit des contrats individuels et groupes, c'est-à-dire qu'elles fixent un nombre d'assurés au minimum (par exemple 10), tant que ce nombre n'est pas atteint, le contrat est considéré comme un contrat individuel. Mais, une fois que ce nombre est atteint le contrat sera considéré comme un contrat groupe.

Au niveau de la CNAR, nous avons trois types de contrat

##### **a) La police individuelle**

Elle concerne une seule personne physique. Celui-ci doit répondre, sous réserve des sanctions prévues aux articles 18 (fausse déclaration intentionnelle – nullité du contrat) et 19 (fausse déclaration non intentionnelle – ajustement ou résiliation du contrat) du code CIMA, à un questionnaire médical qui permet à l'assureur d'apprécier son état de santé avant la souscription.

En cours de contrat, elle doit déclarer toutes les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver son état de santé, soit d'en créer du nouveau (article 12 alinéa 3 du code CIMA).

Si la modification du risque concerne l'état de santé de l'assuré, l'assureur n'a plus le droit de procéder ni à la résiliation, ni à l'application d'une surprime (article 15 du code CIMA).

Ce type de police est très peu distribué par les compagnies de la zone CIMA. Car, ce sont les personnes malades qui cherchent à le souscrire. Et même avec les personnes saines, la sinistralité est très enlevée.

### **b) La police maladie famille**

Ce type de contrat est destiné à la cellule familiale, qui comprend l'assuré, son conjoint et ses enfants. La famille peut être étendue aux parents et aux personnes vivant avec l'assuré ou qui sont sous sa responsabilité. Chaque adhérent, doit remplir un questionnaire médical qui est soumis à l'appréciation de l'assureur avant la souscription.

### **c) La police groupe**

C'est une police qui couvre un ensemble de personnes d'origines diverses, qui ont un lieu de même nature avec le souscripteur (contrat de mariage, membres d'une association, d'un syndicat.....). En principe, tous les membres devraient remplir le questionnaire médical. Mais, étant donné qu'il y'a obligation d'adhésion pour tous les membres du groupe pour faire face à l'anti-sélection et obligation pour l'assureur qui accepte de couvrir tout le monde, le bulletin d'adhésion est souvent négligé. C'est ce genre de contrat qui est très vendu dans les compagnies d'assurances de la zone CIMA. Il constitue l'essentiel du chiffre d'affaires en maladie.

## **B. Description du processus de la production**

Elle s'articule comme suit :

### **1) Demande de cotation**

Pour qu'on puisse produire un contrat d'assurance maladie, il faut qu'il y ait une demande, c'est-à-dire un besoin exprimé par le souscripteur. Tout part de cette demande au niveau de la production. L'émission des contrats maladie se fait selon un processus bien déterminé au niveau de la CNAR.

En effet, le souscripteur fait une demande de cotation au niveau du service production soit directement, soit par l'intermédiaire des agents généraux ou des courtiers.

Il doit communiquer tous les éléments jugés utiles pour les besoins de la tarification. Ce sont notamment l'âge de l'assuré, le nombre d'assurés et de bénéficiaires

s'il y'a lieu, l'option de remboursement, la territorialité, le plafond de garantie et le type de contrat (contrat individuel ou contrat groupe).

Au niveau de la CNAR, toutes les demandes de cotation sont traitées au niveau du département maladie qui est au sein d'un bureau direct.

## **2) Le renseignement du questionnaire par le prospect**

Pour permettre de faire une meilleure offre, dès qu'il y'a demande de cotation, le producteur au niveau de la CNAR fera remplir et signer par le souscripteur un questionnaire proposition devant servir de base à l'étude et à la tarification. Ce questionnaire doit comporter toutes les informations nécessaires et utiles à la bonne appréciation du risque. En plus de ce questionnaire, le souscripteur devra remplir aussi un questionnaire médical. Ce questionnaire doit comporter toutes les informations concernant l'état de santé de l'assuré.

Mais, si c'est un contrat groupe, le remplissage du questionnaire médical n'est plus nécessaire du fait que, l'adhésion est obligatoire pour tous les membres du groupe.

En outre, lorsque les mentions figurant sur le questionnaire médical laissent transparaître des antécédents médicaux ou un état antérieur aggravant le risque, le producteur par mesure de prudence se réfère au médecin conseil qui indiquera les conditions ou les réserves particulières de souscription (surprime et/ou exclusion des affections qui seraient en relation avec ledit état antérieur.

## **3) L'établissement du contrat**

Après ces formalités, le producteur aura 24 heures pour faire une proposition et la communiquer au souscripteur. Au niveau de la CNAR, la cotation n'est pas immédiate en maladie, car il n'y'a pas un tarif arrêté, c'est au cas par cas.

Après la communication de la prime au souscripteur, s'il donne son accord, le producteur procédera à l'établissement dudit contrat. Et il demandera à ce dernier d'apporter une photo pour l'impression de la carte maladie de chaque adhérent.

Au niveau de la CNAR, l'impression de la carte maladie étant confiée à un prestataire externe. Le producteur doit transmettre toutes les informations à ce dernier pour qu'il puisse procéder à l'impression de la carte. Le prestataire a 48 heures pour faire l'impression de la carte et la transmission aussi.

Si nous analysons bien au niveau de la CNAR, il y'a au minimum 48 heures entre la demande de cotation du souscripteur 'à l'impression de la carte santé. Cela peut constituer même un frein pour la commercialisation des contrats maladie. Car s'il y' a trop d'attentes, le souscripteur pourrait aller voir ailleurs.

## **Section 2 : Au niveau du sinistre**

Le sinistre est la réalisation du risque, susceptible de mettre en jeu la garantie de l'assureur. On parle de sinistre en assurance maladie, lorsque survient une maladie telle que définie par l'assureur.

Dans cette section, nous allons aborder les différents systèmes de gestion (A) avant d'attaquer le processus de règlement (B)

### **A. Les différents systèmes de gestion**

Nous avons deux systèmes de gestion, à savoir le remboursement direct et le tiers payant. Il y'a aussi beaucoup de compagnies qui fonctionnent seulement avec le tiers payant. Mais au niveau de la CNAR les deux systèmes fonctionnent.

#### **1) Le système de remboursement direct**

Dans ce système, appelé aussi système d'avance de frais, ou encore hors tiers payant, l'assuré se fait soigner, ou paie ses produits pharmaceutiques dans l'officine ou le centre de santé de son choix. Il paie la totalité des frais et s'adresse à son assureur, pour se faire rembourser selon le taux de remboursement prévu au contrat.

L'assureur n'impose, aucun réseau de soins à l'assuré. Toutefois, lors de la demande en réclamation adressée à l'assureur, il devra présenter les pièces justificatives

des frais engagés. Les remboursements des frais de soins est soumis au principe indemnitaire, conformément à l'**article 31 du code CIMA**, qui stipule que : « l'indemnité due par l'assureur, ne peut pas dépasser le montant du sinistre ».

Il n'est pas toujours évident pour les assurés, d'avoir les moyens financiers suffisants pour effectuer les dépenses et se faire rembourser par la suite. Comme solution à ce problème, il existe un autre système de gestion appelé le **TIERS PAYANT**.

## **2) Le système tiers payant**

Dans le but de mieux servir leurs clients et d'éviter un flux financier important entre le prestataire et ces derniers, les compagnies d'assurances agréent certains hôpitaux, cliniques et pharmacies où il est loisible au bénéficiaire du contrat de se présenter. Il reçoit les soins et se fait servir les médicaments en s'acquittant de la partie des frais laissés à sa charge, c'est-à-dire le ticket modérateur. La différence entre les dépenses effectuées et le ticket modérateur est remboursée au prestataire par le tiers payant. Les prestataires exigent souvent des patients, des bons de prise en charge délivrés par l'assureur pour certains soins, actes médicaux et examens particuliers non expressément exclus (hospitalisation de longue durée ou frais de lunetterie par exemple).

Dans la pratique très souvent, et plus particulièrement au niveau de la CNAR, c'est ce système de gestion qui est le plus utilisé, car il est plus économique pour l'assureur qui négocie avec les hôpitaux les tarifs préférentiels pour les différents actes.

## **B. Le processus pour le remboursement**

La procédure de remboursement s'effectue de la même façon quel que soit le système de gestion. Au niveau de la CNAR la procédure peut s'écrire comme suit.

### **1) Les démarches de l'assuré**

Sous le mode de remboursement direct, en cas de maladie, l'assuré, après s'être soigné, doit transmettre à la CNAR toutes les ordonnances, factures, et autres justificatifs des dépenses sans surcharges, ni rature.

Sous le mode de tiers payant, le patient assuré se présente dans une clinique ou dans un hôpital conventionné pour se faire consulter et ensuite se rend dans une pharmacie également conventionnée avec ses ordonnances pour s'approvisionner en médicaments. Les pharmacies et les cliniques conventionnées enverront ensuite les factures à la CNAR à la fin de chaque mois généralement.

## **2) Les pièces justificatives**

Les dossiers à transmettre doivent comporter les pièces qui suivent pour le besoin de paiement, que nous soyons en remboursement ou tiers payant.

Il s'agit des pièces suivantes :

- une fiche de déclaration maladie dûment remplie et signée en se conformant strictement aux prescriptions qui y sont mentionnées ;
- les reçus des frais de consultation, analyse, radiographie, optiques, soins dentaires, soins médicaux ;
- les prescriptions médicales relatives aux frais d'analyses, médicaments de pharmacies, radiographie, optiques et autres spécialités ;
- les tickets de caisse attestant du paiement des médicaments et les vignettes ;
- en cas d'accouchement une copie originale de l'extrait d'acte de naissance du nouveau-né ;
- les bons de prise en charge s'il y'a lieu

Dès réception, l'ensemble de ces documents est soumis à l'appréciation du médecin conseil de la CNAR. Etant donné qu'il n'est pas permanent, nous regroupons beaucoup de dossiers d'abord avant de faire appel à lui pour qu'il puisse venir traiter les dossiers.

## **3) Le rôle du médecin conseil**

Le travail du médecin conseil détaillé comme suit, consiste en la vérification des factures et ordonnances provenant des prestataires conventionnés ou non. Il vérifie :

- le bon remplissage de la fiche de déclaration du risque ;
- l'existence d'une ordonnance médicale et la qualification de l'agent traitant ;
- la concordance de la pathologie et des médicaments prescrits et indique ceux qui sont des simples médicaments ou vitamines ;

- que les médicaments achetés sont prescrits,
- la concordance de leur montant sur le ticket de caisse et la facture.

Suite à cette vérification, le médecin conseil indique les produits à exclure et ceux devant être remboursés. Après, il devra transmettre le dossier au responsable du département, qui ensuite le remettra entre les mains du régleur sinistre.

#### **4) L'activité du régleur sinistre**

Le rôle du régleur sinistre est de traiter les factures en application des conditions générales et particulières du contrat. Pour se faire il :

- vérifie si le contrat dont le numéro de police figure sur la fiche de déclaration existe et est en cours ;
- applique les garanties offertes, le délai de carence, les plafonds, les exclusions, le ticket modérateur et le taux de couverture ;
- vérifie la concordance du contenu, les montants, la nature des actes, médicaments, et soins entre les factures et le bon de prise en charge s'il a été délivré préalablement ;
- recherche dans la police, le numéro de matricule de la famille concernée et vérifie que le patient est membre de la famille et possède un numéro que l'on inscrira sur la facture ;
- vérifie les noms des assurés par confrontation aux noms figurant sur la liste générale et ceux des fiches de déclaration et ordonnances ;
- vérifie que le patient a reçu un bon de prise en charge en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures, de remboursement des frais optiques ou des soins de spécialités nécessitant la délivrance de ce bon ;
- de même en cas de remboursement des frais optiques, vérifie les plafonds des verres et monture ;
- établit les quittances.

Après tout cela, il devra remettre les quittances au comptable qui procédera à l'établissement des chèques à l'ordre des bénéficiaires. Ensuite, c'est du ressort du régleur sinistre d'appeler les différents bénéficiaires pour qu'ils puissent venir récupérer les chèques. Ensuite, il procédera au classement des dossiers.

### Section 3 : Etude des données relatives à la gestion de l'assurance maladie

Il s'agira à ce niveau de se faire une idée sur les résultats de l'assurance maladie au niveau de la CNAR. Nous allons nous référer au rapport (S/P) pour bien nous éclairer.

Par ailleurs, pour bien apprécier les résultats, nous avons jugé bon de les observer dans le temps, en prenant comme référence la période de 2014 à 2016.

**Tableau 5 : Les rapports Charge de sinistres/Primes acquises (S/P) de la branche maladie à la CNAR**

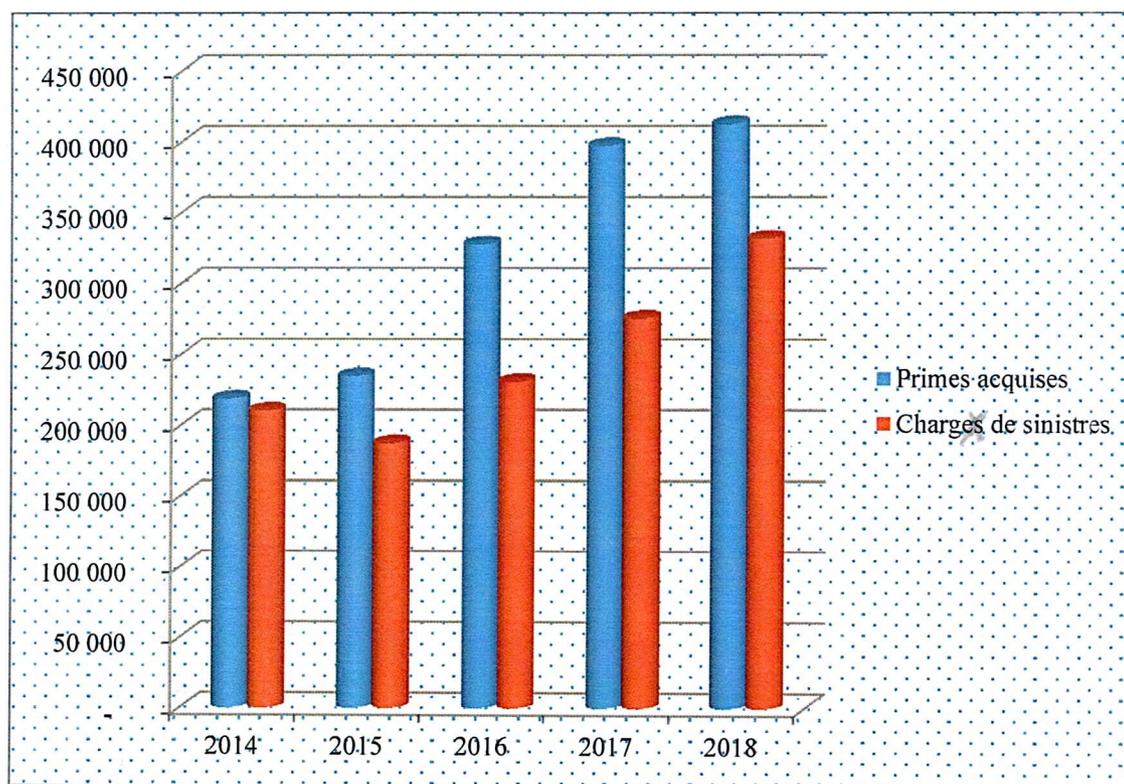
Exercices	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Primes acquises</b>	218 720	234 655	327 682	397 081	412 436
<b>Charge de sinistres</b>	210 180	187 333	230 718	275 243	331 733
<b>S/P en %</b>	96,10%	79,83%	70,40%	69,32%	80,40%

**Source** : rapport du service statistique de la CNAR

De l'étude de ce tableau, il ressort qu'entre 2014 et 2018, les sinistralités extrêmes enregistrées en maladie à la CNAR sont de 96,10% et 69,32%. La sinistralité moyenne est de 79,21%. Ce taux est au-delà de la norme qui est de 65%<sup>6</sup>. Si les frais généraux sont à 35%, on estime que la CNAR perd en moyenne 14,21% de son chiffre d'affaires moyenne annuel maladie.

Le graphique qui suit illustre la tendance de l'évolution des primes acquises et des charges de sinistres sur la période concernée.

<sup>6</sup> Décomposition théorique de la prime

**Figure 4: Evolution des Primes acquises et charges de sinistres (en million)**

**Source** : Annuaire FANAF 2020

A travers cette petite étude, nous nous sommes rendu compte que le résultat de la branche maladie est déficitaire. Ce constat peut s'expliquer en partie par sa gestion qui fait face à beaucoup de problèmes. Ces problèmes seront examinés dans la deuxième partie de ce travail

## **DEUXIEME PARTIE : APPRECIATION DE LA GESTION**

Dans cette partie, il sera question pour nous, d'évoquer les problèmes liés à la gestion de l'assurance (chapitre I), ensuite proposer des solutions(chapitre II) et faire des recommandations (chapitre III) en vue de l'amélioration de la gestion

# **CHAPITRE I : Les problèmes liés à la gestion de l'assurance maladie**

L'assurance maladie, dans sa gestion quotidienne comme toute autre branche, fait face à des problèmes qui, le plus souvent, handicapent sa rentabilité et son développement.

L'assurance maladie met en relation plusieurs acteurs, assureurs, assurés, intermédiaires, organismes de gestion, prestataires (cliniques, pharmacies, laboratoires...). Ce qui explique que les problèmes liés à sa gestion peuvent être, d'ordre interne (Section 1) ou externe (section 2).

## **Section 1 : Les problèmes internes**

Ce sont ceux qui trouvent leur origine à l'intérieur de l'entreprise. C'est à dire ceux liés à la souscription, la gestion et au règlement des sinistres en général et qui peuvent constituer un frein pour la bonne gestion de l'assurance maladie.

### **A. Au niveau des ressources humaines**

Les ressources matérielles et financières sont utiles pour la bonne gestion d'une activité. Cependant, il n'y a que le personnel pour donner de la valeur à ces ressources.

Au niveau des ressources humaines, nous avons décelé certains problèmes qui compliquent la gestion de l'assurance maladie comme :

#### **1) Le manque de formation du personnel**

La performance d'un employé est caractérisée par la maîtrise de son environnement de travail, une bonne exécution des tâches qui lui sont assignées dans les délais convenus, des compétences techniques nécessaires pour le travail, une formation requise.

L'assurance étant un secteur d'activité particulier, caractérisée par l'inversion du cycle de production. Donc, il faut des personnes bien formées pour exercer ce métier. Cela se justifie plus, pour la gestion de l'assurance maladie qui est un risque particulier à raison de son caractère social aussi.

Le manque de formation peut rendre difficile la gestion de l'assurance santé tant au niveau de la production que du sinistre.

An niveau de la production, les producteurs ne maîtrisant pas de bout en bout les règles de tarification spécifiques à chaque type de contrat (contrat groupe, contrat individuel).

Par exemple une personne qui est déjà couverte au titre d'une Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et qui vient souscrire une assurance complémentaire, ne devra pas payer la même prime que celle qui n'a pas une couverture AMO.

Au niveau du sinistre aussi, ce manque de formation peut conduire à la prise en charge des prestations non garanties, ce qui peut conduire à l'augmentation de la charge de sinistres. Cette augmentation va à son tour avoir une incidence sur le rapport S/P.

Au niveau de la CNAR, plus particulièrement au département maladie, à part le responsable du département, aucun autre employé n'a fait une formation dans le domaine des assurances, y compris les médecins conseils qui traitent les dossiers.

## **2) Le sous-effectif**

La plupart des compagnies d'assurances font face au problème de sous-effectif.

Celui-ci peut être à l'origine de la mauvaise gestion. Dans la branche maladie, dont la gestion est particulière, du fait qu'il y'a quasiment certitude dans la survenance du sinistre. Cette fréquence fait que le travail ne s'arrête jamais en maladie, car il faut de façon régulière procéder à la saisie des différentes factures pour rembourser les prestataires (tiers payant) ou les assurés (remboursement direct).

Ce problème de sous-effectif est à l'origine très souvent, du retard dans le règlement de prestataires (Pharmacies, cliniques...). Ce qui provoque souvent le mécontentement de ces derniers et les amène à suspendre temporairement la collaboration avec la compagnie.

Un autre constat est que, le personnel affecté à la gestion de l'assurance maladie est également chargé de la gestion d'autres risques. A titre d'illustration à la CNAR, ceux qui s'occupent de la gestion maladie sont les mêmes qui s'occupent de l'assurance automobile et assistance voyage.

Il faut noter, qu'au niveau du service maladie de la CNAR, il y'a seulement trois employés pour un chiffre d'affaires de **359.653.265 FCFA**<sup>7</sup> en 2019.

### **3) Absence de médecin conseil permanent**

Le fait que le médecin conseil ne soit pas permanent au sein de l'entreprise d'assurance, cela ralentit souvent la prise en charge des actes soumis à l'entente préalable de l'assureur. Car pour certains examens, l'assuré est obligé de passer au niveau de la compagnie pour des bons de prise en charge. Il peut y avoir des cas où, seul le médecin peut être en mesure de dire que, ça rentre dans le cadre des exclusions en fonction du renseignement clinique. Si le médecin conseil n'est pas permanent, ce sont des appels qui vont se multiplier pour essayer de le joindre. Chose qui n'est pas du tout facile souvent, car le médecin peut avoir d'autres engagements ailleurs (peut être fonctionnaire d'état, prestataires dans d'autres cliniques).

En plus, pour la souscription des contrats individuels, après avoir été rempli par l'assuré, le médecin conseil doit donner son avis par rapport au questionnaire médical. Donc, son absence peut ralentir aussi la production.

## **B. L'externalisation de la confection des cartes santé**

Dans certaines compagnies, comme à la CNAR, la confection des cartes d'assurés santé est confiée souvent à des prestataires externes.

---

<sup>7</sup> Rapport d'activité 2019

Du fait de cette externalisation, à la souscription d'un contrat maladie, l'assuré ne peut avoir sa carte maladie en sa possession le même jour.

La compagnie devrait transmettre les informations à l'imprimerie (prestataire externe) pour qu'elle puisse procéder à la confection de la carte. Le délai est de 48 heures pour l'édition de la carte au niveau de la CNAR.

A la livraison des cartes d'assurés par le prestataire, on procédera à une vérification des informations sur la carte avant sa transmission à l'assuré.

Ce décalage entre la souscription et l'impression de la carte maladie, fait que l'assuré est obligé pendant ce temps, d'aller se faire soigner par ses propres moyens en cas de maladie et envoie les pièces justificatives des dépenses à l'assureur ensuite, qui procédera à leur remboursement dans un délai de trois (5) jours. Ce système de remboursement direct n'arrange pas toujours l'assuré et même l'assureur.

Pour l'assuré, il se peut que ce dernier n'ait pas le moyen de préfinancer les soins, et même s'il a le moyen, peut être le délai de remboursement de l'assureur ne l'arrange pas.

Pour l'assureur, il peut se trouver dans la situation de payer des sommes plus importantes à l'assuré dans le cadre de remboursement direct. Or, si c'était dans le cadre du tiers payant, l'assureur à des tarifs négociés avec les cliniques et laboratoires. Ce qui allait permettre à l'assureur de dépenser moins.

### **C. Au niveau des tarifs maladie**

En assurance maladie, le tarif doit tenir compte des soins de santé dans le pays, du taux de couverture prévu au contrat, de l'âge de l'assuré et parfois du sexe. Les compagnies doivent avoir leurs statistiques et/ou se réfèrent aux statistiques du marché.

Mais dans la pratique, la prime est déterminée très souvent de façon forfaitaire en fonction de la concurrence. Ce qui provoque une inadéquation entre les primes payées et les garanties offertes. Les garanties sont plus étendues que les primes payées.

Cette sous tarification à une incidence sur la gestion de l'assurance maladie, car l'assureur n'aura plus besoin d'appliquer la clause d'ajustement au renouvellement par peur de perdre son assuré au profit d'un concurrent. Ce qui fait que, très généralement c'est sur la base d'un marchandage interminable entre assureurs et assurés que la prime se dégage.

#### **D. Les modifications de contrat de base**

Un phénomène qui est récurrent au niveau de l'assurance maladie, est la modification permanente de contrat de base à travers les avenants d'incorporation et de retrait. Or, on sait très souvent que, ce sont les contrats groupe qui font l'essentiel du chiffre d'affaires en maladie. Dans ce genre de contrat, les naissances, les recrutements donnent lieu à une modification de contrat de base à travers un avenant d'incorporation, car très souvent ce sont des contrats à adhésion obligatoire.

De même la démission, le licenciement, le décès, le départ à la retraite vont donner lieu à l'élaboration d'un avenant de retrait. Donc, il est indispensable que ces modifications puissent se faire à temps, pour permettre aux nouveaux venus d'être couverts rapidement, et empêcher ceux qui n'ont plus droit à la couverture d'en bénéficier

#### **E. Le problème de classement des dossiers**

Le classement de dossier peut être source de problème pour la bonne gestion de l'assurance maladie. Car, si les dossiers ne sont pas bien classés, ils seront difficiles à retrouver. Or, en assurance maladie, vue la fréquence des sinistres, les dossiers sont volumineux (factures des cliniques, laboratoires, pharmacies...). Il faut donc un bon classement pour pouvoir se retrouver, que ça soit pour le tiers payant que pour le remboursement direct.

La fréquence des réclamations est très élevée en assurance santé. Chaque fois, il y'a des contestations entre assureurs, assurés, prestataires par rapport aux différents règlements effectués à leur égard. IL faut que les dossiers soient rapidement retrouvables en cas de contestation.

## **F. Insuffisances du logiciel interne**

L'informatique occupe une place à part entière dans la gestion de l'assurance maladie. Car, c'est l'outil de travail indispensable tant au niveau de la production que du sinistre. Si la compagnie ne dispose pas d'un logiciel performant, la gestion de l'assurance deviendra compliquée, et surtout en assurance maladie. L'assureur maladie a besoin de connaître à tout moment l'évolution de la consommation de ses assurés, pour savoir lesquels ont atteint leurs plafonds. Il a besoin aussi de connaître leurs statistiques pour les besoins de la tarification.

Par exemple à la CNAR, nous avons constaté au niveau de leur logiciel ORASS, qu'il y a certains motifs de rejets qui ne sont pas paramétrés (une femme qui va faire un examen pour un problème de stérilité par exemple, par rapport au motif de rejet, au lieu de mettre comme motif stérilité, le logiciel mettra tout simplement exclusion contractuelle, ce qui n'est pas assez explicite et donnera lieu chaque fois à des appels de la part du bénéficiaire pour précision.

Nous avons aussi noté, qu'il y'a pas un système d'alerte pour signaler qu'un tel assuré a atteint son plafond. Ce qui peut conduire à la prise en charge des actes qui devraient être exclus pour plafond de garantie atteint.

## **G. Les règlements commerciaux récurrents**

La fréquence élevée des règlements commerciaux peut constituer un frein à la bonne gestion de l'assurance maladie. Car, si les assurés savent qu'ils peuvent bénéficier des règlements commerciaux, ils se rendront à l'hôpital pour se faire soigner et déboursent des frais pour des pathologies non garanties. Après, ils enverront la facture à l'assureur pour règlement en profitant de leur poids dans le chiffre d'affaires de la compagnie, pour mettre la pression à l'assureur qui cède souvent.

Mais, l'assureur peut décider souvent tout seul, de procéder à des règlements commerciaux pour faire plaisir à l'assuré, dans le but de le maintenir dans son portefeuille pour l'amener à souscrire d'autres risques qui viendront équilibrer le résultat déficitaire de la branche maladie. Ce genre de cas est très fréquent avec le remboursement direct, car ça devient une source de gain pour certains assurés.

Tout compte fait, cela complique la gestion pour le régleur sinistre, qui est obligé de revenir sur des factures déjà rejetées, en vue de procéder à leur régularisation pour des raisons commerciales.

## **SECTION 2 : Les problèmes d'ordre externe**

Ce sont des difficultés que l'on rencontre régulièrement et qui concernent les relations avec les partenaires, les assurés et l'environnement de l'entreprise en général dans la gestion du contrat maladie. Ils sont nombreux et variés. L'un des plus importants demeure la fraude à laquelle nous accorderons une attention particulière.

### **A. Le manque de communication entre assureurs du marché**

Entre assureurs il y'a un déficit de communication qui se pose. Par exemple, un assuré qui était auprès de la société X l'année précédente, pour échapper à l'application de la clause d'ajustement au renouvellement du contrat, préférera aller souscrire auprès de la société Y l'année suivante. Ce qui va déséquilibrer le portefeuille maladie de la société X.

Or, s'il y avait vraiment une véritable communication entre assureurs, les assurés n'allaient pas échapper à l'application de ladite clause qui est indispensable pour l'équilibre du portefeuille maladie.

Il peut y avoir manque de communication entre assureur, assurés, intermédiaires, ce qui aura aussi comme conséquence de ralentir, soit de freiner souvent la bonne gestion de l'assurance maladie.

Par exemple, si les intermédiaires ne communiquent pas à l'assureur tous les renseignements qu'ils savent sur un risque, l'assureur peut se retrouver entrain de couvrir un mauvais risque qui, peut-être a été refusé par les autres compagnies de la place.

### **B. La méconnaissance des clauses du contrat par les assurés**

Les clauses des contrats sont méconnues des assurés en ce qui concerne les contrats groupe puisque généralement c'est l'employeur qui les souscrit pour le compte de

son personnel sans pourtant leur expliquer leur fonctionnement. Certains bénéficiaires en réclamant un remboursement ou une prise en charge à 100% alors que leur contrat ne prévoit qu'une couverture à 80%.

On peut ajouter à cela, des assurés qui se rendent à l'hôpital pour leur bilan de santé, un dépistage sans savoir qu'il s'agit d'une exclusion. Si, c'est dans le cadre du remboursement direct, au moment du remboursement, l'assureur rejettera ce qui donnera lieu à beaucoup de contestations, car ils se disent qu'ils n'étaient pas informés. Par souci de conserver l'affaire dans son portefeuille, l'assureur se voit obliger de procéder à leur règlement.

### **C. La fraude**

La fraude à l'assurance est peut être née en même temps que l'assurance elle-même. Pour dire à quel point le phénomène n'est pas nouveau.

La fraude peut être définie comme étant l'utilisation illicite d'une police d'assurance dans l'intention d'obtenir indûment un avantage de l'assureur. Elle peut être soit du fait de l'assuré, soit des formations hospitalières et pharmacies qui exploitent le fait que leurs patients ont une couverture maladie, du gestionnaire maladie ou encore du médecin conseil.

Les causes de la fraude sont nombreuses :

- la faiblesse du revenu par habitant ;
- l'influence de la solidarité africaine ;
- la mauvaise foi des acteurs au contrat ;
- la limitation de la couverture médicale ;
- insuffisance d'un dispositif de contrôle.

Les fraudes sont possibles aussi bien lors de la conclusion du contrat que lors de son exécution. Aussi varient-elles selon le système de gestion.

## 1) La fraude lors de la souscription

Il s'agit de:

### a) Fausse déclaration du risque

Selon l'article 12 alinéa 2 du code des assurances des pays membres de la CIMA « l'assuré est obligé de déclarer exactement lors de la conclusion du contrat toutes les circonstances connues de lui, qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ».

Lorsque nous parlons de circonstances connues de lui, nous excluons expressément les circonstances qu'il ne pouvait raisonnablement connaître.

Quant aux circonstances de nature à peser sur l'appréciation du risque, ce sont d'une part, celles qui influent sur le taux de prime.

En assurance maladie, cela pourrait être l'âge, les antécédents médicaux de l'assuré, les maladies présentes ou passées d'une part et d'autre part, celles qui intéressent l'assureur parce qu'elles ont un rapport avec la diligence ou la moralité de l'assuré (renseignement sur le refus de la garantie par un autre assureur).

L'article 8 du même code, fait obligation à l'assureur d'indiquer clairement à l'assuré ses obligations, en ce qui concerne la déclaration du risque et la déclaration des autres assurances couvrant le même risque.

### b) La rétention de l'information par les intermédiaires

Les intermédiaires sont rémunérés sur la base des affaires qu'ils apportent à la compagnie. Le taux de commission peut être de 15 à 20%. Les intermédiaires perçoivent ces commissions sans prendre des risques contrairement à l'assureur. Et pour profiter de ces avantages, certains intermédiaires se sentent obligés de conserver certaines informations qui sont de nature à amener l'assureur à rejeter le risque.

## 2) La fraude lors de l'exécution

On aura :

### a) La fraude chez le bénéficiaire

La fraude chez les bénéficiaires est caractérisée par la substitution de personnes, les factures fictives et la modification de la nature de l'affection sur la fiche de soins.

✓ **La substitution de personnes** : C'est le fait pour l'assuré de faire profiter les garanties de la police à des personnes qui en n'ont pas en réalité droit, et cela dit-on par solidarité.

En effet, le bénéficiaire fait soigner sous le couvert de son nom, un parent, une connaissance.

✓ **Les factures de prestations fictives** : dans ce cas, il n'y a ni acte médical, ni frais pharmaceutiques réels exposés, mais l'assuré présente des factures apparemment émaillées d'irrégularités, et ce grâce à une complicité avec certains membres du corps médical.

✓ **Le changement de la nature de l'affection sur la fiche de soins** : c'est le cas où l'assuré étant conscient de ce que, le contrat présente des exclusions, soit en raison du délai de carence ou d'office, une affection précise, demande alors au médecin traitant de modifier la nature de la maladie traitée sur la fiche de soins.

### b) La fraude chez les prestataires

A ce niveau, notre analyse s'articulera autour de trois points : la surfacturation, la complicité supposée du corps médical et l'attitude des cliniques privées.

✓ **La surfacturation** : elle consiste en une surestimation par les cliniques privées, de fournitures de pharmacie usuelle et accessoires à usage médical ou « consommables » tels que les seringues, les aiguilles, les perfusions ou de leurs services.....

✓ **La complicité supposée du corps médical :** c'est le cas où une personne ne souffrant d'aucune affection chronique ou grave se fasse régulièrement rembourser des frais médicaux élevés avec des justificatifs signés du médecin.

✓ **L'attitude des cliniques privées :** la tendance chez les cliniques privées est d'allonger la durée des hospitalisations des assurés dès qu'elles réalisent qu'un patient est couvert par une police d'assurance maladie, elles n'hésitent pas à allonger la durée de l'hospitalisation.

### **c) La fraude chez les intermédiaires**

Dans l'optique de conserver sa clientèle afin de bénéficier de sa commission d'apport, certains courtiers font du règlement commercial une règle. Or le règlement commercial est exceptionnel, accordé à un grand client n'ayant pas enregistré un sinistre pendant plusieurs exercices ou ayant un bon résultat technique. A cela, il faut ajouter les justificatifs des paiements envoyés plusieurs mois après l'obtention de la provision.

Certains chèques n'ont aucun rapport avec le bordereau de paiement qui les accompagne (copie de cheque est justifiée de moitié ou bien, un bordereau de paiement envoyé sans une copie de chèque qui le justifie).

## **CHAPITRE II : Les solutions aux problèmes liés à la gestion**

Dans ce chapitre, nous allons aborder les solutions relatives aux problèmes liés à la gestion de l'assurance maladie.

Celles-ci se décomposent en deux : les solutions aux problèmes internes (section 1) et les solutions aux problèmes externes (section 2).

### **Section 1 : Les solutions aux problèmes internes**

On note notamment :

#### **A. Le recrutement**

En procédant à un recrutement de qualité, les compagnies d'assurances pourront ainsi faire face au problème de sous-effectif, résoudre l'absence de médecin conseil permanent, et en partie le problème du manque de formation.

Ce recrutement va permettre d'avoir un effectif suffisant pour faire face au volume du travail qui est très élevé en maladie.

Ainsi les prestataires (cliniques, pharmacies...) seront payés à temps, ce qui évitera la suspension (temporaire) des conventions de collaboration avec les prestataires.

L'absence de médecin conseil sera résolu aussi avec le recrutement. Ce qui va permettre d'accélérer au niveau de la compagnie, la prise en charge des actes soumis à l'entente préalable de l'assureur.

La permanence d'un médecin conseil, permet au régleur sinistre d'aller vite aussi, car les dossiers de remboursement doivent être visés par le médecin conseil avant de les saisir dans le logiciel. Même au niveau de la production, l'émission des contrats sera plus

rapide, car le médecin conseil donne son avis pour plus de précisions par rapport à certaines informations complémentaires données par l'assuré.

Le recrutement va résoudre en partie aussi, le problème de manque de formation, car si la compagnie recrute des personnes déjà bien formées, elle aura juste besoin de les accompagner (séminaire) dans le cadre de leur perfectionnement.

### **B. La reprise de la confection des cartes d'assurés maladie**

Cette reprise passe par l'achat d'une imprimante pour la confection des cartes.

Elle va avoir une incidence sur la gestion en termes de couts, car la compagnie va dépenser moins. Elle résoudra aussi le problème de décalage entre la souscription et l'impression de la carte, ce qui évitera à l'assuré de préfinancer ses soins en attendant sa carte.

### **C. Elaboration d'un tarif sur une base technique**

Les assureurs doivent revenir aux fondamentaux de leur métier. C'est-à-dire un retour à la technique et délaissier les aspects commerciaux.

Pour les besoins de la tarification, l'assureur devra procéder à une sélection plus rigoureuse en tenant compte de l'âge et des antécédents médicaux. De même, faire remplir automatiquement par l'assurable, le questionnaire médical et exiger certains examens médicaux moins couteux à la charge de l'assureur pour des clients importants.

### **D. Transmission à temps des dossiers**

Nous devons transmettre à temps les dossiers pour incorporation (acte de naissance, acte de mariage..) et pour retrait (acte de décès...), pour que le producteur puisse procéder à l'établissement des différents avenants. Cette transmission à temps permettra de prendre en charge rapidement les nouveaux bénéficiaires ou de retirer de la liste les adhérents en départ à la retraite ou ceux décédés.

### **E. Amélioration du classement des dossiers**

Pour faciliter l'accès rapide au dossier en cas de nécessité, il importe de les classer suivant un ordre donné (généralement par année et par numéro de police).

Pour mieux classer les dossiers maladie, il faut une séparation des dossiers « maladie groupe » de ceux de « maladie individuelle ». Le bon classement des dossiers n'est pas à négliger, car plus les dossiers sont bien classés, plus le travail est allégé et moins il y'a des problèmes à les retrouver rapidement.

### **F. Amélioration du logiciel interne**

Compte tenu de sa particularité, le risque maladie a besoin d'un logiciel performant pour sa bonne gestion. Ce logiciel doit pouvoir répondre à certaines exigences :

- permettre à l'assureur de disposer des statistiques dont il a besoin ;
- voir un système d'alerte pour attirer l'attention de l'assureur par rapport à la consommation abusive de certains assurés ;
- permettre l'adaptation de la saisie des dossiers sinistres maladie au besoin de la gestion ;
- il doit éviter que nous ayons des doublons après la saisie, ce qui est très fréquent.

### **G. Application stricte du contrat**

En cas de sinistre, l'assureur doit se référer aux conditions du contrat pour traiter les dossiers. Malgré, le caractère social et la pression des assurés, l'assureur doit toujours se référer au contrat qui est le document qui le lie aux assurés. L'assureur doit aussi bien expliquer aux assurés, que c'est dans leur intérêt que le règlement se fasse conformément au contrat, car si on est hors contrat, c'est de l'anarchie, personne ne s'y retrouve.

## **Section 2 : Solutions aux problèmes externes**

On dénombre :

## **A. La création d'une plate-forme informatisée d'échanges**

La mise en place de la part de l'assureur d'une plate-forme qui réunira tous les acteurs intervenants (assureurs, assurés, prestataires, intermédiaires). Cette plateforme doit pouvoir être accessible même à partir d'un téléphone mobile. Cela permettra aux assurés, prestataires, aux intermédiaires de garder le contact en permanence avec l'assureur. Elle sera un espace d'information aussi, à travers lequel, l'assureur pourra véhiculer certaines informations.

Par la mise en place de cette plate-forme, l'assureur pourra expliquer aux adhérents (contrat groupe) le fonctionnement des contrats, car leur employeur (souscripteur) ne le font pas souvent, dans le souci d'éviter des différends quant à leur mise en œuvre (fonctionnement).

## **B. La lutte contre la fraude**

Les mesures seront axées sur les points ci-dessous :

### **1) La répression de la fraude**

La fraude à l'assurance n'est pas particulièrement définie par le code pénal malien. C'est une infraction qui tombe généralement sous le coup d'infractions pénales telles que l'escroquerie, faux en écriture....

En ce qui concerne le code CIMA, ses dispositions en matière de répression de la fraude concernent essentiellement la fausse déclaration du risque.

Selon l'article 18 du code CIMA, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Concernant le sort des primes payées, elles restent acquises à l'assureur sans préjudice d'éventuels dommages et intérêts.

Pénalement sanctionnée, la fraude à l'assurance aboutie rarement sur une décision de justice. Pour rester en bon termes avec leurs assurés et préserver leur image de marque, les assureurs préfèrent signaler les cas de fraude personnellement à l'assuré contre un engagement de ces derniers de ne plus recommencer.

## **2) La limitation des exclusions**

Le souci premier de l'assureur, est d'offrir à ses assurés, la meilleure couverture. Possible.

Ainsi, les exclusions doivent être au maximum limitées pour ne pas que les assurés aient l'impression qu'ils paient inutilement des primes. S'il y'a trop d'exclusions dans un contrat d'assurance maladie, cela peut conduire l'assuré à frauder en complicité avec le corps le corps médical pour changer la nature de certains actes.

## **3) Révision de la convention de prestations avec les formations hospitalières**

Réviser les conventions de partenariat avec les prestataires en insérant quelques mesures de protection telles que :

- le prestataire s'engage à identifier formellement le malade et sa prescription et à assumer par voie de conséquence l'entière responsabilité découlant d'éventuels cas de négligences, fraude ou complicité de fraude dont lui et/ou toute personne dont il doit répondre dans l'exercice de ses activités professionnelles se seraient rendus coupables ;
- la délivrance obligatoire d'un certificat d'hospitalisation à l'intention de la compagnie en cas d'hospitalisation ;
- le remplissage obligatoire des informations contenues dans la fiche de déclaration maladie par le médecin.

## **CHAPITRE III : Recommandations pour une meilleure gestion de l'assurance maladie**

Pour une meilleure gestion de l'assurance maladie, nous formulons les recommandations suivantes :

### **❖ Rédaction actualisée des Conditions Générales**



Au niveau des compagnies d'assurances, on a des Conditions Générales applicables aux contrats de santé qui n'ont pas été revisités depuis des années et qui ne sont plus adaptées à l'évolution de la médecine. Des actes qui sont devenus courants et nécessaires à un suivi efficace de l'assuré, sont toujours considérés comme des exclusions contractuelles. Une relecture des Conditions Générales avec une approche plus moderne et transparente pour une meilleure lisibilité et gestion des contrats s'impose.

Le cas de la Covid-19 témoigne de cette nécessité. Car, dans les Conditions Générales de la police maladie, la pandémie ne figure pas parmi les exclusions, ce manque de précision a été source de beaucoup d'incompréhensions entre assureurs et assurés.

### **❖ La création des centres de santé pluridisciplinaires**



Les assureurs pourront se mettre ensemble, pour créer des centres de santé sophistiqués pouvant accueillir leurs différents assurés pour tous les soins. Tous les assurés, devront nécessairement se rendre dans ces centres pour être couverts. En cas d'urgence, s'ils sont conduits ailleurs, ils doivent prévenir dans les plus brefs délais l'assureur afin que, ce dernier organise leur évacuation vers le centre le plus proche.

La création de ces centres, permettrait aux assureurs de lutter efficacement contre la fraude, mais aussi d'améliorer la gestion de l'assurance maladie, car même pour la cotation des contrats individuels, l'assureur pourra envoyer les assurés pour des analyses plus poussées avant la souscription.

Il faut préciser que pour la création de ces centres, il faut obligatoirement associer des médecins, soit avoir une dérogation de l'Etat. Car, l'ouverture des centres de santé est très encadrée généralement, et est réservée aux médecins.

### ❖ Restreindre le réseau des prestataires

Les assureurs doivent restreindre leur réseau de prestataires. Car plus les prestataires (pharmacies, laboratoires, cliniques...) sont nombreux, plus il est difficile de les gérer efficacement.

Ainsi, les assureurs pourront aussi choisir par exemple trois (3) cliniques et pharmacies de la place et les doter d'un outil informatique, pouvant leur permettre de travailler en réseau non seulement avec l'assureur mais entre elles.

Pour chaque acte, il sera possible de vérifier la date des derniers soins reçus par l'assuré. Il en sera de même avec les pharmacies. Grâce à cet outil informatique, les prestataires pourront saisir directement à leur niveau les factures, ce qui permettra au régleur sinistre d'aller vite dans le traitement des dossiers, car il n'aura plus besoin de saisir, mais juste faire la vérification.

### ❖ Mise en place d'outils actuariels

La tarification en assurance maladie, est commerciale en général au lieu d'être actuarielle, car c'est en fonction de la concurrence que la prime est déterminée. Il faut donc, que les assureurs mettent en place des outils actuariels pour l'évaluation des cotisations sur des bases saines, c'est-à-dire, des données fiables et suffisantes extraites du système d'information de l'assureur.

Il faudrait aussi la certification du tarif et la surveillance de l'application des tarifs par un actuaire qualifié désigné par la compagnie.

## ❖ La création des cartes de santé biométriques

Pour améliorer la gestion de l'assurance maladie, les compagnies devront mettre sur place la carte de santé biométrique. Cette carte permettra de faciliter la prise en charge des assurés, qui sont tout le temps obligés malgré leur état de santé parfois précaire, de faire des navettes entre les centres de soin et la compagnie, pour obtenir un bon de prise en charge.

Ainsi, pour le fonctionnement, l'assuré se fait directement consulter dans un hôpital appartenant au réseau biométrique. A la suite de son identification par empreinte digitale, un reçu portant un numéro de transaction lui est délivré. Ce reçu l'accompagnera tout au long de ses transactions (pharmacie, laboratoire, clinique...) et limitera ainsi les cas de fraude, car une personne autre que, l'assuré identifié au moment de la délivrance du reçu ne pourra bénéficier de soins à sa place. Elle va permettre aussi de dématérialiser la prise en charge médicale des assurés.

## CONCLUSION

Il ressort de notre étude que l'assurance maladie est avant tout un risque particulier pour plusieurs raisons. Cette particularité fait que sa gestion exige beaucoup d'attentions de la part de l'assureur. Nous avons pu constater à travers ce mémoire que cette assurance ne cesse de prendre de l'ampleur d'année en année dans le chiffre d'affaires des compagnies. Cette évolution du chiffre d'affaires tire malheureusement avec elle les sinistres. Ce qui peut entraîner un déficit chronique au niveau de l'assurance santé. Il est donc important, d'avoir une maîtrise au niveau de la gestion de cette assurance pour espérer limiter la perte.

Nous avons aussi constaté, au cours de cette étude que la gestion de cette branche fait face à d'énormes problèmes qui peuvent être d'ordre interne ou externe. Pour les résoudre nous avons eu à proposer des solutions que nous espérons appropriées. En plus de cela, nous avons formulé plusieurs recommandations en vue d'améliorer davantage la gestion de cette branche.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **I. COURS**

NDOBO BASILE : Cours risques divers 23<sup>e</sup> promotion

Madame WOUATSA : Cours d'assurance maladie

Robert MABONA : Cours d'assurance maladie

## **II. LEGISLATION**

Code CIMA

## **III. MEMOIRES ET RAPPORTS**

KENE Koromo : Les Compagnies d'assurances peuvent-elles développer la branche santé en dépit de l'assurance maladie obligatoire en zone CIMA : Cas de L'Allianz Mali

PAULIN CHABI DOSSOUMOU : L'assurance maladie universelle face à la problématique de la gestion du risque maladie en zone CIMA : cas du Benin

## **RAPPORT D'ACTIVITES ET DOCUMENTS PROFESSIONNELS**

Annuaire FANAF 2020

Contrats d'assurance maladie

Conventions de partenariat avec les prestataires

Rapports d'activités de la CNAR

Rapport annuel CIMA 2018

## **IV. SITE WEEB**

[www.argusdelassurance.com](http://www.argusdelassurance.com)

[www.atlas-mag.net](http://www.atlas-mag.net)

[www.fanaf.org](http://www.fanaf.org)

[www.google.fr](http://www.google.fr)

# ANNEXE : QUESTIONNAIRE MEDICAL

## QUESTIONNAIRE POUR ASSURANCE MALADIE

### SITUATION DE L'ETAT DE SANTE DE LA FAMILLE

#### ASSURE PRINCIPAL

1 Nom et Prénom :  
 Profession :  
 Date de naissance:  
 Adresse:

#### CARACTERISTIQUES

Taux de couverture :  
 Territorialité:

#### BENEFICIAIRE

2 Conjoint :

3 Enfant :

4 Enfant :

5 Enfant :

6 Enfant :

#### Questions relatives aux Assurés

	Assuré P	Conjoint	Enfant	Enfant	Enfant
Avez-vous déjà pris une assurance maladie?	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Si oui, ce contrat a-t-il été résilié pour sinistre?	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Avez-vous souffert d'une maladie chronique?	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Diabète	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Hypertension	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Hypotension	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Gastrite	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Maladie mentale	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Epilepsie	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Cécité	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Surdité	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Paludisme	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				
Hépatite	<input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n				

Les questions ne sont pas limitatives

Souffrez-vous d'autres maladies?

Nota

Avez-vous consulté votre médecin au cours des dernières 24 heures?

Souffrez-vous d'une autre infirmité ou maladie chronique ayant donné lieu à un traitement

Médical ou une hospitalisation ?

o  n

Précisez

**Je déclare sincère mes réponses en foi de quoi je m'engage sur l'honneur**

Date: / /20



Signature

## TABLE DES MATIERES

DEDICACES .....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	iv
LISTE DES FIGURES .....	v
RESUME .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SOMMAIRE.....	viii
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DE LA BRANCHE MALADIE ET PROCESSUS DE GESTION.....	3
Chapitre I : Généralités sur l'assurance maladie .....	4
Section 1 : Définitions.....	4
A. Définition de la maladie .....	4
B. Du pont de vue de l'assureur.....	5
C. Définition de l'assurance maladie .....	5
Section 2 : Spécificités de l'assurance maladie.....	6
Section 3 : L'intérêt de l'assurance maladie .....	10
A. L'intérêt pour l'assureur.....	10
B. L'intérêt pour l'assuré .....	11
CHAPITRE II: Part et évolution de la branche maladie.....	12
Section 1 : Dans la zone CIMA.....	12
Section 2 : Sur le marché malien.....	13
Section 3 : A la CNAR.....	15
CHAPITRE III : Processus de gestion de l'assurance maladie .....	17
Section 1 : Au niveau de la production .....	17
A. Le contrat d'assurance maladie .....	18
4) Les différents types de contrat .....	20
B. Description du processus de la production.....	21
A. Les différents systèmes de gestion.....	23
B. Le processus pour le remboursement.....	24
Section 3 : Etude de données relatives à la gestion de l'assurance maladie .....	27
DEUXIEME PARTIE : APPRECIATION DE LA GESTION.....	29

CHAPITRE I : Les problèmes liés à la gestion de l'assurance maladie.....	30
Section 1 : Les problèmes internes.....	30
A. Au niveau des ressources humaines.....	30
B. L'externalisation de la confection des cartes santé.....	32
C. Au niveau des tarifs maladie.....	33
D. Les modifications de contrat de base.....	34
E. Le problème de classement des dossiers.....	34
F. Insuffisances du logiciel interne.....	35
G. Les règlements commerciaux récurrents.....	35
SECTION 2 : Les problèmes d'ordre externe.....	36
A. Le manque de communication entre assureurs du marché.....	36
B. La méconnaissance des clauses du contrat par les assurés.....	36
C. La fraude.....	37
CHAPITRE II : Les solutions aux problèmes liés à la gestion.....	41
Section 1 : Les solutions aux problèmes internes.....	41
A. Le recrutement.....	41
B. La reprise de la confection des cartes d'assurés maladie.....	42
C. Elaboration d'un tarif sur une base technique.....	42
D. Transmission à temps des dossiers.....	42
E. Amélioration du classement des dossiers.....	43
F. Amélioration du logiciel interne.....	43
G. Application stricte du contrat.....	43
Section 2 : Solutions aux problèmes externes.....	43
A. La création d'une plate-forme informatisée d'échanges.....	44
B. La lutte contre la fraude.....	44
CHAPITRE III : Recommandations pour une meilleure gestion de l'assurance maladie...	46
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXE : QUESTIONNAIRE MEDICAL.....	51

