



**CONFERENCE INTERAFRICAIN
DES MARCHES D'ASSURANCES**
BP : 2750 – Tél : +241 44 37 79 – Fax : +241 73 42 88
E-mail : cima@cima-afrique.org – www.cima-afrique.org
Libreville / République du Gabon



INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES
Institution spécialisée autonome de la CIMA
BP : 1575 – Tél : +237 22 20 71 52 – Fax : +237 22 71 51
E-mail : iiia@iiacameroun.com – www.iiacameroun.com
Yaoundé / République du Cameroun

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ASSURANCES (DESS-A)**

THEME :

**LA GESTION DE LA BRANCHE MALADIE
AU SEIN DE SAAR SENEGAL :
ETAT DES LIEUX ET
PERSPECTIVES**

PRESENTE ET SOUTENU PAR :
M. Youssoupha LEYE
XXIV^e PROMOTION / 2018-2020

SOUS LA DIRECTION DE :
M. Mohamadou SY
Chef Département Exploitation

Novembre 2020

DEDICACES

- A mon père Abdoulaye SY, qui m'a éduqué et soutenu de façon constante et à qui je dois tout ;
- A ma mère, Boly KEITA, pour son amour et sa tendresse ;
- A mon épouse, Salamata HANNE, pour son soutien et sa patience ;
- A mon fils, Abdoulaye, qu'Allah le bénisse ;
- A mon grand frère, Mamadou, pour m'avoir transmis le culte du travail, de la rigueur et du sérieux, tout en étant une référence sur le plan humain et professionnel ;
- A mon meilleur ami et grand frère, Diamane DIOME, pour sa participation active à mon éducation et pour son soutien dans tous les moments ;
- A mes frères et sœurs, à ma famille et à mes amis ;
- A la grande famille de l'assurance du Sénégal, de la zone CIMA, du continent africain et du monde entier.

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à rendre grâce à notre seigneur ALLAH, que sa grandeur soit magnifiée, et à LUI témoigner toute notre gratitude et toute notre reconnaissance pour avoir fait descendre sur notre modeste personne tous ses bienfaits dont nous profitons depuis qu'il nous a prêté la vie.

Au terme de cette formation, nous tenons à remercier vivement :

- ✍ **L'Etat du Sénégal** à travers la Direction Nationale des Assurances qui a fourni tous les efforts nécessaires pour que nous puissions suivre notre formation dans des conditions optimales ;
- ✍ **M. ADJANON Philippe Urbain**, le Directeur Général de l'I.I.A ainsi que tout le corps administratif et enseignant ;
- ✍ **M. DANFAKHA Dembo**, Le Directeur des Etudes de l'I.I.A pour son hospitalité et ses conseils ;
- ✍ **M. SOBGUI Michel**, Directeur Général de SAAR SENEGAL ;
- ✍ **M. DJEUFFO Séraphin**, Directeur des Ressources de SAAR SENEGAL ;
- ✍ **M. BITEYE Sira**, Directrice Commercial et Marketing de SAAR SENEGAL
- ✍ **M. SY Mohamadou**, Chef du Département Exploitation SAAR SENEGAL ;
- ✍ **Tous les collaborateurs de SAAR SENEGAL**, pour leur soutien et les moments d'échange fructueux ;
- ✍ **Tous mes camarades de promotion**, pour les moments de fraternité et de partage de connaissances vécus ensemble pendant notre formation théorique ;

Nous tenons aussi à remercier ceux et celles qui, de près ou de loin, ont contribué un tant soit peu à l'élaboration de ce document.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CIMA	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
CRCA	Commission Régionale de Contrôle des Assurances
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
DESS-A	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances
DNA	Direction Nationale des Assurances
DNS	Dépense Nationale de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FGA	Fonds de Garantie Automobile
FNR	Fonds National de Retraite
IARD	Incendie, Accidents et Risques Divers
IIA	Institut International des Assurances de Yaoundé
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
PREC	Provision pour Risques En Cours
PSAP	Provision pour Sinistres à Payer
SAAR	Société Africaine d'Assurance et de Réassurance
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Management des structures de santé au Sénégal.....	6
Tableau 2: Répartition des Dépenses Nationales de Santé en 2019.....	13
Tableau 3: Production par branche de 2015 à 2019 de SAAR SENEGAL.....	26
Tableau 4: Production en maladie des agences dans la période 2015 à 2019.....	27
Tableau 5: Production en maladie des intermédiaires dans la période 2015 à 2019.....	28
Tableau 6: Sinistralité de la branche maladie de 2015 à 2019.....	29
Tableau 7: Ratio combiné SAAR SENEGAL de 2015 à 2019.....	31
Tableau 8: Les frais de gestion versés aux courtiers gestionnaires.....	36
Tableau 9: Analyse SWOT d'un service d'assurance maladie au de SAAR SENEGAL...	38
Tableau 10: Les charges annuelles estimatives d'un service maladie au sein de SAAR SENEGAL.....	39

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

ASSURE : Toute personne physique désignée aux Conditions Particulières et bénéficiaire des prestations du contrat et/ou souscriptrice du contrat, âgée d'au plus 65 ans.

ASSUREUR : Raison sociale de l'assureur

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et constatée par un médecin diplômé.

AGE DE L'ASSURE : C'est la différence entre le millésime de l'année d'assurance et celui de naissance.

BULLETIN D'ADHESION : Document fourni par l'Assureur comprenant un questionnaire médical à renseigner, à signer par l'Assuré et faisant partie du contrat.

DELAI D'ATTENTE OU DE CARENCE : Période suivant immédiatement la date d'effet du contrat et au cours de laquelle les frais qui pourraient être engagés pour cause de maladies, accidents ou maternité sont exclus de la garantie.

ENFANT : Tout descendant direct de moins de 21 ans fiscalement à la charge de l'Assuré.

ENTREPRISE : Toute personne morale ou groupe souscripteur du contrat pour le compte de ses salariés ou de ses membres.

FAMILLE : Groupe formé par des personnes ayant un lien de parenté.

HOSPITALISATION : Tout séjour d'au moins 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement.

MALADIE : Altération de la santé constatée par un médecin titulaire d'un diplôme reconnu par la législation en vigueur.

MALADIES INFECTIEUSES : Pourra être retenue comme étant une maladie infectieuse, toute affection qualifiée comme telle par un médecin diplômé : varicelle, variole, choléra, rougeole, rubéole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, érysipèle, tétanos, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie amibienne ou bacillaire, fièvre de malte, peste, typhus exanthématique, zona, septicémie, maladie de bouillaud de primo-invasion, hépatite virale, gastro-entérite.

Cette liste n'est pas exhaustive.

MEDECIN : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine reconnu par la législation en vigueur

PARTICULIER : Tout assuré non intégré à une assurance de groupe ou d'entreprise.

PERIODE D'ASSURANCE : Période s'écoulant sans interruption entre la date d'effet du contrat et sa date d'échéance.

PRIME : Somme que doit payer le souscripteur, en contrepartie de la garantie de l'assureur.

SOUSCRIPTEUR : La personne physique ou morale signataire de la police agissant tant pour elle-même que pour le compte des assurés et qui s'engage au paiement de la prime.

TICKET MODERATEUR : Part financière qui reste à la charge de l'assuré.

RESUME

La présente étude s'intitule « La gestion de la branche maladie au sein de SAAR SENEGAL : état des lieux et perspectives ». Elle est divisée en deux parties. La première traite de l'étude générale de la couverture maladie au Sénégal aussi bien au niveau des différentes formes de sa prise en charge qu'au niveau de l'assurance maladie en tant que telle. La deuxième met l'accent sur la gestion de l'assurance maladie au sein de SAAR SENEGAL en faisant d'abord l'état des lieux pour ensuite aborder les perspectives. Le choix de ce thème fait suite aux orientations de la direction générale dont l'une des priorités est de mettre en place un service dédié à l'assurance maladie au sein de la compagnie car depuis le début de ses activités au Sénégal, en 2015, elle n'en a pas. En effet, une des particularités de l'assurance maladie au Sénégal est que sa gestion est souvent confiée à des courtiers, appelé « courtiers gestionnaires », moyennant le versement d'une commission de gestion. De ce fait dans certaines situations le courtier se retrouve avec, sur une même police, une commission d'apport pour son intermédiation et une commission de gestion pour la mise à disposition de son plateau technique aux assureurs délégateurs. Ainsi, à force de confier la gestion du risque maladie, il a été constaté, chez certaines compagnies d'assurance, une perte ou un manque d'expertise dans la gestion de celui-ci, une absence de proactivité sur les sujets d'actualité comme la microassurance santé et l'assurance maladie universelle, un impact immédiat sur les fonds propres en cas d'erreurs de tarification ou de manque de rigueur dans la gestion des sinistres. Ainsi cette étude devrait permettre de savoir si l'intervention de l'assureur dans la gestion du risque maladie dont la matérialisation sera une gestion en interne, partielle ou totale, de son portefeuille maladie, est un gage d'efficacité, de maîtrise des coûts, de rentabilité et de satisfaction des assurés et bénéficiaires de contrats d'assurance santé. C'est connu de tous les assureurs que la maladie est une branche chroniquement déficitaire. De ce fait dans la recherche de rentabilité et d'assainissement de son portefeuille et pour maintenir l'équilibre de la mutualité dont il est responsable, la gestion interne de cette assurance semble être une bonne piste. Cependant bien qu'elle puisse être un bon moyen pour réduire les coûts des prestations et les risques de fraude, en somme maîtriser les contours de la branche maladie, la gestion interne seule ne pourrait venir à bout des problèmes qui sont liés à la gestion de cette branche. Ainsi, pour surmonter les difficultés liées à la gestion de l'assurance maladie, il faudra user de stratégies, et non d'artifices, des plus innovantes pour concilier la fonction de protection sociale de l'assureur, l'équilibre du portefeuille et ses impératifs de rentabilité.

ABSTRACT

The present study is entitled "Management of the sickness branch within SAAR SENEGAL: state of play and prospects". It is divided into two parts. The first deals with the general study of health insurance in Senegal both at the level of the different forms of its coverage and at the level of health insurance as such. The second focuses on the management of health insurance within SAAR SENEGAL by first taking stock of the situation and then discussing the prospects.

The choice of this theme follows the orientations of the general management, one of whose priorities is to set up a department dedicated to health insurance within the company because since the start of its activities in Senegal in 2015, it does not have. Indeed, one of the peculiarities of health insurance in Senegal is that its management is often entrusted to brokers, called "broker managers", in return for the payment of a management fee. As a result, in certain situations the broker finds himself with, on the same policy, a contribution commission for his intermediation and a management commission for making his technical platform available to delegated insurers. Thus, by dint of delegating the management of health risk, it has been observed, in certain insurance companies, a loss or a lack of expertise in the management of health risk, an absence of proactivity on topical subjects such as micro health insurance and universal health insurance, an immediate impact on equity in the event of pricing errors or lack of rigor in claims management. Thus this study should make it possible to know whether the intervention of the insurer in the management of the health risk, the materialization of which will be an internal management, partial or total, of its health portfolio, is a guarantee of efficiency, of cost control, profitability and satisfaction of policyholders and beneficiaries of health insurance contracts.

It is known to all insurers that illness is a chronically loss-making industry. Therefore in the search for profitability and consolidation of its portfolio and to maintain the balance of the mutuality for which it is responsible, the internal management of this insurance seems to be a good avenue. However, although it could be a good way to reduce the costs of services and the risks of fraud, in short to control the contours of the health branch, internal management alone could not overcome the problems linked to the management of this branch. Thus, to overcome difficulties linked to health insurance, it will be necessary to use the most innovative strategies, and not artifices, to reconcile the social protection function of the insurer, the balance of the portfolio and its requirements of profitability.

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
GLOSSAIRE DE L'ETUDE	v
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
SOMMAIRE	ix
AVANT-PROPOS	x
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ETUDE GENERALE DE LA COUVERTURE MALADIE AU SENEGAL	4
CHAPITRE I : CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE AU SENEGAL	5
Section 1 : Les régimes non contributifs de couverture maladie	7
Section 2 : Régimes contributifs d'assurance maladie au Sénégal	10
CHAPITRE II : L'ASSURANCE MALADIE AU SENEGAL	15
Section 1 : L'environnement de l'assurance maladie au Sénégal	15
Section 2 : La pratique de l'assurance maladie au Sénégal.....	20
DEUXIEME PARTIE : L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL	25
CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DE L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL	26
Section 1 : Présentation de SAAR SENEGAL.....	26
Section 2 : Analyse de la production de 2015 à 2019.....	27
Section 3 : Etude de la sinistralité et du ratio combiné.....	29
CHAPITRE II : LES PERSPECTIVES DE L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL	33
Section 1 : Mise en place d'un service maladie au sein de SAAR SENEGAL.....	33
Section 2 : Les mécanismes de suivi et de contrôle de l'activité du service maladie	48
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	56
TABLE DES MATIERES	57

AVANT-PROPOS

La formation en vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances (DESS-A) de l'Institut International des Assurances (IIA) se déroule sur deux ans. Elle se divise en deux phases : une première qui est relative à une formation théorique qui s'étale sur une période de 18 (dix-huit) mois et une seconde relative à un stage pratique en entreprise de 6 (six) mois, conclue par la production d'un mémoire qui devra être présenté et soutenu par l'étudiant.

Ayant déjà une certaine expérience en la matière (nous avons commencé notre carrière dans les assurances chez le courtier gestionnaire GRAS SAVOYE, actuellement WILLIS TOWERS WATSON, au département maladie) et sur orientation de notre hiérarchie, nous avons choisi de travailler sur « La gestion de la branche maladie au sein de SAAR SENEGAL : état des lieux et perspectives. ». Ce thème semble tenir à cœur à la direction générale qui souhaite avoir plus de visibilité dans cette branche pour voir si la mise en place d'un service maladie au niveau de la compagnie est opportune.

Il nous semble ainsi important de préciser le canevas à suivre pour les besoins de cette étude. L'objectif poursuivi s'inscrit dans la perspective d'un assureur qui gère un portefeuille, indirectement puisqu'il en délègue la gestion, à faire le bilan de celui-ci et d'entrevoir les perspectives qui s'offre à lui dans l'optique d'une satisfaction optimale des clients et d'atteinte de ses objectifs de rentabilité.

Donc il s'agira dans un premier temps de faire une revue succincte des différentes politiques de prise en charge du risque maladie au Sénégal pour aborder ensuite l'apport des assurances privées et de leur environnement. Dans un second temps nous étudierons l'assurance maladie au sein de SAAR SENEGAL à travers la production et les sinistres, les avantages et les inconvénients de la gestion déléguée pour nous convaincre de l'opportunité d'un service maladie et en proposer les mécanismes de suivi et de contrôle le cas échéant pour une meilleure satisfaction de tous les acteurs qui gravitent autour de la branche maladie.

INTRODUCTION

« Une Nation qui produit, c'est d'abord une Nation en bonne santé »

Macky SALL, Président de la République du Sénégal.

« L'assurance est 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 ». A travers cette définition du Professeur Joseph HEMARD nous pouvons faire ressortir les quatre éléments qui constituent le socle de l'opération d'assurance à savoir :

- Le risque : l'événement dommageable contre lequel on cherche à se prémunir ;
- La prime : le prix payé par l'assuré pour transférer son risque à l'assureur ;
- La prestation servie par l'assureur en cas de réalisation du risque ;
- La compensation : l'assurance repose sur la mise en commun de risques au sein d'une mutualité selon les lois de la statistique pour une tarification juste et supportable.

De ce fait, nous distinguons fondamentalement deux domaines d'assurances selon l'objet sur lequel porte le risque : les assurances de dommages et les assurances de personnes.

Les premières ont pour objet d'indemniser les pertes ou les dommages subis par le patrimoine. Elles reposent sur le principe indemnitaire et se subdivisent en deux grandes catégories. D'une part les assurances de choses qui garantissent les biens appartenant à l'assuré. D'autre part les assurances de responsabilités civiles qui prennent en charge les dommages que l'assuré ou les personnes dont il répond pourraient causer à autrui.

Les assurances de personnes ont, quant à elles, pour but le versement de prestations forfaitaires en cas de réalisation d'événements touchant la personne de l'assuré. Elles se répartissent en deux grandes familles. D'un côté, l'assurance vie si le risque est la survie ou le décès de l'assuré. De l'autre, l'assurance dommage corporel si le risque est l'accident ou la maladie de la personne. Concernant cette seconde grande catégorie, il importe de préciser qu'en assurance vie, la prestation est forfaitaire dans la mesure où le montant versé, en cas de réalisation du risque, par l'assureur, est connu à l'avance par les deux parties et fixé au contrat. L'idée qui sous-tend ce principe est que la vie humaine n'a pas de prix. Cependant

s'il s'agit de l'assurance maladie c'est le principe indemnitaire qui sera appliqué du fait que les remboursements ou les prises en charge ne doivent pas être une source d'enrichissement.

Dans un environnement économique de plus en plus exigeant, la survie et le développement des entreprises requièrent une gestion optimale et cohérente de l'ensemble des risques auxquels elles sont exposées. Par conséquent elles doivent développer une stratégie proactive de gestion des risques afin que, dans la protection de leurs ressources, celles, qui en constituent sans doute, l'une des plus importantes, à savoir les ressources humaines soient bien à l'abri. Ainsi le besoin de protection de l'entreprise rencontre le rôle économique et social de l'assurance. Il s'agira pour l'assureur de garantir à l'entreprise, à son employé et à sa famille, la sécurité de leurs revenus et la préservation de leur intégrité physique contre les risques auxquels ils sont exposés. Dès lors parler de la contribution de l'assurance au bien-être social nous conduit à parler de l'assurance maladie.

La maladie est une altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et 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 par un accident ». Partant de cette définition de Dough LACEY, nous pouvons dire que l'assurance maladie est un facteur de progrès social et économique car elle permet d'offrir des soins en quantité et en qualité. Elle favorise l'investissement en apportant un soutien à la bonne santé des travailleurs et travailleuses et partant un soutien à la productivité en maintenant les employés en bonne santé.

Donc l'assurance maladie est un système de financement des soins mais sa mise en place et sa gestion nécessitent un personnel qualifié, dans sa gestion administrative et financière, qui fait souvent défaut dans les compagnies d'assurance. C'est la raison pour laquelle certaines d'entre elles ont recours à des courtiers qui ont un plateau technique et un réseau de prestataires médicaux couvrant la quasi-totalité du territoire national qu'ils mettent à la disposition des compagnies d'assurances moyennant le paiement d'une commission de gestion.

Ainsi dans un contexte de concurrence accrue entre compagnies d'assurances qui tire les tarifs vers le bas combiné au déficit chronique de l'assurance maladie, les assureurs veulent avoir plus de visibilité et de maîtrise dans la gestion de la branche maladie. En effet plus la différence entre primes et sinistres est faible, plus le dégagement d'un résultat positif est difficile car aux sinistres à régler s'ajoutent des frais de gestion. De ce fait gérer ses

sinistres, en minimiser les charges devient crucial surtout en période de crise lorsque les produits financiers ne permettent plus de compenser les pertes techniques. Ainsi cet état de fait les conduit à vouloir intervenir de plus en plus dans la gestion de cette branche jusqu'à vouloir mettre en place un service interne dédié à l'assurance maladie.

Les avantages qui pourraient être tirés de ce travail sont multiples. Il s'agira entre autres :

- De faire l'état des lieux de l'assurance maladie au sein de SAAR SENEGAL,
- De relever les avantages et les inconvénients du transfert de la gestion maladie vers les courtiers,
- D'identifier l'intérêt de l'intervention de l'assureur dans la gestion du risque maladie,
- Faire des propositions concrètes allant dans le sens de la mise en place d'un service maladie au sein de SAAR SENEGAL.

La première partie de notre travail sera, d'abord, consacrée à une étude générale de la couverture maladie dans ses différentes formes avant de nous intéresser à la gestion de l'assurance maladie dans son ensemble. Il s'agira, ensuite, d'étudier, dans une seconde partie, l'état des lieux de l'assurance maladie au sein de SAAR SENEGAL afin de voir les perspectives qui s'offrent à la compagnie d'assurance dans cette branche.

PREMIERE PARTIE : ETUDE GENERALE DE LA COUVERTURE MALADIE AU SENEGAL

CHAPITRE I : CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE AU SENEGAL

L'organisation du système de santé au Sénégal est de type pyramidal à trois niveaux : l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire, l'échelon régional qui correspond à la région médicale et l'échelon central.

Le district sanitaire est une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant concerner un département entier ou une partie d'un département. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisis.

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. A chaque région médicale correspond une région administrative. Elle est dirigée par un médecin.

Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. En outre les hôpitaux au Sénégal sont classés en 3 (trois) niveaux en fonction des spécialités pratiquées et de leur situation géographique au regard de la pyramide.

Ainsi, nous avons concrètement à la base les cabinets de soins, les cases de santé, les postes de santé et les centres de santé. Au niveau intermédiaire les structures privées, les hôpitaux départementaux et régionaux. Au sommet les hôpitaux nationaux qui constituent la référence. Ces derniers sont classés en 3 (trois) niveaux¹.

D'après les données du ministère de la santé et de l'action sociale l'offre de services de soins est assurée par des établissements publics de santé hospitaliers, au nombre de 38 (trente-huit), des centres de santé, tournant autour de 101 (cent un), des postes de santé

¹ Le décret n°2009-521 du 4 juin 2009 relatif à la carte sanitaire donne les critères pour déterminer le niveau d'un hôpital.

décomptés à 1344 (mille trois cent quarante-quatre) et des cases de santé qui s'élèvent à 2666 (deux mille six cent soixante-six)².

Cette offre est complétée par le secteur privé de la santé avec 24 (vingt-quatre) cliniques, 414 (quatre cent quatorze) cabinets médicaux et des laboratoires d'analyses médicales au nombre de 11 (onze). Cette offre privée a renforcé le plateau technique avec des équipements tels que le scanner, l'imagerie par résonance magnétique, des laboratoires spécialisés dans des analyses de pointe. Toutefois, la complémentarité des secteurs public et privé est faible, et crée une discrimination insidieuse car le choix du secteur étant fortement tributaire du niveau des ressources financières dont dispose le patient, les plus démunis se tournant vers le public et les plus nantis s'orientant vers le privé.

Tableau 1 : Management des structures de santé au Sénégal

Types de structures	Responsables
Cases de santé	Infirmière ou Sage femme
Postes de santé	Infirmier ou infirmière
Centre de santé	Médecin chef
Hôpital régional	Médecin chef de région
Hôpital national	Directeur d'hôpital (administrateur)

Source : Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS)

² L'établissement public de santé ou hôpital peut être hospitalier ou non-hospitalier. Les établissements publics de santé hospitaliers sont classés par niveau, conformément à l'article 2 de la loi n°98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière, modifiée par la loi n°2015-12 du 03 juillet 2015. L'établissement public de santé hospitalier de premier niveau (EPS1) est un hôpital à vocation départementale, l'EPS 2 avec une vocation régionale et l'EPS 3 à vocation nationale. La faiblesse des plateaux techniques et le dépassement des cahiers de charge sont souvent notés. Le centre de santé de niveau 1 (CS 1) est une structure publique de santé qui offre des soins curatifs médicaux, paramédicaux et dentaires, en ambulatoire et en hospitalisation, et des services promotionnels et préventifs. Le CS 2 dispose en plus d'un bloc opératoire offrant au moins des soins obstétricaux d'urgence. Le poste de santé est une structure publique de santé qui offre des soins curatifs paramédicaux, des services promotionnels et préventifs. La case de santé est une structure de santé communautaire qui offre des services promotionnels, préventifs et curatifs par des acteurs communautaires de soins et des acteurs communautaires de promotion et de prévention. Les structures sanitaires privées sont l'hôpital privé de premier niveau, de deuxième niveau et de troisième niveau, les cliniques mixte, chirurgicale, médicale et d'accouchement ; les cabinets médical, dentaire et paramédical ; le laboratoire niveau 1, niveau 2, niveau 3 ; L'imagerie niveau 1, niveau 2, niveau 3.

Nous voyons qu'au niveau du district sanitaire, le médecin chef conçoit et élabore un programme de santé adapté à sa zone médicale en fonction des infrastructures sanitaires et de la démographie tandis que l'infirmier chef de poste est responsable de la gestion de son unité et le directeur d'hôpital gère le personnel médical, administratif et la trésorerie de l'hôpital en fonction de la politique sanitaire définie par les autorités étatiques. Cette structuration permet de couvrir presque toute la population et de bien quadriller le territoire en infrastructures sanitaires.

Ainsi, nous constatons que la prise en charge des soins de santé des populations est un des plus grands soucis de l'Etat³. Pour ce faire il a pris une batterie de mesures parmi lesquelles nous pouvons citer les régimes non contributifs et les régimes contributifs de couverture maladie à caractère obligatoire.

Section 1 : Les régimes non contributifs de couverture maladie

Il s'agit d'un système de prise en charge du risque maladie qui ne requiert pas une cotisation de la part du bénéficiaire et est essentiellement financé à travers les impôts collectés et cible les citoyens de l'Etat qu'ils aient ou non une relation formelle avec lui. Parmi les différents régimes non contributifs d'assurance maladie au Sénégal, nous distinguons les principaux bénéficiaires de ces formules non contributives attachées à des statuts (Paragraphe 1) et des dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de couches sociales particulières qui en constitue les autres bénéficiaires (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les principaux bénéficiaires des régimes

Il s'agit des fonctionnaires et retraités de l'Etat (A), les étudiants des universités publiques (B) et les accidentés de la circulation routière (C).

A. Les fonctionnaires et retraités de l'Etat

L'Etat s'entend ici au niveau central et décentralisé. En tant qu'employeur, il assure la couverture du risque maladie de ses agents en activité et de leurs ayants droit (conjoint et enfants)⁴. L'Etat, par le système de l'imputation budgétaire, couvre 80% des frais d'hospitalisation, de consultations, des examens et analyses effectués dans toutes les structures publiques et également dans les structures privées agréées. Par conséquent les fonctionnaires supportent les 20% restant et les médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'Etat.

³ L'article 8 de la Constitution consacre la santé comme un droit fondamental.

⁴ La loi 61-33 du 15 Juin 1961 relative au statut général des fonctionnaires institue leur sécurité sociale.

Pour les fonctionnaires des entités décentralisées en l'occurrence les collectivités locales, leur système de sécurité sociale est régi, dans les mêmes conditions de couverture, que ceux des fonctionnaires de l'Etat central. En outre l'État a mis en place un centre médico-social qui fournit des prestations de santé gratuites aux fonctionnaires retraités, à leur(s) conjoint(s) et leur(s) enfant(s) mineur(s).

Dans le même sillage que ce qui précède, il a aussi institué un système pour prendre en charge les étudiants des universités publiques.

B. Les étudiants des universités publiques

Les centres des œuvres universitaires de Dakar, Saint-Louis, Thiès, Diourbel et Ziguinchor prennent en charge pour le compte de l'État les étudiants au niveau des structures sanitaires publiques pour les soins courants : consultations, médicaments, analyses, soins dentaires et l'hospitalisation.

Si les fonctionnaires et les étudiants sont aussi pris en charge il faut signaler que les accidentés de la circulation routière ne sont pas en reste.

C. Les accidentés de la circulation routière

Le fonds de garantie automobile (FGA) couvre les dommages corporels des accidentés de la circulation dont les auteurs civilement responsables n'ont pas été identifiés ou ne disposent pas de police d'assurance responsabilité civile automobile et ne sont pas en mesure d'honorer les frais consécutifs à cet accident. Le fonds est alimenté grâce à un prélèvement de 2,5% de la prime nette responsabilité civile automobile (RC Auto) sur chaque police d'assurance souscrite dans cette branche.

Cependant, malgré toutes ces initiatives louables que nous venons de parcourir, l'Etat du Sénégal a constaté que la problématique de l'accessibilité des soins de santé, pour une importante partie de la population est toujours d'actualité surtout à cause de la faiblesse du pouvoir d'achat de celle-ci. Ainsi pour remédier à cela, il a mis en place des dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de couches sociales particulières.

Paragraphe 2 : Les autres bénéficiaires des régimes

Ces dispositifs concernent essentiellement les personnes âgées de plus de 60 (soixante) ans par le biais du plan SESAME (A), les personnes atteintes d'affections particulières (B), les femmes en accouchement dans les zones rurales (C), et les indigents (D).

A. Les personnes âgées de plus de 60 ans : le plan SESAME

Un des projets phares de cette assistance aux personnes vulnérables est le plan SESAME en faveur des personnes âgées de plus de 60 (soixante) ans. Dans son discours à la Nation du 3 Avril 2006, le Président de la République⁵ a instruit le Ministre de la Santé de concevoir, avec l'IPRES⁶, le FNR⁷, la faculté de Médecine et les collectivités locales, un plan de couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans les hôpitaux, centres et postes de santé publics sur le territoire national.

Cette initiative couvre toutes les prestations dispensées dans toute structure sanitaire publique (un poste de santé, centre de santé ou hôpital) : actes médicaux, médicaments, examens complémentaires (laboratoire & imagerie), hospitalisations sauf prothèses et implants. Ce dispositif a démarré le 1er septembre 2006 et concerne 555.690 (cinq cent cinquante-cinq mille six cent quatre-vingt-dix) personnes éligibles et est financé par l'Etat, l'IPRES et le Conseil Régional de Thiès⁸ respectivement à hauteur de 1 400 000 000 (un milliard quatre cent millions) F CFA, 300 000 000 (trois cent millions) F CFA et 30 000 000 (trente millions) F CFA.

Par ailleurs les personnes atteintes d'affection particulières sont aussi concernées.

B. Les personnes atteintes d'affections particulières

Il s'agit des personnes atteintes de tuberculose, de lèpre etc. Elles bénéficient de soins gratuits pour ces affections (250 millions de FCFA pour 10.100 personnes)⁹. Les personnes porteuses du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) Sida peuvent accéder aux Anti Rétro Viraux (ARV) gratuitement.

C'est dans le même ordre d'idée que l'Etat a aussi accordé la gratuité des accouchements et césariennes pour lutter contre la mortalité de la mère et de l'enfant.

C. Les femmes en accouchement dans les zones rurales

Pour réduire le taux de mortalité materno-infantile, l'Etat du Sénégal finance la prise en charge des accouchements et des césariennes dans les régions de Kolda, Ziguinchor, Fatick, Matam et Tambacounda depuis le 1er janvier 2005 et a étendu la mesure à toutes les autres régions sauf Dakar (la capitale), mais pour les césariennes uniquement.

⁵ Abdoulaye WADE

⁶ Institut de prévoyance retraite du Sénégal.

⁷ Fonds national de retraite.

⁸ Le Conseil Régional est une autorité décentralisée disposant de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

⁹ Selon les données de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie.

Cependant, malgré cet effort, il existe toujours des poches de pauvreté à la limite de l'indigence et de la précarité rendant difficile l'accès aux soins pour cette frange de la population. Pour y remédier l'Etat du Sénégal a mis en place un certain nombre de dispositifs pour venir en aide aux plus pauvres.

D. Les indigents

Dans le souci de donner tout son sens à la notion d'Etat providence, le Sénégal s'est doté de dispositifs permettant la prise en charge des personnes pauvres à indigentes dans les structures publiques de santé sur présentation d'un certificat d'indigence¹⁰ délivré par une autorité administrative compétente.

Le certificat est délivré soit par le préfet ou sous-préfet soit par la mairie. Si le certificat d'indigence est délivré par les premiers cités, la prestation est facturée au Ministère des Finances. Par contre s'il est délivré par le second, c'est sa commune qui devra s'acquitter de la facture.

A côté de ce dispositif, il y a aussi celui de la Direction de l'Action Sociale du Ministère chargé de la Solidarité qui alloue des secours pour frais médicaux à des personnes qui sont dans le besoin. Elle a signé à cet effet des conventions de prestations avec les hôpitaux de Fann, Le Dantec, Principal et Grand Yoff.

Cependant à côté de ces régimes que nous venons d'étudier coexistent d'autres régimes contributifs qui viennent compléter l'offre de prise en charge des soins de santé au Sénégal.

Section 2 : Régimes contributifs d'assurance maladie au Sénégal

Pour ceux-ci, afin de bénéficier de la prise en charge du risque maladie il faut verser, en contrepartie, une cotisation à un organisme qui puise dans la masse constituée par celle-ci pour régler les frais de santé des bénéficiaires. Parmi les régimes contributifs d'assurance maladie au Sénégal, nous pouvons distinguer les régimes contributifs à caractère obligatoire (Paragraphe 1) et les régimes contributifs d'assurance maladie volontaires (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les régimes à contribution obligatoire

Parmi ces régimes nous avons les Institutions de Prévoyance Maladie (A) et la Caisse de Sécurité Sociale (B).

¹⁰ La loi n°62-29 du 26 mars 1962 portant sur les certificats d'indigence permet aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques.

A. Les institutions de Prévoyance Maladie « IPM »

Elles ont été créées par la loi n° 75-50 du 3 Avril 1975 au bénéfice des travailleurs du secteur privé et aux membres de leurs familles. La création d'une I.P.M est obligatoire pour toute entreprise employant plus de 100 personnes, celles qui en emploient moins doivent se regrouper dans une I.P.M inter entreprise ou adhérer à une I.P.M déjà autorisée¹¹.

Les garanties offertes portent sur une prise en charge partielle, à des taux variables d'une I.P.M à une autre (de 40% à 80% de couverture) des frais médicaux : consultations ; pharmacie ; hospitalisation ; actes médicotechniques etc.

Les cotisations sont fixées à 6% du salaire fiscal plafonné à 60.000 (soixante mille) FCFA. La cotisation de l'employeur étant au moins équivalente à celle du salarié soit 3% pour chaque partie.

Si tel est le cas pour cette institution, qu'en est-il pour la caisse de sécurité sociale ?

B. La Caisse de Sécurité Sociale

Elle est instituée par la loi n° 73-37 du 31 juillet 1973 et prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles dont sont victimes les travailleurs. En effet à la suite d'un accident du travail ou de maladie professionnelle, les consultations, les médicaments, les analyses, les interventions chirurgicales et toute intervention nécessaire sont couvertes à 100%. La base des cotisations qui constituent ses principales ressources est le salaire brut versé par l'employeur selon un taux de 7% avec un plafond annuel de 63 000 (soixante-trois mille) F CFA soit au maximum 5 250 (cinq mille deux cent cinquante) F CFA par mois.

A côté de ces régimes contributifs d'assurance maladie à caractère obligatoire nous avons aussi des régimes contributifs d'assurance maladie à caractère volontaire.

Paragraphe 2 : Les régimes à contribution volontaire

Dans cette partie de notre étude nous aborderons d'une part les mutuelles de santé (A) et d'autre part les assurances privées (B).

A. Les mutuelles de santé

Elles ont vu le jour à la suite de la loi n° 2003-14 du 4 juin 2003. Les mutuelles de santé sont des groupements de personnes à but non lucratifs (nous pouvons rencontrer des mutuelles de transporteurs, des mutuelles d'enseignants etc.) qui, au moyen de cotisations de ses membres, se proposent d'assurer la prise en charge de tout ou partie de leurs soins de

¹¹ Les règles de fonctionnement des I.P.M sont définies par le décret 75-895 du 14 août 1975.

santé. Les mutuelles de santé couvrent le risque maladie, au premier franc ou de façon complémentaire, pour tous leurs membres. La garantie est variable suivant les types de mutuelles même si les soins de base sont généralement privilégiés par les mutuelles communautaires. Elles tirent leurs ressources des cotisations des membres, des emprunts, des dons et des legs.

Toutefois à cause de leur taille réduite, les mutuelles ne donnent pas une couverture très satisfaisante en matière de soins médicaux. Par conséquent les sociétés privées grâce à leur moyen et leur capacité financière veulent se positionner en solution durable face à ce défi.

B. Les sociétés d'assurances

Les sociétés d'assurances sont régies par le code CIMA¹². Avant d'exercer leurs activités, il leur faut un agrément et un capital social minimum de 5 000 000 000 (cinq milliards) F CFA pour les sociétés anonymes et un fonds d'établissement de 3 000 000 000 (trois milliards) F CFA pour les sociétés mutuelles. Elles donnent l'opportunité à des particuliers ou des entreprises d'offrir une couverture santé, respectivement, à leurs familles ou leurs employés et leurs ayants droit en contrepartie du paiement d'une prime d'assurance. Cette couverture s'exerce sur une zone géographique bien déterminée (Sénégal, Afrique ou monde entier) et selon un certain taux de remboursement (50%, 60%, 70%, 80%, 90% et 100%).

¹² Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances.

Tableau 2 : Répartition des Dépenses Nationales de Santé (DNS) en 2019

Fonctions	Montants (en millions de F CFA)	Pourcentage
Soins curatifs	81 136	32%
Prévention et santé publique	56 448	22%
Médicaments	45 858	18%
Lunetteries	1 724	1%
Construction et équipement	27 858	11%
Administration de la santé	24 975	10%
Laboratoires et imageries	9 193	4%
Recherche et formation	6 705	3%
Total	253 897	100%

Source : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

A travers ce tableau synoptique il est constaté que l'essentiel de la Dépense Nationale de Santé (DNS) est orienté vers les soins curatifs, les services de prévention et de santé publique alors que la recherche et la formation bénéficient de moins de 3% du financement dans le secteur.

Au niveau du secteur privé, l'essentiel des dépenses notamment celles des ménages, est orienté vers les médicaments (18%) et les soins curatifs (32%).

Ainsi dans ce premier chapitre de notre étude nous avons passé en revue le cadre législatif et réglementaire de la couverture de l'assurance maladie au Sénégal. Ceci nous a permis de voir que l'Etat du Sénégal est très soucieux de la prise en charge des soins de santé de sa population. C'est dans cette optique que celui-ci a mis en place des formules de couverture maladie. Ces différentes formules se déclinent en régimes non contributifs et en régimes contributifs volontaires. Cependant, en dépit des multiples efforts consentis pour rendre plus accessibles et abordables les services de santé, les objectifs visés sont loin d'être atteints. Ce constat nous amène à poser la question de savoir : comment rendre meilleurs la

protection sociale et l'accès aux soins médicaux des populations de façon équitable et rentable ? Face à ce problème, les sociétés d'assurances se posent en solution pour offrir des perspectives d'amélioration de la prise en charge du risque maladie. Ainsi, il nous semble opportun d'étudier les contours de l'assurance maladie au Sénégal.

CHAPITRE II : L'ASSURANCE MALADIE AU SENEGAL

Le Sénégal à l'instar de 13 (treize) autres pays d'Afrique central et d'Afrique de l'ouest¹³ est membre de la CIMA. Héritiers dans leur quasi-totalité d'un système d'assurance légué par les colonisateurs, ils ont travaillé à partir de cet existant pour se doter de marchés répondant aux standards internationaux tant en terme de qualité de services que de rentabilité. Cependant ces pays sont caractérisés par des marchés étroits et des ressources limitées. Par conséquent, conscients de cette faiblesse, ils ont décidé de mutualiser leurs moyens et se sont engagés dans un processus d'harmonisation des lois, règlements et pratiques relatifs à l'assurance dont le parachèvement est le traité CIMA auquel est annexé le code des assurances. Ce dernier donne les conditions pour la délivrance de l'agrément nécessaire à toute personne, physique ou morale, voulant pratiquer des activités d'assurances ainsi que la liste des branches qui en font l'objet. Celles-ci se subdivisent en IARD¹⁴ et en Vie en plus d'être listées respectivement de la branche 1 (une) à la branche 19¹⁵ (dix-neuf) et de la 20 (vingt) à la 23 (vingt-trois). Parmi ces classes, nous distinguons la branche maladie¹⁶, qui, du fait du besoin impérieux de se couvrir contre le risque de dégradation de l'état de santé, occupe la seconde place¹⁷ au niveau du marché sénégalais en termes de chiffre d'affaires pour l'exercice 2019, ce qui montre toute son importance. Toutefois, comme c'est le cas dans toutes les organisations regroupant plusieurs pays, chacun a sa spécificité et le Sénégal ne déroge pas à ce principe.

Dès lors nous présenterons dans cette partie l'environnement de l'assurance maladie au Sénégal (Section 1) ce qui nous permettra d'avoir un aperçu de sa pratique sur ce marché (Section 2).

Section 1 : L'environnement de l'assurance maladie au Sénégal

Vouloir faire le tour de cet environnement nécessitera d'identifier ses acteurs d'une part (Paragraphe 1) et ses cibles d'autre part (Paragraphe 2).

¹³ ¹³ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Congo, Côte D'Ivoire, Gabon, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale, Mali, Niger, Tchad et Togo.

¹⁴ Incendie, Accidents et Risques Divers

¹⁵ Pour le moment elle n'est pas attribuée et est dite « réservée ».

¹⁶ Branche 2 IARD

¹⁷ 33 363 000 000 F CFA, derrière l'indéboulonnable assurance automobile avec 37 046 000 000 F CFA pour l'exercice 2019.

Paragraphe 1 : Les acteurs de l'assurance maladie au Sénégal

Ils sont constitués par un trio de partenaires incontournables et complémentaires que sont la Direction Nationale des Assurances (A), les compagnies d'assurance (B) et les intermédiaires (C).

A. La Direction Nationale des Assurances

Celle-ci, abrégée en DNA, a été mise en place à travers un décret¹⁸ par l'Etat du Sénégal. Elle fait jonction avec la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) et d'autres organes pour assurer une conformité optimale des opérations d'assurances, sur le marché, aux prescriptions du code des assurances. A ce jour elle contrôle 8 (huit) agents généraux, 64 (soixante-quatre) sociétés de courtage, 29 (vingt-neuf) compagnies d'assurances, 2 (deux) pools (ceux du transport public de voyageur et du pétrole et du gaz), 1 (un) Fonds de Garantie Automobile, 2 (deux) sociétés de réassurance (la SEN RE et HELVETIA). Toutefois seule une bonne organisation peut lui permettre de bien assurer cette mission.

De façon générale elle assure la promotion du secteur des assurances, la sauvegarde des intérêts des assurés et bénéficiaires de contrats d'assurances et de capitalisation, la protection de l'épargne détenue par les compagnies d'assurances en contrepartie des provisions techniques, le rôle d'expert et de conseil immédiat en matière d'assurance auprès des autorités nationales, la surveillance générale du marché des assurances et la communication de renseignements sur l'état des compagnies et l'évolution du marché à la CRCA.

Ponctuellement la DNA assure le respect de l'application de la réglementation, l'étude des contrats destinés au public, le règlement des litiges entre assureurs et entre assureurs, assurés et bénéficiaires, la collecte des données nécessaires (bilan, statistiques, enquêtes et études), la pré-étude des dossiers de demande d'agrément, la communication des résultats des contrôles techniques à la CRCA, le contrôle des experts techniques qui concourent à l'évaluation des sinistres et à la bonne exécution des contrats, l'autorisation de la profession d'intermédiaires et le contrôle de cette profession et la gestion de contrats souscrits par l'Etat.

¹⁸ Le décret n°91-744 du 29 juillet 1991.

La DNA a à sa tête un Directeur des assurances aidé dans ses tâches par une Division du contrôle des comptes et statistiques des sociétés d'assurances, une Division des études et réglementation, une Division du contrôle des intermédiaires et des services rattachés.

Le Directeur des assurances est le responsable et coordonne les différentes activités de la DNA et rend compte aux autorités compétentes.

La Division du contrôle des comptes et statistiques des sociétés d'assurances effectue les contrôles sur pièces et sur place de ces dernières, effectue les pré-études de demande d'agrément et apporte son assistance aux sociétés en difficulté. En outre c'est elle qui délivre les visas¹⁹ et reçoit les plaintes des assurés et bénéficiaires de contrats d'assurances. Parallèlement à cette tâche, cette division recueille les données nécessaires pour produire des statistiques consignées dans son rapport annuel ainsi que ses notes périodiques²⁰.

La Division contrôle des intermédiaires effectue le contrôle sur pièces et sur place des intermédiaires, délivre les cartes professionnelles pour l'exercice de la profession d'intermédiaire. En outre, cette division étudie les dossiers d'agrément des sociétés de courtage en assurance et assure la collecte et la publication de statistiques sur le secteur de l'intermédiation à travers un rapport annuel.

La Division réglementation et études procède aux études techniques, juridiques et autres concernant l'assurance. Elle élabore les lois et règlement concernant l'assurance.

Les services rattachés sont le bureau administratif et financier et le bureau des archives et de la documentation.

Nous venons de voir que la DNA, à travers les rôles qui lui sont dévolus, est un acteur majeur du marché des assurances. Mais il n'en est pas le seul car nous ne pouvons pas parler d'un tel marché et occulter d'autres protagonistes incontournables que sont les compagnies d'assurances.

B. Les compagnies d'assurances

Une compagnie d'assurance est une entreprise, sous forme anonyme ou sous forme de mutuelle, qui fournit des prestations en assurance à des personnes physiques ou morales

¹⁹ Avant de lancer sur le marché un nouveau produit, les compagnies d'assurances doivent au préalable avoir le visa de la DNA. Ce visa lui permet d'exercer sa mission de protection des assurés et bénéficiaires de contrat d'assurance.

²⁰ Mensuelles, trimestrielles et semestrielles.

en contrepartie du paiement d'une prime ou cotisation. Au Sénégal, elles sont au nombre de 29 (vingt-neuf) dont 19 (dix-neuf) sociétés dommages et 10 (dix) sociétés vie. En outre elles ont en commun de commercialiser, en plus de la maladie, presque toutes, les mêmes branches.

Les compagnies d'assurance du marché sénégalais ont réalisé, pour l'exercice 2019, un chiffre d'affaires de 196 317 000 000 F CFA (cent quatre-vingt-seize milliards trois cent dix-sept millions) dont 33 363 000 000 F CFA (trente-trois milliards trois cent soixante-trois millions) au titre de l'assurance maladie.

Les compagnies collectent beaucoup de primes auprès du public, ce qui signifie que leurs produits sont bien commercialisés à travers les différents réseaux de distribution. Dans ce circuit, il y a un rôle non négligeable qui est joué par les intermédiaires dont il serait difficile de se passer.

C. Les intermédiaires

Les intermédiaires d'assurance sont des personnes physiques ou morales qui facilitent la conclusion d'un contrat d'assurance entre un particulier ou un organisme et une société d'assurance moyennant le versement d'une commission d'apport par cette dernière. Les intermédiaires sont les courtiers et agents généraux.

Le courtier en assurance est un intermédiaire qui intervient pour le compte de ses clients qui le chargent de négocier ou de trouver les contrats les plus intéressants parmi les différentes compagnies d'assurances. Le courtier en assurance propose des contrats couvrant l'ensemble des risques tels que l'assurance automobile ou la maladie entre autres. Il peut aussi obtenir de l'assureur un mandat pour gérer les sinistres moyennant une commission de gestion.

Quant à l'agent général c'est un intermédiaire entre une société d'assurances et des clients. Il exerce des fonctions de commercial, de gestionnaire et de manager. L'agent général d'assurance propose des assurances permettant de répondre aux besoins de protection des biens et des personnes. Il procède également à l'encaissement des cotisations de sa clientèle ou prend également en charge leurs déclarations de sinistres.

La différence fondamentale entre eux est que le courtier est libre de placer les contrats qu'il souscrit chez l'assureur qui offre les meilleures conditions de garanties pour son client et la rémunération la plus attractive pour lui alors que l'agent général est tenu de placer toutes ses souscriptions chez la compagnie qui l'a nommé.

Aux termes de l'article 501 du code des assurances seules les personnes suivantes sont habilitées à pratiquer l'intermédiation en assurance :

- Les personnes physiques et sociétés immatriculées au registre du commerce pour le courtage d'assurance agréées par le Ministre en charge du secteur des assurances et, dans ces sociétés, les associés et les tiers qui ont le pouvoir de gérer et d'administrer ;
- Les personnes physiques ou morales titulaires d'un mandat d'agent général d'assurance ou chargées à titre provisoire, pour une période de 2 (deux) ans au plus non renouvelable des fonctions d'agent général d'assurance ;
- Les personnes physiques salariées commises à cet effet soit par une compagnie d'assurance soit par une société de courtage d'assurance ;
- Les personnes physiques non salariées, mandatées et rémunérées à la commission.

Nous venons de voir que le marché de l'assurance est influencé par l'interaction de trois acteurs majeurs que sont la DNA, les compagnies d'assurance et les intermédiaires. Ainsi la finalité de leurs actions respectives est-elle de satisfaire de manière optimale les preneurs d'assurance. Donc un intérêt particulier devrait être accordé à ces derniers qui sont les cibles privilégiées de l'assurance en général et de l'assurance maladie en particulier.

Paragraphe 2 : les cibles de l'assurance maladie

Ce sont principalement les personnes morales (A) et les personnes physiques (B).

A. Les personnes morales

Il s'agit d'organisations (Etat, entreprise, organisation non gouvernementale, etc.) qui souscrivent une assurance maladie pour couvrir leurs employés et le plus souvent les membres de leurs familles (conjoint ou conjointes, enfants mineurs et enfants majeurs jusqu'à 25 ans). Les assurances maladie qu'elles souscrivent sont le plus souvent appelées « assurance santé groupe ».

B. Les personnes physiques

Ce sont les particuliers²¹ (fonctionnaires, cadres du secteur privé, avocats, médecins, commerçants, etc.). Ils souscrivent des polices d'assurance maladie dites « santé famille ou individuelle » qui couvre respectivement l'assuré principal ou les membres de sa famille et

²¹ Les fonctionnaires sont couverts à hauteur de 80% et peuvent souscrire une assurance complémentaire santé pour les 20% restants.

l'assuré principal seul. Cependant du fait d'une sinistralité assez élevée, ces contrats sont de moins en moins acceptés par les compagnies voire catégoriquement refusés par certaines.

Dans cette partie nous avons vu que l'environnement de l'assurance en général et celui de l'assurance maladie en particulier est constitué d'un ensemble d'acteurs dont les actions combinées concourent au bon fonctionnement de celui-ci dans un idéal de satisfaction des personnes physiques et morales qui constituent les cibles et les principaux bénéficiaires de ces actions complémentaires. Cependant si ce tableau semble idyllique qu'en est-il dans la pratique de l'assurance maladie au Sénégal ? Les développements qui vont suivre tenteront d'apporter une réponse à cette interrogation.

Section 2 : La pratique de l'assurance maladie au Sénégal

L'opérationnalité de l'assurance maladie se résume, en un volet production (Paragraphe 1) et en un autre relatif aux prestations (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La production de l'assurance maladie

Faire de la production en assurance maladie reviendra à disposer d'un réseau de distribution (A) à travers lequel la compagnie commercialisera la police d'assurance maladie (B).

A. Le réseau de distribution

Le réseau de distribution est l'ensemble des personnes, physiques ou morales, qui s'occupent de la commercialisation, auprès du public cible, des produits d'assurance en général et d'assurance maladie en particulier. Il est constitué par les agents généraux, les courtiers, les mandataires non-salariés, les salariés des sociétés d'assurance et les apporteurs d'affaires. La distribution de l'assurance est fortement marquée par l'omniprésence du support papier et le contact direct avec la clientèle. Cependant avec le développement des technologies de l'information et de la communication²² combiné aux avancées de la bancassurance il semblerait que de nouvelles voies pourraient s'ouvrir pour une plus grande accessibilité de l'assurance.

Le réseau de distribution est important mais sa raison d'être est la police d'assurance dont nous nous proposons de voir les caractéristiques.

B. La police d'assurance maladie

Elle constitue le support matérialisant l'engagement des parties et se présente pour le moment sous forme de papier relié et signé avec les mentions idoines. La police d'assurance

²² Téléphonie mobile, Internet, réseaux sociaux, etc.

maladie renseigne sur les garanties et les exclusions et comprend les conditions générales et celles particulières.

Les conditions générales regroupent l'ensemble des dispositions communes à tous les assurés pour un type de contrat (maladie en l'occurrence). L'article 8 du code des assurances prescrit les mentions obligatoires à faire figurer dans le contrat d'assurance. Les conditions générales définissent concrètement les risques couverts, les exclusions, les obligations des parties, les dispositions relatives aux sinistres ainsi que les règles de compétence et de la prescription en cas de litige.

Les conditions particulières sont un document signé conjointement par l'assureur et l'assuré. Elles constituent la preuve de l'engagement des parties et partant de l'existence du contrat. Elles sont spécifiques à chaque assuré. Elles précisent la situation et les choix de l'assuré (risque souscrit, renseignements concernant l'assuré, garanties, les exclusions spécifiques, le barème des prestations (en assurance maladie). A cet effet elles permettent à l'assureur de dimensionner la police aux besoins de son client ce qui fait que les garanties et les exclusions peuvent différer d'une police à une autre. En outre elle est délivrée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties²³.

Nous venons d'avoir un aperçu de la production de l'assurance maladie qui nous a permis de voir qu'elle nécessite un réseau de distribution pour la commercialisation de la police d'assurance, qui permet de constater l'engagement de l'assureur à servir une prestation à l'assuré en cas de sinistre. Dès lors se pose à nous la question de savoir en quoi consistent ces prestations ?

Paragraphe 2 : Les prestations de l'assurance maladie

La gestion des prestations en assurance maladie nécessite notamment pour le respect du principe indemnitaire, un certain nombre d'intervenants (A) s'il survient un sinistre et le cas échéant les prestations sont versées sous diverses formes (B).

A. Les intervenants dans les prestations

Ce sont principalement les prestataires de santé à travers le réseau qui les englobe et le médecin conseil.

A.1. Les prestataires de santé

Ils constituent un maillon essentiel voire indispensable de la chaîne d'intervenants concernés par la gestion des prestations devant être servies aux assurés et bénéficiaires. En

²³ Généralement ces parties sont l'assuré, le courtier et l'assureur ou l'assuré et l'assureur seulement.

effet les prestataires de santé sont incontournables parce que c'est eux qui sont habilités à transposer dans le domaine médical une affection, au départ subjective, et à orienter les conditions de sa prise en charge sans difficultés par l'assurance. Les médecins, les pharmaciens, les techniciens de laboratoire, les infirmiers, les hôpitaux publics et les cliniques constituent l'essentiel des prestataires de santé. En tant que professionnel de la santé, ils accueillent les assurés dans leurs différents établissements, leur prodiguent les soins nécessaires, donnent les caractéristiques de ces soins, prennent l'identité des assurés-patients et transmettent les factures idoines à l'assureur qui s'acquitte de celles-ci.

A côté des prestataires de santé, le médecin conseil aussi participe à une bonne gestion des prestations.

A.2. Le médecin conseil

Il est important pour l'assurance maladie parce qu'il permet de lutter contre les abus et les fraudes qui sont les principaux maux qui pourraient justifier la forte sinistralité constatée dans cette branche. En effet, le médecin conseil vérifie si les soins prodigués sont en adéquation avec l'affection diagnostiquée. En outre il contrôle aussi la nécessité des hospitalisations et la pertinence des analyses demandées en donnant son avis favorable ou défavorable.

Ceci étant, il semble que l'action conjuguée des prestataires de santé et du médecin conseil n'ait un autre but que de servir des prestations correctes aux assurés dans toutes ses formes.

B. Les formes de prestations

Les prestations en assurance maladie se subdivisent en remboursement direct et en tiers payant.

B.1. Le remboursement direct

D'abord le remboursement direct nous semble être la forme de remboursement la plus simple pour l'assureur mais aussi, un peu compliqué pour l'assuré. En effet l'assuré, après avoir exposé des dépenses de santé garanties, chez un prestataire habilité à effectuer un acte médical, remet les pièces justificatives idoines à l'assureur pour remboursement en respect du taux de couverture contractuel déduction faite des éventuelles exclusions et plafonds de garanties. Ainsi l'assureur après réception de ces pièces procède à leur traitement dans son système d'information et, s'il n'a pas des observations particulières à faire, émet le remboursement selon un des moyens de paiement admis par la réglementation en vigueur mais généralement le remboursement s'effectue par chèque bancaire. Le chèque de

remboursement est non endossable et libellé au nom du souscripteur, à charge pour celui-ci de faire la répartition au niveau des assurés et bénéficiaires, ou de l'assuré principal si c'est lui et les membres de sa famille qui ont exposé les frais. L'assureur a un délai contractuel pour procéder au remboursement. Ce délai varie selon les contrats mais il se situe généralement entre 15 (quinze) et 30 (trente) jours après réception, par l'assureur, des pièces justificatives.

Ceci étant, pour faciliter l'accès aux soins pour les assurés et bénéficiaires, les assureurs ont mis en place un autre type de prestation, qui exempte dans certains cas l'assuré et les bénéficiaires d'exposer des frais chez un prestataire.

B.2. Le tiers payant

Ce type de prestation peut s'effectuer dans le cadre du tiers payant simple ou généralisé. Dans le tiers payant simple il faut toujours garder à l'esprit l'existence d'un ticket modérateur dont il faudra, obligatoirement, s'acquitter chez le prestataire. Si cela peut sembler être un inconvénient, le tiers payant simple a certainement l'avantage de faciliter l'accès aux soins. En outre les assurés bénéficient d'une carte de santé avec toutes les informations permettant de les identifier. Ainsi, ils se présentent chez le prestataire munis de leurs cartes de santé qu'ils présentent, et s'acquittent du ticket modérateur en fonction du taux de couverture. Par exemple pour un taux de 80%, le ticket modérateur sera de 20% des frais exposés. A la suite de cela le prestataire transmet les pièces justificatives à l'assureur qui devra les payer dans le délai convenu qui est généralement de 15 (quinze) à 30 (trente) jours déduction faites des éventuelles exclusions et dépassement de plafonds de garanties que le prestataire devra réclamer aux assurés concernés s'il veut rentrer dans ses fonds. Si tel est le cas du tiers payant simple, qu'en est-il du tiers payant généralisé ?

Quant au tiers payant généralisé il répond fondamentalement aux mêmes caractéristiques que le tiers payant simple à la seule différence que dans ce cadre l'assuré n'a pas de ticket modérateur à compléter au niveau du prestataire. Ceci traduit implicitement un taux de couverture contractuel de 100%. Ici les observations de l'assureur porteront sur les éventuelles exclusions et dépassement de plafonds de garanties qui resteront à la charge des assurés concernés.

En somme cette première partie de notre étude a été l'occasion de faire la revue du cadre législatif et réglementaire de la prise en charge du risque maladie au Sénégal pour laquelle l'Etat attache une importance particulière. Cela l'a amené à mettre en place plusieurs

politiques d'assurance santé. Mais aucune de ces politiques n'a apporté une réponse convenable à la problématique de la prise en charge de la santé. C'est ainsi que la corporation des assureurs, par des solutions innovantes, originales et spécifiques, a voulu présenter un mécanisme plus avantageux que les autres formes de financement de la santé. Ces avantages consistent en un prix attractif, une qualité de service optimale et une personnalisation de la police d'assurance. Cette dernière, matérialisation de l'offre de service des assureurs ayant rencontré une demande du public, ainsi que son environnement ont fait l'objet d'une attention particulière de notre part pour mieux en apprécier le contenu, la portée et le rôle des différents acteurs. Par ailleurs parler de la police d'assurance maladie nous conduit à parler aussi des compagnies d'assurances qui la commercialisent et de son comportement dans leur portefeuille et parmi celles-ci figure SAAR SENEGAL. Ainsi, toutes ces considérations nous amènent à soulever une interrogation : comment se comporte l'assurance maladie au sein de la compagnie ? La tentative de réponse à cette question nous conduira à dresser l'état des lieux de cette branche au sein de la compagnie pour entrevoir les perspectives qui s'ouvrent à elle.

DEUXIEME PARTIE : L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL

CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DE L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL

Aujourd'hui, force est de constater que la branche maladie occupe une place de plus en plus importante dans les marchés de la zone CIMA en général et dans celui du Sénégal en particulier. En effet à la lecture des différentes statistiques produites par les autorités compétentes (DNA, CIMA), la branche maladie se situe, sur l'ensemble du marché, à la deuxième place derrière l'indéboulonnable assurance automobile et devant les autres branches commercialisées. Toutefois, même si la production suit une tendance haussière, la sinistralité aussi est très forte, ce qui pourrait compromettre les objectifs de rentabilité. De ce fait, dans cette partie de notre étude nous verrons si la tendance qui se dessine sur le marché se confirme au niveau de SAAR SENEGAL. Pour cela nous procéderons à l'analyse de la production, en mettant l'accent sur la branche maladie, depuis le début des activités de la compagnie, en 2015, jusqu'à 2019 sans oublier de procéder à une étude de la sinistralité sur la même période.

Section 1 : Présentation de SAAR SENEGAL

Elle fait partie du groupe SAAR (Société Africaine d'Assurance et de Réassurance) dont le siège est au Cameroun à Douala. Elle a été créée le 27 novembre 1990 dans la même ville. SAAR SENEGAL a obtenu son agrément par arrêté ministériel n° 18-332 du 12 décembre 2014 pour commercialiser les produits d'assurances allant de la branche 1 (une) à 18 (dix-huit) de la nomenclature prévue à l'article 328 du code CIMA. Elle a débuté ses activités en 2015 et a réalisé, selon les données officielles de la Direction Nationale des Assurances, un chiffre d'affaires de 3 063 743 330 (trois milliards soixante-trois millions sept cent quarante-trois mille trois cent trente) F CFA pour l'exercice 2019.

Tableau 3 : Production par branche de 2015 à 2019 de SAAR SENEGAL

Années	2015	2016	2017	2018	2019	QUOTE PART
Automobile	248 487 776	526 360 268	519 759 865	567 332 954	569 039 197	18,57%
Maladie	10 501 173	191 244 286	464 970 424	697 802 986	1 103 321 963	36,01%
Accidents corporels	75 704 262	69 593 394	80 251 230	86 095 425	92 071 853	3,01%
Incendie et dommages aux biens	9 039 150	83 459 461	95 552 102	55 255 409	67 263 056	2,20%
Responsabilité civile générale	4 840 092	48 963 092	50 949 450	58 005 264	76 168 624	2,49%
Transports aériens	23 749 999	-	-	-	-	0,00%
Transports maritimes	1 160 011	-	47 419 609	6 764 437	23 618 502	0,77%
Autres transports	4 108 934	30 703 354	-	51 748 732	60 484 048	1,97%
Autres risques directs dommages	309 461	5 832 339	5 611 820	12 728 147	22 316 705	0,73%
Acceptations dommages	61 118 491	85 696 121	130 637 048	846 612 119	1 049 459 382	34,25%
Total	439 019 349	1 041 852 315	1 395 151 548	2 382 345 473	3 063 743 330	100,00%

Source : Etats C1 SAAR SENEGAL et logiciel métier ORASS

Nous voyons clairement que la production maladie croit de façon exponentielle pour le moment et double presque d'année en année. Nous constatons aussi que, contrairement à la tendance du marché, l'assurance maladie, au sein de la compagnie occupe 36,01% du chiffre d'affaires pour l'exercice 2019 et fait le double de l'assurance automobile qui est de 18,57%, ce qui est assez particulier dans un portefeuille d'assurances. En outre la société réalise beaucoup d'affaires en acceptations surtout en maladie. Cependant nous préconisons d'une part qu'elle ramène la souscription en assurance maladie à un seuil susceptible de mettre la compagnie sur la voie de la rentabilité et de ce fait limiter l'impact de la sinistralité de cette branche dans le portefeuille, ce qui devrait être possible avec une bonne politique de surveillance de portefeuille et de sélection rigoureuse et d'autre part de se concentrer sur son cœur de métier c'est-à-dire l'assurance et de réduire au maximum les acceptations dans la branche maladie ou de les limiter dans la sphère du groupe SAAR.

Ceci étant, nous nous proposons, dans les pages qui suivent, de faire l'état des lieux de la production de la branche maladie.

Section 2 : Analyse de la production de 2015 à 2019

Dans le souci d'avoir une vision détaillée de la production dans la branche maladie, nous étudierons d'abord la production à travers le réseau direct (Paragraphe 1) pour ensuite voir ce que font les intermédiaires (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La production maladie par le réseau direct

L'appellation « réseau direct » regroupe l'ensemble des agences qui produisent et reversent les primes collectées directement à la compagnie. Actuellement, en 2020, SAAR SENEGAL dispose dans son réseau de 3 agences, une à Mermoz, une à Thiong et une à Rufisque. Toutes ces agences sont situées dans la région de Dakar, la capitale, la compagnie ne disposant pas, pour le moment, d'agences dans les régions, elle y collabore avec des apporteurs d'affaires. Ces agences font des souscriptions dans toutes les branches d'assurances dont SAAR SENEGAL est agréée.

Tableau 4 : Production en maladie des agences dans la période 2015-2019

Années	2015	2016	2017	2018	2019
Totales émissions Maladie	10 501 173	191 244 286	464 970 424	697 802 986	1 103 321 963
Emissions Maladie des Agences	7 856 109	60 007 782	105 201 225	258 881 291	371 997 092
Quote part des Agences	74,81%	31,38%	22,63%	37,10%	33,72%

Source : Logiciel métier ORASS

Nous constatons que pour son premier exercice la compagnie se basait plus sur son réseau direct pour la distribution de la branche maladie avec près de 74,81% des émissions. Toutefois à partir de l'année suivante, 2016, et ce jusqu'en 2019 cet apport dans la production du réseau direct se maintient autour du tiers de celle-ci avec respectivement, en 2017, 2018 et 2019, 22,63%, 37,10% et 33,72%.

Ce qui dénote un changement de politique de commercialisation réorientée naturellement vers les intermédiaires. Dès lors qu'en est-il de ces derniers ?

Paragraphe 2 : La production des intermédiaires

A ce jour SAAR SENEGAL collabore avec 23 courtiers mais n'a pas d'agent général pour le moment. Ainsi allons-nous analyser la production dans la branche maladie des intermédiaires.

Tableau 5 : Production en maladie des intermédiaires période 2015-2019 en F CFA

Années	2015	2016	2017	2018	2019
Totales émissions Maladie	10 501 173	191 244 286	464 970 424	697 802 986	1 103 321 963
Emissions Maladie des Courtiers	2 645 064	131 236 504	359 769 199	438 921 695	731 324 871
Quote part des Courtiers	25,19%	68,62%	77,37%	62,90%	66,28%

Source : Logiciel métier ORASS

Comme vu précédemment l'apport des intermédiaires passe du quart des émissions au début de l'activité, avec 25,19% à 66,28% en 2019. Ce qui montre que la souscription de la branche maladie est fortement tributaire de l'action des intermédiaires exposant la compagnie à un risque de migration des contrats et par conséquent de baisse brusque et drastique de chiffre d'affaires ainsi qu'une forte charge de commissions. A la lecture du tableau, dire que les intermédiaires ont une mainmise sur la production de la branche maladie ne serait pas exagéré.

A côté de cela il y a le cas préoccupant des acceptations fortement marquée par la maladie avec 577 545 372 (cinq cent soixante-dix-sept millions cinq cent quarante-cinq mille trois cent soixante-douze) F CFA sur un total de 846 612 119 (huit cent quarante-six millions six cent douze mille cent dix-neuf) F CFA soit 68,22% des acceptations en 2018, année à partir de laquelle les acceptations en maladie ont commencé. Pour l'année 2019 elles ont augmenté car s'élevant à 842 440 440 (huit cent quarante-deux millions quatre cent quarante mille quatre cent quarante) F CFA sur un total de 1 019 459 382 (un milliard dix-neuf millions quatre cent cinquante-neuf mille trois cent quatre-vingt-deux) soit 82,64%.

Dans cette partie nous avons vu que la production de l'assurance maladie au sein de Saar Sénégal est dominé largement par les intermédiaires rendant la compagnie tributaire de ces derniers.

Toutefois cette branche connaît une progression intéressante en termes de chiffre d'affaires. Mais connaissant les difficultés qui entourent la vie du contrat maladie, la sinistralité sera-t-elle aussi réjouissante et la rentabilité au rendez-vous ?

Section 3 : Etude de la sinistralité et du ratio combiné

La sinistralité est le rapport de la charge de sinistres de la compagnie sur les primes acquises au cours d'un exercice donné. Elle est le plus souvent exprimée en pourcentage (%). Plus ce taux est bas plus l'activité est rentable. Pour espérer une rentabilité sur une branche d'assurance en général et en particulier la maladie la sinistralité doit se situer entre 65% et 72%.

Le ratio combiné, quant à lui, est une donnée qui permet de mesurer la rentabilité technique. Il s'obtient en calculant le rapport des prestations et frais de l'exercice et les commissions plus les frais généraux sur les primes émises. Si le ratio combiné est égal à 100% la société est à l'équilibre, s'il dépasse ce taux l'activité n'est pas rentable et dans le cas contraire elle l'est. Toutefois, en cas de perte, les produits financiers pourraient la réduire. Donc l'étude de la sinistralité de la branche maladie (A) et celle de son ratio combiné (B) pourraient nous offrir des informations importantes sur la rentabilité de la branche maladie.

Paragraphe 1 : La sinistralité de la branche maladie

Dans cette partie de notre étude nous ferons une analyse de la sinistralité de la branche maladie. A cet effet, nous présentons ci-dessous les charges de sinistres et les primes acquises des exercices de 2015 à 2019.

Tableau 6 : Sinistralité de la branche maladie de 2015 à 2019

Années	2015	2016	2017	2018	2019
Primes acquises	10 492 194	190 877 922	400 909 082	610 690 595	1 079 792 661
Charges de sinistres	2 995 452	3 714 751	167 897 664	620 163 795	690 997 294
Sinistralité (%)	28,55%	1,95%	41,88%	101,55%	63,99%

Source : Etats C1 SAAR SENEGAL

Le tableau ci-dessus nous montre que la sinistralité de la branche maladie est assez satisfaisante contrairement à la tendance du marché avec un plus bas de 1,95%, en 2016, et un plus haut de 63.99%, en 2019. Cependant cette sinistralité très bénéfique, sauf pour l'année 2018 au cours duquel nous avons un taux de 101,55%, pourrait cacher certaines

anormalités comme par exemple une cadence de règlement très faible. En effet de 2015 à 2016 les émissions ont décuplé, passant de 10 492 194 (dix millions quatre cent quatre-vingt-douze mille cent quatre-vingt-quatorze) F CFA à 190 877 922 (cent quatre-vingt-dix millions huit cent soixante-dix-sept mille neuf cent vingt-deux) F CFA alors que la charge de sinistre n'a augmenté que de quelques centaines de milliers de F CFA, de 2 995 452 (deux millions neuf cent quatre-vingt-quinze mille quatre cent cinquante-deux) F CFA, en 2015, à 3 714 751 (trois millions sept cent quatorze mille sept cent cinquante et un) F CFA, en 2016, pour ensuite progresser fortement, en 2017, avec 167 897 664 (cent soixante-sept millions huit cent quatre-vingt-dix-sept mille six cent soixante-quatre) F CFA et se maintenir autour de 600 000 000 (six cent millions) avec des taux toujours appréciables.

La sinistralité est un bon indicateur pour avoir une première impression du niveau de rendement de l'activité d'assurance. Cependant pour une vision globale de la rentabilité de celle-ci nous ne trouvons pas un meilleur outil que le ratio combiné.

Paragraphe 2 : Le ratio combiné de la branche maladie

Dans cette partie de notre étude il sera question de voir si la branche maladie est rentable au sein de SAAR SENEGAL. C'est dans cette optique que nous avons établi le ratio combiné des exercices de 2015 à 2019 dont les éléments sont dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Ratio combiné SAAR SENEGAL de 2015 à 2019

Années	2015	2016	2017	2018	2019
Primes émises	10 501 173	191 244 286	464 970 424	697 802 986	1 103 321 963
Dotations aux provisions de primes	8 979	366 364	64 061 342	87 112 391	23 529 302
Primes acquises	10 492 194	190 877 922	400 909 082	610 690 595	1 079 792 661
Produits financiers nets	1 284 555	3 909 084	223 287	1 465 203	55 235 426
Part des réassureurs dans les charges	947 012	3 558 651	35 839 232	55 050 485	49 552 966
Total	12 723 761	198 345 657	436 971 601	667 206 283	1 184 581 053
Sinistres Payés	2 995 452	35 617 423	170 996 664	643 759 257	717 211 883
Dotations aux provisions de sinistres	-	31 902 672	3 099 000	23 595 462	26 214 589
Charges de sinistres	2 995 452	3 714 751	167 897 664	620 163 795	690 997 294
Commissions	333 914	18 312 531	61 225 087	189 846 296	241 407 799
Frais généraux	6 196 235	75 296 028	212 583 712	161 309 284	257 882 884
Primes acquises aux réassureurs	6 489 916	27 064 202	128 066 016	44 721 463	95 786 014
Total	16 015 517	124 387 512	569 772 479	1 016 040 838	1 286 073 991
Solde brut	2 251 148	97 463 696	- 40 574 094	- 359 163 577	- 55 259 890
Solde de réassurance	- 5 542 904	- 23 505 551	- 92 226 784	10 329 022	- 46 233 048
Solde net	- 3 291 756	73 958 145	-132 800 878	- 348 834 555	- 101 492 938
S/PA	28,55%	1,95%	41,88%	101,55%	63,99%
FG/PE	59,01%	39,37%	45,72%	23,12%	23,37%
COM/PE	3,18%	9,58%	13,17%	27,21%	21,88%
Ratios combinés	90,73%	50,89%	100,77%	151,87%	109,25%

Source : Etats C1 SAAR SENEGAL et logiciel métier ORASS

A la lecture des résultats des ratios combinés, nous constatons que la branche maladie n'a été rentable que pendant les 2 (deux) premiers exercices à savoir en 2015 et en 2016 avec respectivement des taux de 90,7% et de 50,89%. Pour les années suivantes et jusqu'à la dernière étudiée en l'occurrence 2019 l'activité n'est pas rentable avec respectivement des taux de 100,77%, 151,87% et 109,25%.

En outre nous constatons aussi la proportion exagérée des frais généraux et nous pensons que les commissions de gestion versées aux courtiers n'y sont pas étrangères. En effet, pendant que le taux de référence est de 15% nous avons des taux au plus bas de 23% en 2018 et 2019 avec un plus haut de 59,01% en 2015 et des niveaux intermédiaires de 39,37% en 2016 et 45,72% en 2017. Donc la compagnie devrait le plus rapidement possible prendre des mesures allant dans le sens de la réduction de ces niveaux disproportionnés atteints et les ramener à des seuils inférieurs ou égaux à 15%. Dans le même temps aussi, nous voyons que les commissions qui semblaient être maîtrisées pendant les 3 (trois) premiers exercices, avec respectivement, en 2015, 2016 et 2017, des taux de 3,18%, 9,58% et 13,17% ont commencé à s'envoler à partir de 2018. En effet le taux de référence pour les commissions est de 20% et nous voyons que si elles sont inférieures à 15%, donc largement en dessous du seuil de référence, elles ont commencé à dépasser ce seuil à partir de l'année

2018, atteignant 27,21% pour cette dernière et 21,88% en 2019, ce qui pourrait s'expliquer par la forte dépendance aux intermédiaires comme expliqué plus haut.

Par ailleurs la compagnie devrait aussi revoir sa politique de réassurance pour la branche maladie car nous constatons que la part des réassureurs dans les sinistres est chroniquement, sauf en 2018, inférieure aux primes qui leur sont acquise ce qui a pour conséquence immédiate un solde de réassurance très largement en faveur des réassureurs.

Cette partie de notre étude nous a permis de faire l'état des lieux de la branche maladie au sein de SAAR SENEGAL. Ainsi, il est apparu que sa production est fortement dépendante de l'activité des intermédiaires, qui sont certes nécessaires, mais dont la société devrait chercher à se libérer un peu pour une meilleure maîtrise de son portefeuille. En outre même si la sinistralité est satisfaisante, malgré que la branche maladie soit réputée déficitaire, les objectifs de rentabilité sont plombés par les frais généraux anormalement élevés et une charge de commissions qui commence à être incontrôlable et tout ceci mis ensemble donne un ratio combiné de plus de 100% donc anéantissant tous les espoirs de réaliser l'exploit de rendre cette branche excédentaire sur la durée. Devant cette situation il importe de s'interroger sur les perspectives qui s'offrent à SAAR SENEGAL pour redresser cette branche déficitaire.

CHAPITRE II : LES PERSPECTIVES DE L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL

Dans le chapitre précédent de notre étude nous avons eu à faire l'état des lieux de la branche maladie au sein de la compagnie. Cela nous a permis de nous rendre compte que si elle occupe une part non négligeable dans le chiffre d'affaires de la compagnie, il n'en reste pas moins que son niveau de rentabilité est des plus préoccupants, ce qui pourrait avoir comme conséquence immédiate d'impacter négativement le résultat de la société. En outre la gestion de cette branche est caractérisée par le fait qu'elle est confiée aux courtiers qui bénéficie d'une commission d'apport et d'une commission de gestion en pourcentage de la prime nette et des accessoires. Ainsi, face à ce constat tiré du comportement de l'assurance maladie au sein du portefeuille, il semblerait, parmi les perspectives qui s'offrent à SAAR SENEGAL, qu'une importance particulière soit accordée à la mise en place d'un service maladie. Cependant, le cas échéant, il faudra des mécanismes de suivi et de contrôle pour son efficacité et sa pérennité.

Section 1 : Mise en place d'un service maladie au sein de SAAR SENEGAL

Pour la mise en place du service maladie au sein de la compagnie, nous avons procédé à un benchmarking auprès de plusieurs compagnies d'assurances du marché. Des différents entretiens que nous avons eus avec les responsables de services maladie, il en est ressorti que son organisation est, en principe, la même que celles des services classiques à la seule exception que ses éléments fondamentaux, et qui font sa spécificité, sont le réseau de prestataires de soins de santé et la présence d'un ou de plusieurs médecins conseils. Dès lors après avoir fait le point sur le contexte et la justification d'un service maladie (Paragraphe 1) nous essayerons de voir ce que devrait être le fonctionnement d'un tel service (Paragraphe 2) pour à la fin faire le tour des aspects du réseau de prestataires et de l'importance du ou des médecins conseils (Paragraphe 3).

Paragraphe 1 : Contexte et raisons de la mise en place d'un service maladie

Après avoir dressé le contexte actuel de l'assurance maladie à SAAR SENEGAL qui est marqué par sa gestion déléguée aux courtiers (A) dont nous essayerons de ressortir les avantages et les inconvénients, nous verrons les raisons qui pourraient sous-tendre la mise en place d'un service maladie (B).

A. Avantages et inconvénients de la gestion du portefeuille maladie confiée aux courtiers

La gestion de la branche maladie à SAAR SENEGAL est marquée par son externalisation au niveau des courtiers essentiellement Ascoma et Willis Towers Watson. Cette possibilité a été offerte aux courtiers par la circulaire de la CIMA N°00002/C/CIMA/CRCA/PDT/2013.

Par « gestion confiée » il faut entendre le fait que l'assureur donne au courtier, à travers une convention de collaboration, un mandat pour la gestion du volet prestations de la branche maladie autrement dit pour le remboursement des frais médicaux exposés par les assurés en ce qui concerne les contrats placés par le courtier ou souscrits par la compagnie et confié à ce dernier.

En outre, pour permettre au courtier d'être dans les conditions optimales pour la bonne exécution de son mandat, l'assureur met à sa disposition un « fonds maladie ». Ce dernier est un montant, fixé d'un commun accord, que l'assureur donne au courtier pour procéder aux différents remboursements. Ainsi, en lui transmettant le bordereau des remboursements effectués, mensuellement ou selon la périodicité convenue, le courtier le renseigne sur le niveau du fonds. En fonction des remboursements effectués, l'assureur le réapprovisionne pour le remettre à son niveau initial.

Par ailleurs, la DNA, dans rôle de protection des assurés et bénéficiaires de contrats d'assurance, régleme et contrôle cette activité en s'assurant, à travers des missions d'audit, que les courtiers aient toujours les capacités techniques et organisationnelles pour mener à bien leur mandat de gestion et à bien gérer les fonds confiés.

Ainsi, puisque la gestion de l'assurance maladie requiert quand même un tant soit peu des compétences et du personnel, combinés au fait que SAAR SENEGAL venait de débiter ses activités, la direction générale a décidé de confier la gestion de l'assurance maladie aux deux courtiers cités plus haut. De ce fait, dans les conventions de gestion maladie concluent entre SAAR SENEGAL et ses partenaires, nous relevons 2 (deux) formes de rémunération selon que le courtier est apporteur et gestionnaire ou gestionnaire uniquement. Donc si le courtier est apporteur et gestionnaire il aura 18% de la prime nette de commissions en guise d'apport et 15% de la même prime nette pour la gestion confiée et s'il n'est pas apporteur il n'aura que les commissions de gestion dans les mêmes proportions.

Pendant la connaissance de ces éléments nous amène à poser la question de savoir si la gestion déléguée est un avantage ou un inconvénient pour la compagnie ?

Nous avons identifié trois principaux avantages et trois inconvénients majeurs de la gestion déléguée.

Le premier avantage pour un assureur, dans la gestion déléguée, serait que celle-ci lui permettrait de réduire ses frais de gestion. En effet la gestion d'un contrat maladie est très couteuse en ressources humaines et en consommables. En plus le coût du travail ne fait qu'augmenter. Pour illustrer cela nous pouvons prendre l'exemple du Sénégal où le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG)²⁴ a augmenté en plus d'une autre augmentation sur des salaires allant de 5% à 8%²⁵. Ainsi en rémunérant les courtiers gestionnaires à hauteur d'un taux fixe de 15%, généralement au plus, l'assureur connaît à l'avance ses frais. Donc à travers la délégation l'assureur optimise ses coûts de gestion.

Le second avantage permet à l'assureur de se concentrer sur d'autres segments du marché et concevoir des offres pour les prospects et se positionner sur la souscription des gros risques. En effet les assureurs ont tendance à considérer la maladie comme une branche dans laquelle l'essentiel du travail se fait au niveau des prestations. Donc en déléguant la gestion il gagne du temps pour se consacrer aux autres risques considérés comme ayant plus d'importance.

Le dernier avantage que nous pourrions tirer de la gestion déléguée est qu'elle permet à l'assuré de changer d'assureur sans grandes difficultés. En effet, en cas d'insatisfaction ou de démarchage d'un autre assureur plus convaincant, un souscripteur peut décider de changer de compagnie. Pour ce faire s'il a le même courtier, celui-ci ne fera que placer le contrat chez le nouvel assureur tout en continuant de garder la gestion des prestations. Cela fera que le changement d'assureur ne se fera presque pas sentir.

Ceci étant, qu'en est-il des inconvénients ?

Premier inconvénient : la délégation de gestion prive l'assureur du contact direct avec le client car ce dernier entretient l'essentiel de ses relations contractuelles avec le courtier. De nos enquêtes sur le terrain il est ressorti qu'un nombre assez important d'assurés ne connaissent pas l'assureur qui leur donne la garantie, seul le souscripteur le connaît, car sa

²⁴ De 36 243 F CFA à 58 900 F CFA depuis le 1^{er} décembre 2019.

²⁵ 5% pour les cadres et 8% pour les non cadres.

dénomination ne figure pas sur la carte de santé et naturellement en cas de besoins (réclamations, bon de prise en charge etc.) ils se dirigent vers le gestionnaire.

Le deuxième inconvénient résulte de la nature de la délégation de gestion. En effet, puisque la gestion de la branche maladie est déléguée l'assureur n'a pas besoin d'un personnel qualifié dans cette matière mais au fil du temps c'est toute une compétence et une expertise qu'il risque de perdre. Pour illustrer cela nous n'avons pas besoin d'aller loin car à SAAR SENEGAL nous n'avons, pour le moment, aucune expertise affirmée dans la gestion de la branche maladie et nous nous cantonnons à enregistrer les souscriptions et les prestations de nos courtiers gestionnaires.

Le dernier inconvénient est au niveau du manque de données statistiques sur la consommation des différents clients. En effet pour une meilleure maîtrise du portefeuille et pour pouvoir affiner et améliorer ses offres l'assureur a besoin de statistiques pour connaître le comportement de ses assurés par postes de consommation en valeurs absolues et relatives. Mais avec la délégation, cela est compromis puisque ces données sont au niveau du gestionnaire alors que si l'assurance maladie était internalisée la compagnie les aurait à sa disposition.

Tableau 8 : Les frais de gestion versés aux courtiers gestionnaires

Années	2016	2017	2018	2019
Chiffre d'affaires maladie	191 244 286	464 970 424	697 802 986	1 103 321 963
Taux commissions de gestion	15%	15%	15%	15%
Commissions de gestion	28 686 643	69 745 564	104 670 448	165 498 294

Source : Etats C1 SAAR SENEGAL

A la lecture de ces données nous constatons que les frais de gestion ne font qu'augmenter d'année en année. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils résultent de l'application d'un taux, 15%, sur le chiffre d'affaire de la branche maladie. Donc le montant des frais de gestion est en relation avec les souscriptions dans la branche. En filigrane de ce tableau, nous voyons aussi la difficulté voire l'incapacité de la compagnie à maîtriser ces coûts qui d'une année à l'autre, de 2018 à 2019, passent de 104 670 448 (cent quatre millions six cent soixante-dix mille quatre cent quarante-huit) F CFA à 165 498 294 (cent soixante-cinq millions quatre cent quatre-vingt-dix-huit mille deux cent quatre-vingt-quatorze) F CFA soit une augmentation de 58%.

Cependant ces observations constituent-elles des raisons suffisantes pour la mise en place d'un service maladie ?

B. Les raisons de la mise en place d'un service maladie

Malgré la délégation de gestion l'assureur est toujours obligé de faire appel à du personnel pour la gestion des sinistres maladies. En effet, les courtiers gestionnaires transmettent à l'assureur, selon une périodicité convenue dans la convention les liant (chaque mois en général), un état récapitulatif des remboursements traités pour son compte avec les factures idoines. A la réception de cela l'assureur procède à un retraitement de ces factures de soins pour voir si tous les paiements ont respecté les taux de couverture, les exclusions et les plafonds de garantie. Ainsi, ce contrôle crée une sorte de double emploi.

En outre pour faire ce travail un agent d'un autre service devra être réquisitionné ce qui crée un déséquilibre dans son service de provenance en plus de comporter un risque car cet agent n'est pas sensé maîtriser les contours et les spécificités de la gestion des sinistres maladies. De ce fait ce retraitement, en plus, engendrera une augmentation des frais généraux.

Par ailleurs l'assureur devra nécessairement faire passer ce retraitement dans son logiciel métier mais puisque la gestion est déléguée les agents ne sont pas habitués à manipuler l'environnement du logiciel concernant la branche maladie surtout dans son volet gestion des sinistres avec le risque d'erreur de manipulation et de lenteur que cela comporte.

Ainsi pour avoir une vue synoptique de l'environnement d'un service maladie, nous nous proposons de procéder à son analyse SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces) et de donner une estimation des charges dans les tableaux suivants :

Tableau 9 : Analyse swot d'un service d'assurance maladie au sein de SAAR SENEGAL

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> -Leadership et engagement affirmé dans la branche maladie. -Autonomie en matière de décision et de gestion. -Simplicité et maîtrise des flux de prise en charge des soins particuliers -Conventions avec des nombreux prestataires de soins de santé et possibilité de nouer des relations d'affaires dans d'autres branches d'assurance. -Acquisition de compétences dans le domaine de la gestion de la branche. 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance de ressources humaines qualifiées dans la gestion administrative et financière de la branche. -Coût de la formation des ressources humaines ou transfert de personnel. -Inexpérience dans la gestion administrative et financière d'un service maladie.
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> -Fort besoin de la compagnie d'avoir une lisibilité et une maîtrise de la branche. -Proximité renforcée avec la clientèle et possession des statistiques de consommation pour affiner les offres et la tarification. -Possibilité d'intégrer la digitalisation dans les procès de la compagnie, ouverture d'une large fenêtre de communication à travers les cartes de santé. -Maîtriser les frais de gestion en les rendant variables et plus fixes, des exclusions et des dépassements. 	<ul style="list-style-type: none"> -Risque de tension de la trésorerie avec des paiements de gros montants de façon bihebdomadaire ou mensuelle. -Risques de renvoie des assurés par les prestataires de santé en cas de retards récurrents de paiements. -Risques d'atteinte à l'image de marque en cas d'insatisfaction des assurés. -Risque de résistance et de représailles face au changement des courtiers gestionnaires qui perdront naturellement en commissions de gestion.

Tableau 10 : Les charges annuelles estimatives d'un service maladie au sein de SAAR SENEGAL

Rubriques	Prix unitaires	Quantités	Prix total
Aménagement	500 000	1	500 000
Bureau	300 000	2	600 000
Ordinateurs	400 000	2	800 000
Imprimante Multifonctionnelle	215 000	1	215 000
Imprimante EVOLIS (Pour cartes de santé)	1 629 580	1	1 629 580
Total charges variables	3 044 580	7	3 744 580
Ressources humaines	800 000	12	9 600 000
Total charges	3 844 580		13 344 580

Source : Enquêtes sur le terrain

Nous constatons d'emblée que les frais de gestion annuels d'un service maladie sont largement inférieurs à ceux, pour la même durée (frais de gestion annuels), des commissions de gestions versées aux courtiers. En effet, si nous prenons comme référence le dernier exercice clôturé c'est-à-dire 2019 où les frais de gestion s'élevaient à 165 498 294 (cent soixante-cinq millions quatre cent quatre-vingt-dix-huit mille deux cent quatre-vingt-quatorze), ils sont plus de 10 (dix) fois supérieurs aux frais de gestion annuels d'un service maladie qui sont de 13 344 580 (treize millions trois cent quarante-quatre mille cinq cent quatre-vingt) F CFA selon l'estimation ci-dessus. Pour la première année du service nous pensons qu'un producteur et un gestionnaire sinistres devraient suffire et en fonction du développement du service combler ses futurs besoins en ressources humaines. Puisque les chiffres parlent d'eux-mêmes nous pensons que tout autre commentaire serait superflu.

Toutefois s'il semble existé des raisons qui plaident en faveur de la mise en place d'un service maladie, il devrait, le cas échéant, avoir une organisation et un fonctionnement de qualité.

Paragraphe 2 : Organisation et fonctionnement du service maladie

Pour une plus grande simplicité dans la gestion des contrats nous proposons que la date d'échéance de tous les contrats maladie, quelle que soit leur date de souscription, soit fixée au 31 décembre de l'année de souscription. Cela aura pour avantage d'éviter la constitution de provisions pour risques en cours (PREC) et des provisions pour sinistres à payer (PSAP) à l'exception du mois de décembre où il faudra en faire pour les remboursements de ce mois qui se feront en janvier, en plus de faire coïncider la fin du contrat avec celle de l'année civile et de la clôture des comptes. Mais qu'en serait-il des contrats souscrits au-delà du 1er janvier et qui arriveront naturellement à terme après le 31 décembre ? Pour ces contrats, nous proposons de faire un contrat au prorata de la date d'effet

jusqu'au 31 décembre et pour l'exercice suivant d'émettre un avenant de renouvellement du 1er janvier au 31 décembre.

Ceci rentre dans les fonctions des agents du service maladie, et comme toute fonction, elles doivent être remplies de manière rapide et précise et avec un impact appréciable sur les coûts de gestion. Ainsi parmi ces fonctions avons-nous celle de producteur (A) et celle de gestionnaire de sinistres (B).

A. La production au sein du service maladie

D'abord le producteur maladie est en charge de la souscription dans ses différentes déclinaisons notamment les affaires nouvelles, les avenants de renouvellement, d'incorporations, de retraits, d'ajustements de primes et la délivrance des cartes de santé.

A.1. La production des affaires nouvelles

Par affaires nouvelles il faut entendre tous les prospects qui viennent de faire leur entrée dans le portefeuille de la compagnie. Dans la pratique le processus de production est le même que nous soyons dans le cadre d'une assurance individuelle, famille ou groupe.

A cet effet le producteur, après entrée en relation avec le prospect, lui transmet la fiche d'information pour le renseigner sur les garanties, les exclusions et le prix conformément à l'article 6 du code des assurances.

Après cela, le producteur maladie transmet au prospect le questionnaire maladie que ce dernier devra remplir avec les informations précises. Une fois cela fait, le prospect lui retourne le questionnaire rempli et signé accompagné de sa photo. Après avoir étudié le questionnaire et pris la décision de donner sa garantie, le producteur transmet au prospect l'offre d'assurance maladie qui contiendra les nom et prénom du souscripteur, le taux de couverture, la territorialité de la couverture, le plafond de garantie de la police, le tableau des garanties et leurs plafonds respectifs le cas échéant et le montant de la prime toutes taxes comprises (TTC). Celle-ci sera éclatée en 4 lignes distinctes, prime nette, accessoires, taxes (le cas échéant) et la somme de ces trois constituera la prime totale que devra payer le souscripteur. La base de la taxe est constituée par la prime nette majorée des accessoires qu'on multiplie par le taux de taxe (celui-ci est de 10% pour les « contrats maladie individuelle » et de 3% pour les « contrats maladie groupe »). Il importe de préciser que le tableau de l'ajustement des primes devra être annexé à la proposition d'assurance et clairement expliqué au prospect et la même chose aussi pour le contrat.

A la suite de ce qui précède, à la réception de l'acceptation de l'offre par le souscripteur/prospect, le producteur passe à l'étape de l'établissement du contrat. Pour ce faire il y a le modèle word qu'il adopte aux spécificités du souscripteur. Ceci fait, il imprime le contrat en deux ou trois exemplaires. Deux exemplaires si c'est une affaire en direct avec sur chaque exemplaire, la mention « à nous retourner signé » et « assuré ». Trois exemplaires dans le cadre d'une affaire obtenue par l'entremise d'un courtier. Dans ce dernier cas, en plus des deux mentions précitées nous aurons aussi celle « courtier ». L'exemplaire « à nous retourner signé » est celui de la compagnie. Une fois celui-ci signé et retourné par le souscripteur, le producteur lui crée un dossier en mettant le numéro de police, la branche concernée, les nom et prénom ou dénomination du souscripteur, la date d'effet et d'échéance du contrat et, le cas échéant, les nom et prénom ou la dénomination de l'intermédiaire pour les garder soigneusement dans les cartons d'archivage.

Ceci étant, si la souscription des affaires nouvelles est importante pour l'assureur, il en est de même des renouvellements.

A.2. La production des renouvellements

Pour la gestion des renouvellements il faudra garder à l'esprit que les contrats d'assurance maladie sont le plus souvent conclus à tacite reconduction c'est-à-dire que les garanties du contrat reprennent automatiquement effet à son échéance s'il n'est pas dénoncé par l'une des parties. A cet effet le producteur devra, au moins 45 jours avant l'échéance du contrat, envoyer au souscripteur et/ou l'assuré, à sa dernière adresse connue, un avis d'échéance et lui rappeler le montant dont il est redevable. Cet avis matérialisé par une lettre avec accusé de réception ou décharge devra rappeler que le contrat sera résilié de plein droit si la prime de renouvellement n'est pas payée dans les délais prévus par l'article 13 du code CIMA. Si la durée de la tacite reconduction n'est pas mentionnée dans le contrat, celui-ci pourra être résilié, sans indemnité, chaque année, à la date anniversaire de sa prise d'effet moyennant un préavis d'un mois au moins (article 24 alinéa 2 code des assurances). En ce qui concerne les formalités de confection et de transmission du contrat le même procédé que celui des affaires nouvelles sera respecté mais dans le souci de ne pas encombrer les parties de paperasse, pour les renouvellements l'envoi d'une seule page, dans le respect du nombre d'exemplaires nécessaires, renseignant les aspects essentiels de l'engagement des parties sera suffisant. En outre dans la vie du contrat d'assurance maladie nous pouvons éventuellement avoir des modifications communément appelées avenants.

Les avenants sont des documents qui constatent toutes les modifications du contrat d'assurance acceptées et signées par les parties. Dans le contrat maladie les avenants que nous rencontrons le plus souvent sont les avenants de renouvellement (étudié précédemment), d'incorporation, de retrait et d'ajustement.

A.3. Les avenants d'incorporation

Les avenants d'incorporation consistent à faire bénéficier des garanties de la police un ou plusieurs nouveaux adhérents par rapport au contrat de départ. Concrètement le producteur reçoit la demande du souscripteur d'incorporer un nouvel assuré (seul ou avec les membres de sa famille), à qui il sera remis aussi un questionnaire qu'il devra renseigner et signer. Les avenants d'incorporation sont plus fréquents en « assurance santé groupe ».

La prime correspondante à cette incorporation est calculée au prorata du nombre de jours allant de la date de cette incorporation à l'échéance du contrat, frais et taxes en sus. Le producteur calcule le nombre de jour restant à courir de la date de cette demande ou de la date d'entrée souhaitée par le souscripteur à la date d'échéance. C'est ce nombre qui sera divisé par le nombre de jours de l'année (en principe 365 jours) et multiplié par la prime nette annuelle pour obtenir celle correspondante à l'incorporation.

Pour le décompte du nombre de jours de prorata, le producteur fera la différence entre le jour de la prise d'effet de l'incorporation et la date d'échéance plus 1(un) jour parce que le jour de la date d'effet fait partie de la garantie. Pour les années bissextiles (année de 366 jours) il faudra diviser par 366 (trois cent soixante-six). Nous pouvons reconnaître ces années en divisant le millésime de l'année de référence par 4 (quatre), si le résultat est un nombre entier alors nous sommes dans une année bissextile.

Cependant à côté de ces avenants il existe aussi les avenants de retrait.

A.4. Les avenants de retrait

Les avenants de retrait sont tout à fait le contraire de ce que nous venons de voir. En effet ils se résument à ne plus faire bénéficier des garanties de la police un ou plusieurs adhérents. Par conséquent le souscripteur aura une ristourne de prime correspondant à la période allant du jour de ce retrait jusqu'à l'échéance du contrat. Le processus sera le même que pour les avenants d'incorporation.

Cependant parmi les avenants les plus rencontrés il y a un dernier et non moins important qui est l'avenant d'ajustement de prime.

A.5. L'avenant d'ajustement de prime

A chaque échéance du contrat maladie il est procédé à ce qui s'appelle un ajustement. Celui-ci consiste à revoir à la baisse ou la hausse la prime provisionnelle, payée en début de contrat, en fonction de la sinistralité de celui-ci. Mais pourquoi cette question est-elle épineuse alors ? Elle l'est parce que de notre propre expérience et des informations glanées sur le marché, il est de plus en plus difficile d'appliquer cette clause alors qu'elle figure pourtant dans le contrat qui est signé par les parties. En effet, les souscripteurs ont tendance maintenant à ne pas vouloir de l'application de cette clause. Et en cas de persistance de l'assureur, ils utilisent un subterfuge consistant à résilier leur contrat et d'en souscrire un nouveau chez un autre assureur.

Toutefois, juridiquement, le fait de résilier le contrat ne doit pas faire obstacle à l'application de la clause d'ajustement mais à notre connaissance nous n'avons pas encore eu échos d'un litige devant les tribunaux opposant un assureur et un souscripteur concernant le refus de ce dernier de s'acquitter de celle-ci. Ainsi, lentement mais sûrement, nous sommes en train de nous diriger vers une abrogation de fait de la clause d'ajustement dans les contrats maladie parce que de plus en plus de souscripteurs, surtout les gros clients, exigent maintenant un contrat d'assurance maladie sans clause d'ajustement. Et avec la course effrénée vers le chiffre d'affaires, nous ne serons pas surpris si certains assureurs décident de tenter le coup.

Mais pour remédier à cela, les acteurs du marché ont le projet de faire en sorte que même si un souscripteur résilie son contrat chez un assureur x, s'il se dirige vers un assureur y, celui-ci n'acceptera pas de lui donner sa garantie s'il ne prouve pas qu'il a payé l'ajustement le cas échéant. Mais est ce que tout le monde jouera le jeu ? Seul l'avenir nous le dira.

Donc le producteur maladie devra faire preuve de beaucoup de tact et être un fin stratège pour résoudre cette épineuse question. Dans la pratique, au plus tard 3 (trois) mois après l'échéance du contrat le producteur, ayant à sa disposition tous les éléments relatifs à la sinistralité, procède au calcul du rapport charge de sinistres sur primes acquises (S/P). Ainsi, en fonction des taux prévus dans le tableau d'ajustement, notifie au souscripteur la baisse ou l'augmentation de la prime provisionnelle dont le souscripteur s'est acquitté en début du contrat.

Par ailleurs le producteur devra aussi s'occuper de la délivrance des cartes de santé aux assurés et bénéficiaires de contrats d'assurance.

A.6. La délivrance des cartes de santé

Ces cartes qui sont utilisées dans le système du tiers payant doivent contenir un certain nombre d'informations concernant les assurés et bénéficiaires. En effet, sur ces cartes, doivent figurer les noms, prénoms et dates de naissance de chaque assuré, en fonction qu'il soit seul ou en famille avec conjoints et enfants, la dénomination et le logo de la compagnie d'assurance, la dénomination (en cas de personne morale) du souscripteur, le numéro de la carte et la durée du contrat (nous entendons par là la date d'effet et la date d'échéance).

Cependant qu'en est-il des photos des bébés ? D'après nos multiples entretiens avec les responsables maladie du marché, deux méthodes sont privilégiées. L'une consiste à faire figurer sur la carte du bébé la photo de son ascendant qui est l'assuré principal (père ou mère). Quant à l'autre méthode il s'agit de mettre sur la carte du bébé la photo de son ascendant qui est l'assuré principal (père ou mère) jusqu'à l'âge de 5 ans et, au-delà de cet âge, de commencer à y faire figurer la photo de l'enfant. Toutefois pour notre service maladie nous proposons, pour plus de sécurité, de faire figurer sur la carte de santé la photo du bébé et de lui faire une nouvelle carte à chaque renouvellement.

Mais il reste aussi une question concernant la perte de la carte de santé par ses titulaires. La réponse à cette préoccupation consiste à établir une nouvelle carte de santé pour ceux et celles qui l'auront perdue, gratuitement ou moyennant 1 000 (mille) F CFA, après remise à l'assureur d'un certificat de perte délivré par les autorités compétentes.

Pour la confection des cartes de santé elle est peut être internalisée ou confiée à un prestataire. Cependant pour plus de réactivité et de maîtrise des coûts nous préconisons de les faire en interne. A cet effet nous sommes entrés en contact avec un prestataire²⁶ qui fournit la machine, le kit, le logiciel et la formation nécessaire pour la confection des cartes de santé.

Ceci étant, le bon fonctionnement du service maladie ne repose pas seulement sur le producteur car nous aurons aussi besoin d'un bon gestionnaire de sinistres.

²⁶ REGIODIS (Régional Distribution Services), Point E, Rue de Diourbel-Dakar.
Tél : 00221 76 455 11 11 / 00221 33 825 50 80.

B. La gestion des sinistres au sein du service maladie

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le contrat d'assurance maladie est un contrat de remboursement. Par conséquent le gestionnaire de sinistre devra gérer les deux types de remboursements connus sur le marché à savoir le remboursement direct et le remboursement à travers le tiers payant.

A cet effet il devra veiller à avoir en sa possession, dans tous les types de remboursement, les éléments suivants : la feuille de soins, une copie de la carte de santé (dans le cadre du tiers payant), la raison sociale (dans le cas d'une personne morale), la date de facturation, l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance, sexe), le numéro de la facture, la désignation de chaque acte, le nombre de coefficients de chaque acte, la valeur monétaire contractuelle du coefficient, la valeur totale partielle pour chaque acte, le total général en chiffres et en lettres, la signature et le cachet du médecin.

A la suite de cela il devra procéder au traitement dans le logiciel métier et transmettre l'ordre de règlement à la comptabilité pour paiement dans le délai convenu. Nous rappelons, s'il en est besoin, que le respect scrupuleux de ce délai de paiement est l'un des critères de compétitivité les plus importants pour une compagnie d'assurances opérant dans la branche maladie.

En outre pour optimiser la gestion des exclusions nous proposons de les paramétrer dans le logiciel métier. De ce fait quand le gestionnaire sinistre saisira un médicament ou un acte médical exclu, le logiciel métier le lui rappellera automatiquement.

Dans tous les cas, en cas d'exclusions, une lettre devra être envoyée au prestataire concerné avec les motifs de cette exclusion accompagnée des factures transmis par ce prestataire.

Toutefois il nous semble opportun de mettre en exergue l'aspect pratique de la gestion des sinistres en assurance maladie au regard des différentes garanties à savoir les consultations, la pharmacie, les analyses médicales, les soins dentaires, les verres et lunettes, la maternité, les soins paramédicaux et les hospitalisations.

B.1. Les consultations

Par consultations il faut entendre les consultations chez les généralistes et les consultations chez les spécialistes. Dans les deux cas le gestionnaire de sinistre devra veiller à ce que le montant réclamé par le prestataire corresponde à l'application du taux de couverture sur les frais réels prévus par le tarif convenu avec le prestataire. Pour le tarif il

s'agit, en général, de celui des hôpitaux publics ou de celui du syndicat des médecins privés du Sénégal.

En outre il faudra veiller aussi à exclure les consultations de contrôle. Une consultation de contrôle est celle effectuée par le même patient chez le même prestataire de santé à moins de 15 jours d'intervalle. Elle fait l'objet d'exclusion parce que l'assurance maladie est curative et non préventive.

B.2. La pharmacie

Pour les frais de santé relatifs à la pharmacie le gestionnaire de sinistre devra vérifier que la date de l'ordonnance est la même que celle sur la feuille de soins et s'assurer du versement du ticket modérateur par l'assuré au niveau du pharmacien matérialisée par le ticket de caisse. Pour la pharmacie il faut veiller à l'application des exclusions prévues dans le contrat surtout pour les vitamines, les fers et les vaccins.

B.3. Les analyses médicales

Pour les analyses médicales il faudra la prescription d'analyses du médecin traitant. Le gestionnaire de sinistre devra vérifier que la valeur monétaire de chaque coefficient d'actes appliqué corresponde bien à celui convenu et se limiter à celui-ci dans tous les cas sans oublier d'appliquer les exclusions le cas échéant. Pour cette garantie aussi nous aurons besoin du médecin conseil.

B.4. Les soins dentaires

Pour les soins dentaires nous avons les soins conservateurs, la radiologie dentaire et l'orthodontie, les prothèses dentaires sont généralement exclues. Dans ce cadre le gestionnaire devra veiller au respect du tarif convenu sans oublier le plafond de garantie qui correspond à un montant forfaitaire, fixé contractuellement, et qui s'applique à chaque bénéficiaire.

B.5. Les verres et lunettes

Pour cette garantie l'assureur fixe soit un montant global pour les verres et les montures soit un montant pour les verres et un autre pour les montures. Pour voir cette garantie remboursée ou prise en charge par le tiers payant l'assuré doit avoir d'abord consulté un ophtalmologue qui lui aura délivré une ordonnance pour des lunettes tout en ayant précisé la nature de l'affection. Ainsi il se dirigera vers l'opticien qui lui fera un devis dans le respect des prescriptions du médecin traitant et du plafond de garantie sinon il supportera le surplus. C'est muni de ce devis que l'assureur lui délivrera un bon de prise en charge qu'il présentera

chez le même opticien pour se voir délivrer ses verres et lunettes. Il importe de préciser que le changement de verres se fait généralement tous les 2 (deux) ans.

En lunetterie nous rencontrons plus souvent des cas de dépassement de plafond que d'exclusions. Donc l'attention du gestionnaire devra porter sur les plafonds de garantie.

B.6. La maternité

La maternité n'est pas une maladie en tant que telle mais c'est plutôt les aléas qui entourent cet évènement qui sont pris en charge par l'assurance maladie. Elle regroupe les soins pré et post natals, l'accouchement simple, l'accouchement chirurgical et l'accouchement gémellaire. Pour cette garantie l'assuré, hormis les différents frais légitimes inhérents à la maternité, l'accouchement est géré à travers un bon de prise en charge dans un hôpital ou clinique du réseau de prestataires de la compagnie (la patiente peut aussi décider d'accoucher dans un établissement de santé ne faisant pas partie du réseau de prestataires de l'assureur, dans ce cas elle se fera rembourser). La maternité aussi connaît des plafonds de garantie ainsi qu'une limitation du nombre d'échographies par grossesse limité à 3 (trois) auxquels le gestionnaire devra veiller.

B.7. Les soins paramédicaux

Par soins paramédicaux il faut entendre la kinésithérapie, l'orthophonie et l'orthoptie. Pour ces garanties l'assuré devra produire une prescription du médecin traitant. A la suite de cela l'assureur lui délivre un bon de prise de charge chez le prestataire de son choix. Pour ces garanties aussi nous avons des plafonds de garantie par personne qui devront attirer l'attention du gestionnaire.

B.8. Les hospitalisations

Dans la couverture des frais de soins relatifs à l'hospitalisation nous avons l'hébergement, les soins médicaux, les soins chirurgicaux et les soins intensifs. Pour ces garanties aussi l'assuré adresse à l'assureur une demande de prise en charge avec toutes les précisions liées à l'affection. A la suite de cela l'assureur lui délivre un bon de prise en charge, après avis favorable de son médecin conseil, chez le prestataire de son choix. Une fois les soins prodigués le prestataire devra transmettre au gestionnaire, en plus des pièces habituelles, un compte rendu médical sur l'hospitalisation adressé au médecin conseil sous pli fermé. Pour ces garanties aussi nous avons des plafonds. Ceux-ci se limitent à un montant forfaitaire et un nombre de jours d'hébergement. Le montant forfaitaire est déterminé librement par l'assureur et le nombre de jours est limité, en général, à 8 (huit) jours. Nous pouvons aussi rencontrer des contrats où l'assureur accorde la même garantie pour un

accompagnant car dans certaines situations cela peut s'avérer nécessaire. Là aussi nous entrevoyons le rôle du médecin conseil.

B.9. Le transport

A travers cette garantie l'assureur couvre les frais de transport, par ambulance médicalisée, du bénéficiaire nécessités par son état de santé pour que celui-ci puisse être acheminé vers un centre de soins. Toutefois il doit être distingué de l'évacuation sanitaire qui, si elle est souscrite, concerne la prise en charge du transport de l'assuré, en cas de maladie grave ne pouvant être traitée dans son pays de résidence, vers un autre pays ayant des structures médicales adaptées à sa maladie. L'évacuation sanitaire s'effectue le plus souvent en avion. Concrètement le bénéficiaire transmet une demande de prise en charge à l'assureur qui, après avis favorable de son médecin conseil, lui délivre le bon de prise en charge. Pour ces garanties aussi nous avons des plafonds de garantie par personne qui devront attirer l'attention du gestionnaire.

Vu ce qui précède, il apparaît que la mise en place d'un service maladie pourrait permettre à l'assureur d'être mieux outillé afin de faire face aux différents problèmes qui minent la gestion de la branche maladie. Ainsi est-il opportun d'adopter des mécanismes de suivi et de contrôle.

Section 2 : Les mécanismes de suivi et de contrôle de l'activité du service maladie

Dans cette partie, après avoir procédé à une revue détaillée des risques liés à la pratique de l'assurance maladie une fois le service dédié mis en place (Paragraphe 1) nous proposerons des mécanismes de suivi et de contrôle qui pourraient y remédier (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les risques liés à l'assurance maladie

Ces risques sont liés au fait que le système d'assurance mis en place par la compagnie aura des incidences sur la demande et l'offre de soins. Ainsi nous constatons notamment que :

- la possibilité de souscrire à une assurance maladie peut inciter les individus dont la morbidité est la plus élevée, la création du service maladie peut amener certains bénéficiaires à changer de comportement et devenir laxistes et les prestataires à modifier leurs pratiques thérapeutiques pour favoriser la délivrance des actes les plus rentables pour eux et pas forcément les plus efficaces pour la santé des bénéficiaires (la rentabilité s'est invitée dans le débat sur la santé) ou en faire profiter indûment d'autres personnes. Ainsi, les principaux risques que nous considérons comme ayant un lien avec l'assurance maladie pourraient être :

- la sélection adverse (A),
- l'aléa moral (B),
- les fraudes et les abus (C).

A. La sélection adverse

C'est le risque que des personnes présentant un risque de maladie élevé souscrivent une assurance dans une proportion plus importante que les autres membres de la population assurée. Aussi appelée anti sélection, elle remet en cause un des fondements de l'assurance en l'occurrence la répartition du risque entre les malades et les personnes en bonne santé. La sélection adverse peut entraîner une compagnie dans une spirale dangereuse. En effet les bien-portants étant en nombre plus réduit que prévu, elle connaîtra un déséquilibre financier et sera amenée à augmenter ses cotisations. Dès lors, seuls les individus à plus fort risque de maladie seront intéressés à s'assurer creusant de ce fait le déficit et ainsi de suite.

B. L'aléa moral

Il est le résultat des actions combinées des bénéficiaires et des prestataires de soins. Les bénéficiaires ont une propension à consommer plus que d'habitude quand ils sont couverts par une assurance maladie, se disant des fois qu'il faut que les primes payées servent à quelque chose. Cet état d'esprit se traduit par un taux d'utilisation des services de santé anormalement élevé et une augmentation du coût moyen des soins couverts.

Quant aux prestataires de santé, ils ont tendance en cas d'existence d'une assurance, à prodiguer plus d'actes et plus de médicaments superflus. Par exemple un allongement de la durée de séjour en hospitalisation, la prescription systématique d'exams de laboratoire, de radiographies, d'échographies, ou encore une augmentation du nombre moyen de médicaments par ordonnance.

C. Les fraudes et abus

D'après nos enquêtes sur le terrain la fraude la plus répandue est l'usurpation d'identité c'est-à-dire le fait qu'une personne étrangère à la population couverte par l'assurance maladie (pères, mères, oncles, neveux, nièces, enfants des voisins etc.) bénéficie des prestations de santé, ceci toujours avec la complicité des assurés légitimes et souvent avec celle des prestataires de santé. Ainsi il sera constaté une augmentation fulgurante et inexplicable des dépenses de santé, hausse qui pourrait même atteindre des proportions catastrophiques pour la mutualité et l'assureur ne pourra que constater les dégâts.

Nous venons de voir que la gestion d'un service d'assurance maladie nous confronte à plusieurs risques qui peuvent menacer la stabilité du portefeuille. Mais des solutions n'existent-elles pas face à ces problèmes ? Il nous semble que oui.

Paragraphe 2 : Les mécanismes de suivi et de contrôle du service maladie

Leur but sera d'éviter la survenue des risques décrits ou de limiter au maximum leur impact dans les développements qui précèdent sinon de les réduire à leur plus simple expression. Ces derniers ne nous étant plus étrangers, les gestionnaires devront en tenir compte dans leurs actions quotidiennes. Les mécanismes que nous nous apprêtons à proposer ne sont nullement des recettes miracles ainsi les gestionnaires devront faire montre de beaucoup de créativité et d'une capacité d'adaptation extraordinaire pour la pérennité du service et partant de l'efficacité de l'assurance maladie. De ce fait nous nous proposons de voir tour à tour ces mécanismes, non exhaustifs, notamment ceux relatifs à la souscription (A), à la cogestion (B), à l'entente préalable (C), aux visites inopinées (D), au développement de la multidétention (E) et à la digitalisation (F).

A. Analyse du risque à la souscription

Il s'agira ici de développer la souscription des contrats dits « santé groupe » et mutualiser les contrats individuels et familles pour en faire des « groupes fictifs ». Ainsi cela pourrait permettre de réduire le risque d'anti sélection en éliminant la possibilité pour un individu ou une famille à morbidité anormale de pouvoir s'assurer seule.

Par ailleurs le risque d'anti sélection devrait être important au démarrage du service maladie car comme nous l'avons vu la majorité des souscriptions dans cette branche se réalise par l'entremise des courtiers et il serait risqué (pour la pérennité de la collaboration) de vouloir faire migrer ces risques vers SAAR SENEGAL en démarchant à ces derniers leurs clients. Donc il faudra se contenter des souscriptions directes et les développer dans le temps. Ainsi, avec l'aide de l'actuaire, un nombre minimum et raisonnable d'adhérents par contrat groupe devrait pouvoir être exigé afin de pouvoir bénéficier du système de tiers payant, dans le cas contraire ce sera avec celui de remboursement direct. Cela pourrait permettre d'avoir une certaine marge dès le départ en plus de pouvoir bénéficier au maximum des bienfaits de la mutualité. Cependant il faut faire preuve de beaucoup de tact auprès des prospects pour faire passer cela. Pour les éventuelles résistances nous pourrions les sensibiliser sur le fait que plus les adhérents seront nombreux plus l'assureur sera en mesure de leur garantir un service de qualité. En effet de nos enquêtes sur le terrain il est ressorti qu'il y a des compagnies qui ne donnent leur couverture en « santé groupe » qu'à partir de 50 (cinquante) bénéficiaires, l'effet recherché restant une réduction optimale de l'anti sélection mais aussi maximiser les possibilités de rentabilité.

B. La cogestion

Elle devrait permettre à la compagnie de pouvoir maîtriser le risque moral en le combattant sur le terrain de la surconsommation et de la sur-prescription. La cogestion est un cadre de rencontre et de dialogue entre l'assureur et le souscripteur pour discuter des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires. Son objectif est de faire le point de façon périodique (mensuelle, trimestrielle ou semestrielle) sur la consommation de la police afin de rester dans les seuils de sinistralité permettant d'éviter l'application de la clause d'ajustement. Ainsi l'assureur offre un service d'accompagnement au souscripteur pour la surveillance de ses dépenses de santé en sensibilisant les bénéficiaires à recourir aux soins de façon raisonnable et consciencieuse surtout en ce qui concerne la fraude. En effet tous les acteurs ont intérêt à ce que la sinistralité reste dans des proportions acceptables. L'assureur pour équilibrer son portefeuille, le souscripteur qui ne payera pas une majoration de prime et les bénéficiaires qui continueront de profiter de couvertures optimales. La cogestion devrait aussi être étendue aux prestataires de santé car à travers l'assurance santé ces derniers réalisent un chiffre d'affaires assez conséquent. Donc ils devraient être sensibilisés aux réalités de l'assurance maladie et aux impacts de leurs prescriptions dans la sinistralité dont la maîtrise des coûts doit être l'affaire de tous.

Toujours dans l'optique de maintenir l'équilibre de la mutualité, l'assureur devrait veiller à la rationalisation des dépenses de soins. En effet celle-ci consiste à accentuer le contrôle des prestataires sur les quantités d'actes pratiqués ainsi que les prix facturés aux assurés. A terme cela devrait éliminer sinon limiter la sur-prescription et les abus tout en permettant de prodiguer aux bénéficiaires les meilleurs soins aux coûts les plus raisonnables. Par exemple pour deux médicaments traitant la même affection prescrire le moins cher.

C. L'entente préalable pour les actes lourds

L'entente préalable est un mécanisme par lequel l'assureur, pour que la couverture puisse jouer, doit donner son autorisation. Pour cela il aura besoin du médecin conseil car c'est lui, en cas de saisine, qui doit donner son avis favorable ou non favorable pour la poursuite ou l'arrêt de l'opération. Par ce biais l'assureur pourra juger de la pertinence médicale de chaque demande de prise en charge qui lui sera présentée et du sort qui devra lui être réservé.

D. Les visites inopinées en cas d'hospitalisation

Le gestionnaire devra veiller, dans la limite du possible, à ce que les bénéficiaires des hospitalisations soit les vrais. En effet il est ressorti de nos enquêtes sur le terrain que

certaines personnes vont jusqu'à hospitaliser, à la charge de l'assurance santé, leurs ascendants alors que ces derniers ne font pas partie des bénéficiaires. Donc même si le médecin conseil a donné un avis favorable à une hospitalisation, le gestionnaire devra aller vérifier qu'il s'agit de l'assuré légitime. Toutefois il ne devra pas se comporter en inquisiteur, au risque de menacer la relation commerciale, mais plutôt en bon assureur qui vient s'enquérir de la situation de son client.

E. La multi-détention de contrats

La multi-détention est le fait pour un assuré de détenir au moins 2 (deux) contrats dans une même compagnie d'assurances et constitue une sorte de barrière à la sortie et un gage de rentabilité car les résultats des contrats pourraient se compenser pour in fine rendre l'activité excédentaire. En effet d'après une enquête de la tribune de l'assurance un assuré détenteur à la fois de contrats santé, auto et multirisque habitation reste 13 (treize) ans dans la même compagnie contre 7 (sept) ans avec 1 (un) contrat en assurance maladie seulement. Sur ce point SAAR SENEGAL a pris les devants en rendant obligatoire, dans ses bureaux et auprès de ses partenaires, pour la souscription d'un contrat maladie individuelle ou famille, celle d'un autre risque au moins (automobile, multirisque habitation, etc.). Cependant une étude devra être faite dans les années à venir pour analyser l'impact de cette politique de souscription sur la rentabilité de l'entreprise et voir si la réalité du terrain confirme la théorie.

F. La digitalisation

La digitalisation consiste à s'affranchir du support papier pour l'immatérialité du support numérique. Elle permet de scanner, identifier, affecter en gros gérer un dossier sinistre dans sa globalité sans papier ainsi que les courriers. Il permet aux services concernés un traitement dans les meilleurs délais, une réduction voire une absence de tâches administratives et par conséquent une gestion plus efficiente ainsi qu'une réduction des coûts de gestion. Avec les immenses possibilités d'interconnexion, entre l'assureur, les bénéficiaires, les courtiers et les prestataires de santé elle pourrait permettre une gestion des sinistres en temps réel, améliorer la qualité de service et lutter efficacement contre la fraude.

En outre la digitalisation, avec la possibilité d'avoir des cartes de santé à puce électronique recelant les données biométriques des bénéficiaires, permettrait de lutter efficacement contre la fraude dans son volet usurpation d'identité. En effet, si une carte de santé lui est présentée, le prestataire l'introduit dans un terminal et prend les empreintes du bénéficiaire pour vérifier qu'il s'agit bien de lui et poursuivre la procédure.

La digitalisation, à travers le stockage et la restitution des documents, permet d'optimiser les coûts du fait de la réduction de l'intervention humaine et des coûts de gestion. L'intérêt d'un tel procès est de peser sur les coûts de gestion dans le sens d'une baisse, tout en améliorant l'activité du gestionnaire en qualité de service à la clientèle et en délais.

CONCLUSION

La gestion de la branche maladie dans un portefeuille d'assurances n'est pas chose facile tant les intérêts des différents acteurs, l'assuré, l'assureur, les prestataires voire le courtier gestionnaire, sont divergents et difficiles à concilier.

L'assuré veut profiter des meilleurs soins tout en payant la prime la plus faible possible, l'assureur souhaite optimiser sa rentabilité et offrir à ses clients les meilleurs soins avec la meilleure cotisation, et les prestataires, souhaitant augmenter leur chiffre d'affaires, favorisent la sur-prescription et la surconsommation de soins médicaux au détriment, parfois, de l'équilibre du portefeuille de l'assureur. Cependant il semble que tous ces acteurs ont intérêt à une maîtrise commune des coûts générés par l'assurance maladie.

Le bénéficiaire a intérêt à surveiller sa consommation car plus celle-ci sera élevée plus son reste à charge le sera aussi sans compter l'éventuelle application de l'ajustement de prime le cas échéant. Les prestataires de santé aussi ont grand intérêt à voir le système d'assurance maladie être pérenne car celui-ci leur apporte un chiffre d'affaires non négligeable. Donc ils devraient plus s'impliquer dans la lutte contre la fraude, la sur-prescription et les abus.

L'assureur de son côté peut trouver un certain intérêt dans la surveillance de la consommation de ses clients. Ceci en mettant en place un cadre de cogestion incluant les assurés et les prestataires de soins. Ainsi cette concertation leur permettra de sensibiliser sur les maux qui gangrènent la branche et de veiller à ce que les consommations soient raisonnables, bénéficient à qui de droit et restent dans des proportions garantissant la pérennité du système. En outre les assureurs devraient aussi saisir les formidables opportunités offertes par la digitalisation pour améliorer les performances de la branche maladie. Dans ce cadre ils pourraient réfléchir au développement de solutions, cohérentes avec les attentes du public et en harmonie avec la législation, pour donner plus d'envergure à l'assurance maladie surtout dans ses aspects maîtrise des coûts et optimisation de la rentabilité.

Tout ce qui précède montre en suffisance que l'enjeu principal de la gestion de la branche maladie se résume à trouver le bon équilibre entre la maîtrise de la consommation et des coûts y relatifs, la satisfaction optimale des assurés et bénéficiaires et la qualité des services offerts par les prestataires de santé sans laisser en rade le courtier qui demeurera toujours un partenaire incontournable.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANSD). Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé, 2018.

BECKER C., DIAKHATE M., & FALL A. Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités ? Karthala, 2008.

DUSSAULT G., FOURNIER, P., & LETOURMY, A. L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque Mondiale. (2006).

DURIEUX J. & LORENZI J.H Prévention santé, l'Insurtech au service de l'humain, Collection Les Livres Blancs Assurance, 2018.

FALL C. Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes. ESS – Document n° 9, Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale, Genève. (2003).

GUIZOUARN J.C. & MARESCAUX N. Assurance Santé : Segmentation et Compétitivité, ECONOMICA, 2004.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE DU SENEGAL. Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais, Rapport, 2012.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). ETAT DE LA SANTE dans la Région africaine de l'OMS. Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Tarif des hôpitaux publics du Sénégal

Annexe 2 : Tarif du syndicat des médecins privés du Sénégal

Annexe 3 : Devis kit confection cartes de santé

Annexe 4 : Modèle de convention entre SAAR SENEGAL et les prestataires de santé

Annexe 5 : Réseau de prestataires de santé SAAR SENEGAL

ANNEXE 1 :
TARIF DES HOPITAUX PUBLICS DU SENEGAL

Imprimer

ARRETE INTERMINISTERIEL n° 738 en date du 21 février 2005

ARRETE INTERMINISTERIEL n° 738 en date du 21 février 2005 fixant les valeurs maximales et minimales des tarifs d'hospitalisation, des consultations des soins externes et des cessions applicables aux établissements publics de santé hospitaliers

Chapitre premier. - Dispositions préliminaires

Article premier. - Le présent arrêté fixe les valeurs maximales et les valeurs minimales relatives aux tarifs d'hospitalisation, des consultations, des soins externes et des cessions applicables aux établissements publics de santé hospitaliers.

Art. 2. - La tarification fixée par le présent arrêté est modulable par délibération du Conseil d'administration de chaque établissement public de santé hospitalier dans la limite de la fourchette fixée.

Chapitre II. - Consultations - acte chirurgical et autres actes pratiqués à titre externe

Art. 3. - Les tarifs des consultations, des actes chirurgicaux et autres actes pratiqués à titre externe dans les établissements publics de santé hospitaliers de niveau 3 sont fixés comme suit :

ACTE	LETTRE CLE	VALEUR MAXIMALE	VALEUR MINIMALE
Consultation médecin spécialiste	Cs	6000	2000
Consultation simple	C	3000	1000
Radiologie	Z	1000	500
Biologie	B	200	100
Acte opératoire	K	1500	500
Acte d'exploration fonctionnelle	Kr	1000	500
Acte d'exploration fonctionnelle	Kr	1000	500
Petite chirurgie et Soins	PC	1500	500
Soins dentaires	D	1000	500
Kinésithérapie	AMM	750	250

Art. 4. - Les tarifs des consultations, des actes chirurgicaux et autres actes pratiqués à titre externe dans les établissements publics de santé hospitaliers de niveau 1 et 2 sont fixés comme suit :

ACTE	LETTRE CLE	VALEUR MAXIMALE	VALEUR MINIMALE
Consultation médecin spécialiste	Cs	3000	1000
Consultation simple	C	2000	500
Radiologie	Z	500	250
Biologie	B	100	50

Acte opératoire	K	700	350
Acte d'exploration fonctionnelle	Kr	500	250
Petite chirurgie et Soins	PC	700	350
Soins dentaires	D	500	250
Kinésithérapie	AMM	350	175

Art. 5. - Le paiement des consultations, cessions et actes médicaux est exigible avant toute prestation à l'exception des cas d'urgence qui sont pris en charge sans formalités préalables.

Art. 6. - Les détenteurs d'un titre de garantie (imputation budgétaire ou lettre de garantie) doivent s'acquitter de la part à leur charge. Le personnel de la Santé et leurs ayants droit sont exonérés de la part à payer.

Art. 7. - Les consultations et actes pratiqués au profit des malades hospitalisés, à leur demande, et sans rapport direct avec le motif de l'hospitalisation, sont facturés selon les tarifs définis aux articles 3 et 4.

Chapitre III. - Hospitalisations

Art. 8. - Les prix de la journée d'hospitalisation dans les établissements publics de santé hospitaliers de niveau 3 y compris les prestations annexes, à l'exception des actes opératoires, sont fixés comme suit :

CATEGORIE	VALEUR MAXIMALE	VALEUR MINIMALE
1	8000	4000
2	6000	3000
3	4000	2000
Soins intensifs	8000	4000

Art. 9. - Les prix de la journée d'hospitalisation dans les établissements publics de santé hospitaliers de niveau 1 et 2, y compris les prestations annexes, à l'exception des actes opératoires, sont fixés comme suit :

CATEGORIE	VALEUR MAXIMALE	VALEUR MINIMALE
1	6000	3000
2	4000	2000
3	2000	1000
Soins intensifs	6000	3000

Art. 10. - Les particuliers à leurs frais doivent s'acquitter d'une provision équivalente au moins à dix journées d'hospitalisation avant leur admission.

Chapitre IV. - Forfaits

Art. 11. - Les tarifs forfaitaires pour les accouchements sont fixés comme suit :

ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE HOSPITALIERS

	VALEUR MAXIMALE	VALEUR MINIMALE
Accouchement simple + kit de médicaments	20000	10000
Accouchement gémellaire + kit de médicaments	30000	15000

ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE HOSPITALIERS DE NIVEAU 1 ET 2

	VALEUR MAXIMALE	VALEUR MINIMALE
--	-----------------	-----------------

Accouchement simple + kit de médicaments	10000	5000
Accouchement gémellaire + kit de médicaments	20000	10000

Le contenu du kit est arrêté par le Conseil d'Administration sur proposition de la Commission médicale d'Etablissement.

Art. 12. - Les tarifs appliqués aux fonctionnaires et agents non fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics, ainsi qu'à leurs ayants droits, représentent les deux tiers des tarifs adoptés par chaque établissement public de santé hospitalier.

Art. 13. - Des tarifs préférentiels peuvent être accordés à des organismes tiers payant sur la base de conventions les liant aux établissements publics de santé hospitaliers.

Ces tarifs ne peuvent être inférieurs à ceux accordés aux fonctionnaires et agents de l'Etat. De même des particuliers à leurs frais peuvent être admis au régime préférentiel sur la base d'une enquête établissant leur état d'indigence.

Chapitre V. - Exécution

Art. 14. - Le Directeur général de la Comptabilité publique et du Trésor, le Directeur de la Solde, des Pensions et des Rentes viagères, le Directeur du Commerce intérieur, le Directeur des Etablissements de Santé, les directeurs des établissements publics de santé hospitaliers sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

<http://www.jo.gouv.sn>

ANNEXE 2 :
TARIF DU SYNDICAT DES MEDECINS PRIVES DU
SENEGAL



Syndicat des Médecins Privés du Sénégal

Siège Social : Institut d'Hygiène Sociale
B.P. 3434 - DAKAR (Sénégal) • Tél. : (221) 822.29.89

TARIFICATION DES ACTES PROFESSIONNELS DES MEDECINS, CHIRURGIENS, RADIOLOGUES ET BIOLOGISTES

Préambule :

Les honoraires des médecins privés sont libres, mais nul ne peut exiger d'un organisme de remboursement le paiement d'honoraires différents de ceux figurant sur la nomenclature.

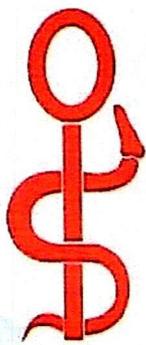


Janvier 2000



Tarif syndical applicable aux IPM

C	Consultation au cabinet par le médecin omnipraticien	6 000 F CFA
Cn	Consultation de nuit au cabinet par le médecin omnipraticien	12 000 F CFA
Cd	Consultation samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux	8 500 F CFA
Cs	Consultation spécialiste au cabinet	10 000 F CFA
Csn	Consultation spécialiste de nuit au cabinet	15 000 F CFA
Csd	Consultation spécialiste samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux...	13 000 F CFA
V	Visite de nuit au domicile ou à la clinique par le médecin omnipraticien	10 000 F CFA
Vn	Visite de nuit au domicile ou à la clinique par le médecin onnipraticien	13 000 F CFA
Vd	Visite samedi après-midi dimanche et jours fériés légaux omnipraticien	12 000 F CFA
Vs	Visite spécialiste au domicile du malade ou à la clinique	15 000 F CFA
Vsn	Visite spécialiste de nuit au domicile ou à la clinique	20 000 F CFA
Vsd	Visite spécialiste samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux	16 000 F CFA
Cps	Consultation au cabinet par le Psychiatre	15 000 F CFA
Cpsn	Consultation de nuit par le Psychiatre	20 000 F CFA
Cpsd	Consultation samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux au cabinet par le Psychiatre	17 000 F CFA
Vps	Visite au domicile du malade ou à la clinique par le Psychiatre	20 000 F CFA
Vpsn	Visite de nuit au domicile du malade ou à la clinique par le Psychiatre	25 000 F CFA
Vpsd	Visite samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux au domicile du malade ou à la clinique par le Psychiatre	23 000 F CFA



Tarif applicable aux organismes de remboursement autres que les IPM

C	Consultation au cabinet par le médecin omnipraticien	10 000 F CFA
Cn	Consultation de nuit au cabinet par le médecin omnipraticien	18 000 F CFA
Cd	Consult. samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux Omnipraticien	16 000 F CFA
Cs	Consultation spécialiste au cabinet	16 000 F CFA
Csn	Consultation spécialiste de nuit au cabinet	22 000 F CFA
Csd	Consultation spécialiste samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux	20 000 F CFA
V	Visite au domicile ou à la clinique par le médecin omnipraticien	15 000 F CFA
Vn	Visite de nuit au domicile ou à la clinique par le médecin omnipraticien	22 000 F CFA
Vd	Visite samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux par le médecin omnipraticien ...	20 000 F CFA
Vs	Visite spécialiste au domicile du malade ou à la clinique	22 000 F CFA
Vsn	Visite spécialiste de nuit au domicile ou à la clinique	27 000 F CFA
Vsd	Visite spécialiste samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux	25 000 F CFA
Cps	Consultation au cabinet par le Psychiatre	25 000 F CFA
Cpsn	Consultation de nuit par le Psychiatre	30 000 F CFA
Cpsd	Consultation samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux au cabinet par le Psychiatre	27 000 F CFA
Vps	Visite au domicile du malade ou à la clinique par le Psychiatre	30 000 F CFA
Vpsn	Visite de nuit au domicile du malade ou à la clinique par le Psychiatre	35 000 F CFA
Vpsd	Visite samedi après-midi, dimanche et jours fériés légaux au domicile du malade ou à la clinique par le Psychiatre	33 000 F CFA



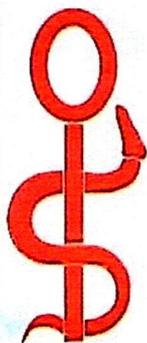
Tarification des actes médicaux

	IPM	Organismes autres que IPM
Kc Actes de chirurgie	1700 F CFA	2 000 F CFA
Kr Actes de radiologie	1100 F CFA	1 500 F CFA
Ke Actes d'échographie	1100 F CFA	1500 F CFA
K Actes médicaux (I.V.; I.M; S/C etc.)	1700 F CFA	2000 F CFA
Cm Certificat médical	10000 F CFA	16000 F CFA
Rm Rapport médical	17 500 F CFA	25 000 F CFA
B Actes de biologie médicale	230 F CFA	280 F CFA



Honoraires divers (Médecins, Chirurgiens)

Vh	Les vacances horaires	27 000 F CFA
Va	Consultation au cabinet pour une visite annuelle (y compris urines et radioscopie)	10 000 F CFA
Ex	Expertise médicale	50 000 F CFA
Cm	Certificat médical	16 000 F CFA
Rm	Rapport médical	25 000 F CFA
IK	Indemnité kilométrique :	
	< à 2 Km	forfait : 2 000 F CFA
	> à 2 Km < 50 km	(A/R)..... 600 F CFA/Km
	> à 100 Km (A/R)	Entente préalable entre médecin et patient



Honoraires Biologistes

B (*Sociétés, Assurances, Particuliers ...*) **280 F CFA**

B (*I.P.M.*) **230 F CFA**

Supplément de nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié

(*avec un minimum de 5 000 Fcfa*) **20 %**

Bva (*visite annuelle*) à partir de 20 personnes **220 F CFA**

Pc **2 000 F CFA**

Honoraires de déplacements

- *domicile (même agglomération)* **5 000 F CFA**

- *Domicile (distance supérieure à 10 Km)* **Forfait ou 500 F CFA / Km***

- *établissements de soins (même agglomération)* **2 500 F CFA**

- *établissements de soins (distance supérieure à 10 Km) Forfait ou 500 F CFA / Km**

Avec un minimum de* **5 000 F CFA

NB : A ces honoraires peuvent s'ajouter des frais d'envoi pour les analyses effectuées en

France par courrier express.

ANNEXE 3 :
DEVIS KIT CONFECTION CARTES DE SANTE

RegioDis

Regionale de distribution et de services

evolIS
CERTIFIED REPAIR CENTER
VALIDITY 2018/2020



DATE:

14/10/2020

PROFORMA:

N°20127

CLIENT :

SAAR

Produit	Quantité	Prix unitaire	Remise%	Montant
IMPRIMANTE EVOLIS PRIMACY DUPLEX EXPERT	1	1 305 000		1 305 000
RUBAN COULEUR YMCKO	1	55 000		55 000
CARTE PVC LOT DE 100	1	21 000		21 000

REGIODIS
1, Rue de Diourbel Point E
Dakar Sénégal
Tél : +221 33 825 50 80
Email : regiodis@gmail.com

Arrêtée la presente proforma à la somme de :
UN MILLION SIX CENT VINGT NEUF MILLE CINQ CENT QUATRE VINGT FCFA

Conditions de règlement :100% à la livraison

TOTAL HT	1 381 000
TAUX TVA	18%
TVA	248 580
TOTAL TTC	1 629 580



PRIMACY



L'IMPRIMANTE À CARTES RAPIDE ET POLYVALENTE

L'imprimante Primacy est ultra rapide, puissante et performante. Associée à des technologies d'encodage de pointe, cette imprimante bureautique est la solution idéale pour l'émission de cartes personnalisées, des plus simples aux plus sécurisées.

Disponible en simple et double face, Primacy répond particulièrement aux besoins d'impression et d'encodage de cartes en moyennes et grandes séries.

PRODUCTIVITÉ OPTIMISÉE

- Primacy personnalise des cartes couleur en un temps record, jusqu'à 225 cartes par heure en simple face et 140 cartes par heure en double face.
- L'imprimante offre une large autonomie grâce à son chargeur et son réceptacle hautes capacités.

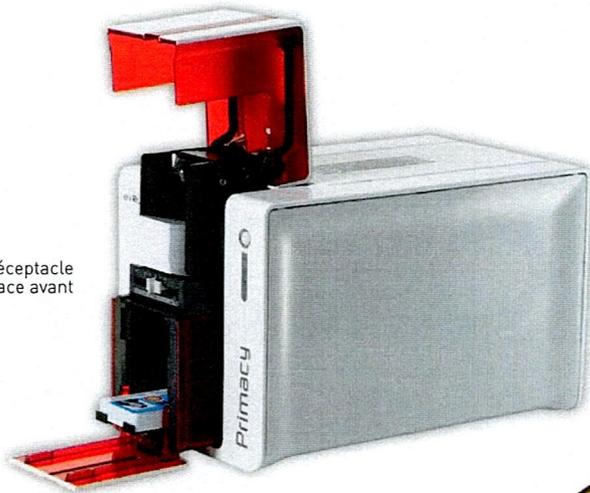
IMPRESSION PROFESSIONNELLE

- Primacy affiche une résolution photographique de 300 dpi et une impression bord à bord pour un résultat impeccable.
- Grâce à un traitement graphique amélioré, vous obtenez un rendu plus fidèle des images en haute définition et des textes en monochrome plus précis.

ÉVOLUTIVITÉ SUR SITE

- Primacy évoluant selon vos besoins, vous pouvez activer la fonction d'impression double face.
- Votre imprimante peut aussi se doter d'un module de lamination des cartes et de divers encodeurs pour piste magnétique, puce contact ou sans contact.

Chargeur et réceptacle en face avant



Réceptacle arrière / bac de rejet pour les cartes défectueuses

Manipulation facilitée, reconnaissance et paramétrage automatiques du ruban



MODÈLE AVEC ÉCRAN TACTILE COULEUR POUR INTERAGIR AVEC L'IMPRIMANTE

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES / Spécifications techniques complètes sur www.evolis.com

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

- Sublimation couleur directement sur la carte/Transfert thermique résine
- Impression bord à bord, simple face, kit d'évolution pour double face en option
- Résolution standard 300 x 300 dpi
- Résolution personnalisable en 300 x 600 dpi (impression monochrome et couleur) ou en 300 x 1200 dpi (impression monochrome uniquement)
- 32 Mo de mémoire vive (RAM) - En option 64 Mo¹
- Module de lamination (CLM) double face en option¹
- Couleurs disponibles : rouge flamme et bleu brillant

VITESSE D'IMPRESSION¹

- Simple face :
 - Couleur : 190 - 225 cartes/heure
 - Monochrome : 800 - 1000 cartes/heure
- Double face :
 - Couleur (YMCKO-K) : 140 cartes/heure

GESTION ET CARACTÉRISTIQUES DES CARTES

- Capacité du chargeur : 100 cartes (0,76 mm - 30 mil)
- Capacité du réceptacle : 100 cartes (0,76 mm - 30 mil)
- Réceptacle ouvert en option pour recueillir les cartes une par une
- Capacité du bac de rejet/réceptacle arrière : 50 cartes (0,76 mm - 30 mil)
- Épaisseur des cartes : 0,25 à 1,25 mm (10 à 50 mil), ajustement à l'aide de la jauge (0,25 mm - 10 mil uniquement pour impression monochrome)
- Types de cartes : cartes PVC, cartes PVC composite, cartes PET, cartes ABS¹, vernis spéciaux¹
- Format des cartes : ISO CR80 - ISO 7810 (53,98 mm x 85,60 mm)

PORTS / CONNECTIVITÉ

- USB (1.0, 1.1, 2.0, 3.0) , câble fourni
- Ethernet TCP-IP 10BaseT, 100BaseT (Traffic Led)
- Connexion sans fil 802.11b/g sur gamme Wireless

MODULES ADDITIONNELS D'ENCODAGE

- Modules disponibles :
 - Encodeur piste magnétique ISO 7811 HiCo/LoCo, JIS2
 - Station de contact puce ISO 7816-2
 - Encodeur carte à puce contact - PC/SC, EMV 2000-1
 - Encodeur carte à puce sans contact - ISO 14443A, B, ISO15693, MIFARE, DESFire, HID iCLASS, UHF [conformité standard : EPC C1 Gen2 / ISO18000-6C ETSI EN 302 208 ou FCC part 15.247]
 - Autres encodeurs spécifiques sur demande
- Connexions USB interne
- Encodage USB sur IP via module additionnel USB Net Server sur demande
- Options combinables entre elles
- Montage usine ou sur site

SÉCURITÉ

- Emplacement pour verrou de sécurité Kensington[®]
- Cryptage des données pour encodage magnétique¹
- Système de verrouillage en option¹

AFFICHAGE

- LEDs
- Écran tactile couleur en option
- Notifications graphiques de l'imprimante² : chargeur vide/presque vide, alertes de nettoyage, ruban terminé/presque terminé, etc

RUBANS EVOLIS HIGH TRUST[®]

Afin de maximiser la qualité et la durée d'utilisation des cartes imprimées, la durée de vie de la tête d'impression et la performance globale de l'imprimante, utilisez des rubans Evolis High Trust[®].

- Reconnaissance et paramétrage automatiques
- Ruban inséré dans une cassette pour une manipulation plus aisée
- Économiseur de ruban intégré pour l'impression monochrome

Liste des rubans disponible sur www.evolis.com

LOGICIEL

- Fourni avec Evolis Premium Suite[®] pour Windows[®] :
 - Pilote d'impression
 - Evolis Print Center pour l'administration, la gestion et les paramètres de l'imprimante
 - Evolis Printer Manager pour la notification graphique³
 - Assistance en ligne 24h/24 et 7j/7
 - Compatible avec Windows[®] (32/64 bits) : XP SP3, Vista, W7, W8, W10
- Fourni avec cardPresso XXS pour la conception et l'impression des badges :
 - Base de données interne (enregistrements illimités)
 - Windows[®] (à partir de XP) et Mac OS X
- Fourni avec le pilote d'impression Mac OS X (à partir de 10.6)
- Linux OS disponible sur demande
- Evolis Premium SDK pour la surveillance à distance de l'imprimante, tout en facilitant et en accélérant l'intégration dans les systèmes informatiques

ÉCO-CONCEPTION, CERTIFICATIONS ET DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

- Mode veille prolongée et consommation électrique réduite
- CE, FCC, ICES, VCCI, CCC, KC, BIS, EAC
- RoHS

DIMENSIONS ET POIDS

- Dimensions (H x L x P) : 247 x 205 x 383 mm
247 x 205 x 487 mm avec bac de rejet/réceptacle arrière
- Poids : 4,02 kg
4,11 kg avec bac de rejet/réceptacle arrière

CONDITIONS DE GARANTIE

- 3 ans de garantie (l'imprimante et tête d'impression)⁴
- Extension de garantie disponible en option

¹ Sous conditions particulières / ² Dépend de votre version de Windows[®] / ³ Requiert le profil client .net 4.0 / ⁴ Garantie soumise à la stricte observation des conditions spécifiques d'utilisation, ainsi qu'à l'emploi des rubans Evolis High Trust[®]



EUROPE - MIDDLE-EAST - AFRICA

Evolis - 14 avenue de la Fontaine - ZI Angers-Beaucouzé
49070 Beaucouzé - France
T +33 (0) 241 367 606 - F +33 (0) 241 367 612 - info@evolis.com

AMERICAS - Evolis Inc. - Fort Lauderdale - evolisinca@evolis.com

ASIA-PACIFIC - Evolis Asia Pte Ltd - Singapore - evoliasia@evolis.com

CHINA - Evolis China - Shanghai - evolischina@evolis.com

INDIA - Evolis India - Mumbai - evolisindia@evolis.com

ANNEXE 4 :
MODELE DE CONVENTION ENTRE SAAR SENEGAL ET
LES PRESTATAIRES DE SANTE

CONVENTION PRESTATAIRE

ENTRE

XXX XXX XXX
Xxxx xxxx

Représentée par son Directeur Général

Ci-après dénommée «**L'Assureur**»

ET

XXX XXX XXX
Xxx xxx xxxx

Ci-après dénommé «**Le Prestataire** »

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de déterminer, dès sa signature, les conditions dans lesquelles, les adhérents et bénéficiaires d'une prise en charge **XX XXX XXX** auront accès aux soins.

Le prestataire s'engage à leur fournir, pendant ses heures d'ouverture, conformément à la déontologie médicale, et sans leur demander de paiement préalable ou de caution ou dépôt de garantie :

ARTICLE 2 : REFERENCE DES ACTES MEDICAUX

La cotation des actes médicaux (**V - C - K - PC - B - Z**) se fera conformément à la nomenclature des actes professionnels (BNSMP).

ARTICLE 3 : BON DE PRISE EN CHARGE

A l'admission,

- Le prestataire s'engage à vérifier l'**identité** de tous les assurés ;
- Le prestataire s'engage à veiller au paiement du **ticket modérateur** (TM) par l'Assuré, s'il y a lieu;
- Le prestataire s'engage à réclamer un **accord préalable** pour tout acte relevant de l'entente préalable et à informer le médecin conseil de la Compagnie, des cas médicaux nécessitant des traitements ou soins spéciaux.
- Le prestataire s'engage à subordonner ses soins à la production d'une **prise en charge délivrée par XX XXX XXX**;
- Le prestataire s'engage à respecter le droit que confère chaque bon de prise en charge. Un bon de prise en charge est nominatif et n'autorise qu'une seule batterie d'examens. La prise en charge sera fonction du **taux de couverture** du contrat de l'Assuré.

ARTICLE 4 : CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, le prestataire s'engage à **recevoir le malade en consultation sans exiger un bon de prise en charge**, mais devra s'assurer de l'identité de celui-ci par la présentation de la pièce justifiant son adhésion ou son appartenance à **XX XXX XXX**, en plus de sa carte d'identité.

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS DU PRESTATAIRE

Le prestataire s'engage :

- à réserver aux détenteurs de la « CARTE SANTE » XX XXX XXX le meilleur accueil et la meilleure attention
- à s'assurer, préalablement à toute prestation, auprès de chaque patient de son identité de bénéficiaire de XX XXX XXX, en exigeant :
 - sa carte de santé
 - sa carte d'identité (ou celle du parent accompagnateur pour les enfants non titulaires d'une carte d'identité) ou tout autre document attestant de son identité
 - à réclamer le bon de prise en charge (détenu par le malade)
 - en aucune manière, et sous quelque forme que ce soit, à ne pas faire abandon au bénéficiaire du montant du ticket modérateur, lorsqu'il existe, et qu'il est stipulé dans les procédures mises en place, que ce ticket modérateur doit être réglé directement au prestataire
 - **à envoyer, dans le courant de l'exercice, les factures à la XX XXX XXX dans le mois qui suit la date de délivrance des prestations et, au plus tard (02) deux mois après la fin de l'exercice. Passé ces délais, ces factures ne pourront être prises en considération.**
 - à ne pas faire bénéficier du tiers payant les personnes pour lesquelles XX XXX XXX aura explicitement indiqué, par tout moyen, que ces dispositions ne s'appliquent plus.

ARTICLE 6 : OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

XX XXX XXX s'engage :

- à respecter le délai de règlement des prescriptions indiqué à l'article 12 ;
- à avertir sans délai, par tout moyen utile, le prestataire de toute modification de procédure, de toute limitation dans l'utilisation des « CARTES DE SANTE » et/ou de toute radiation de bénéficiaire, ainsi que toute limitation du bénéfice du tiers payant pour un individu ou un groupe d'assurés
- à agréer exclusivement les prestataires titulaires du diplôme réglementaire de la spécialité exercée et autorisés à exercer la médecine au Sénégal.

ARTICLE 7 : TARIFS

Le prestataire s'engage à libeller ses factures selon les forfaits ou tarifs préférentiels retenus dans le cadre de la convention.

ARTICLE 8 : FACTURATION

La facturation mentionnera clairement :

- La raison sociale
- La date de facturation
- L'identité du patient (nom, prénom, date de naissance, sexe)
- Numéro de la facture
- La désignation de chaque acte
- Le nombre de coefficients de chaque acte
- La valeur monétaire contractuelle du coefficient
- La valeur totale partielle pour chaque acte
- Le total général en chiffres et en lettres
- La signature et le cachet du Médecin, du Directeur ou du Représentant

Toutes les factures seront accompagnées :

- De la feuille de soins

ARTICLE 9 : REGLEMENT

XX XXX XXX s'engage à régler les factures qui lui seront transmises soixante (60) jours après la date de réception à la fin du mois.

Le prestataire s'engage à veiller au paiement du **ticket modérateur, des exclusions et dépassement de plafond.**

ARTICLE 10 : REVISION RESILIATION

La révision et la résiliation du présent accord peuvent intervenir, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties.

La demande de résiliation est signifiée par lettre recommandée avec préavis de deux (2) mois.

En cas de résiliation, tous les encours devront être liquidés, tant du côté de **XX XXX XXX** que du côté du prestataire.

ARTICLE 11 : LITIGES

Les litiges qui surviendront à l'occasion ou au cours de l'exécution de la présente convention feront l'objet d'un règlement à l'amiable.

Si aucun accord n'intervient par cette voie, le différend sera porté devant les tribunaux compétents en la matière.

ARTICLE 12 : PRISE D'EFFET – DUREE – RENOUELEMENT

La présente convention prend effet après signature du prestataire, pour une durée de douze (12) mois et est renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties.

Fait en deux (2) exemplaires originaux

A Dakar, **xx xx xxx**

LE PRESTATAIRE

XX XXX XXX

ANNEXE 5 :
RESEAU DE PRESTATAIRES DE SANTE SAAR SENEGAL

RESEAU PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE - SAAR SANEGAL

DAKAR

HOPITAUX

<u>DENOMINATION</u>	<u>ADRESSE</u>	<u>CONTACT</u>
Hôpital Principal	Avenue Nelson Mandela, Dakar	33 839 50 50
Hôpital fann	Avenue Cheikh Anta DIOP, Fann, Dakar	33 869 18 18
Hôpital abass Ndao	Route de Fann, Dakar	33 849 78 00
Hôpital Général Idrissa Pouye	Route du Front de terre, Dakar	33 869 40 50
Hôpital Aristide Le Dantec	30, Avenue Pasteur, Dakar	33 889 38 00
Hôpital militaire de Ouakam	Avenue Cheikh Anta DIOP, Dakar	33 820 54 14
Centre Hospitalier National de Pikine	Pikine, Dakar	33 834 25 66
Centre Hospitalier National Dallah Jamm	Golf sud, guédiawaye, Dakar	33 839 85 85
Hôpital Elizabeth Diouf	Rufisque, Dakar	33 836 36 94
Complexe Médical de la Corniche Ouest	Prolongement Rue Léo Frobenious, Dakar	33 824 99 29
Centre de Santé Gaspard Kamara	Grand Dakar	33 864 12 42
Centre de Santé Philip Senghor	Yoff, Dakar	33 820 12 28
Centre de Santé Ngor	Ngor, Dakar	33 865 12 25
Centre de Santé Nabil Choucair	Patte d'oie, Dakar	33 835 98 88
Samu Municipal	Liberté 6 extension, route du camp pénal	33 867 05 34
Centre Cardinal Hyacinthe Thiandoum	Cité Keur Dannel	33 835 34 07
Polyclinique Louis Pasteur	Keury Kao , Rufisque, Dakar	33 836 59 59
Hôpital d'Enfants Albert Royer	Avenue Cheikh Anta DIOP, Fann, Dakar	33 825 03 08
Hôpital d'Enfants de Diamniadio	Diamniadio, Route Nationale n° 2, Dakar	33 879 02 00

URGENCES

Urgences Cardio	Vdn Ancienne Piste	33 825 04 04
SOS Médecins	Baie de Soumédionne Dakar	33 889 15 15
Samu National	Mermoz Sud vdn	33 869 82 52
Cabinet Medical SOTERIA	Almadies Lot ATF 14947	33 865 37 17

CLINIQUES ET CABINETS MEDICAUX

Clinique de la Madeleine	18, Avenue des Jambars	33 889 94 70
Clinique RAHMA	Mermoz pyrotechnie	33 825 98 30
Clinique Cheikh Anta DIOP	Km 4,5, Avenue Cheikh Anta Diop	33 824 20 72
Clinique YA SALAM	Fann Hock	33 823 67 63
Clinique Internationale	33 Bd Dial Diop Zone B	33 824 44 21
Clinique du CAP	Avenue Pasteur	33 889 02 02
Clinique Croix Bleue	Rue 13 Castors	33 824 51 82
Plateau Médical Medicus	P A U.6 N°207 En Face Cite Fadia.	77 679 13 89
Clinique Médicale Nest	64 Liberté 6 Extension Nord Vdn	33 835 33 33
Clinique Pasteur	50, Rue Carnot. Bp : 2392	33 849 28 10
Clinique de l'AMITIE	527, HLM Gd Yoff	33 869 64 90
Clinique Maimouna	HLM Rufisque	33 836 05 33
Clinique Al Makhtoum	Keur Massar, Cité Mame Dior	33 878 51 52
Clinique Cheikhoul Khadim	Sicap Mbaou Extension Villa n° 803	33 834 97 97
Clinique hospitalière ASSIYA	10 avenue, Nelson Mandela	33 889 05 05/
Clinique Kelebana	Pikine - Cité SOTIBA N°8	33 853 01 55
Plateau Médical Serigne Saliou Mbacké	Rue 6 X 5 Médina - DAKKAR	33 842 07 53
Clinique du Plateau	69, Rue Felix Faure	33 842 69 42
Clinique de la Médina	Rue 13 x Blaise Diagne	33 848 38 38
Clinique LANSAR	Pikine Route des Niayes x Rue 10	33 837 56 83
Plateau Médical ABSA	Grand Mbaou Villa n° 1275	33 870 07 77
Clinique Mixte Ex Clinique RABY	rue 13 Castors	33 869 20 36
Clinique Almadi	Ouest Foire Cité Xandar Numero 101	33 820 62 34
.Centre Médical Clinique Almadies	Almadies Rte de Ngor	33 859 05 99

Société de Gestion Hospitalière (SGH)	Bd Général De Gaulle	33 849 04 46
Clinique Fann Hock	Fann-Hock	33 821 03 46
Clinique Du Golf	Ancien Jardin Cambérene	33 835 16 90
Pédiatrie 24 Dr MANAMA Déogratias	11 Vdn	33 864 44 22
Cabinet HANEDERMA	12, rue Jules Ferry	33 823 94 34
Centre Cardinal Hyacinthe Thiandoum	Extension Cité Keur Dannel	33 835 34 07
Cabinet KIDS' CARE	Av Cheikh A. Bamba imm Adja Gaye SECK	30 106 66 85
Clinique d'Ophthalmologie Nurlu Guz	Cité CPI n° 32, vdn, Dakar	33 867 04 05
Clinique KOTI	Liberté 6 extension, Résidence Aya, Dakar	33 845 67 00
Neuropole, Dr Amadou Gallo Diop	Fann Point E	33 824 04 04
Centre de santé Mamadou Diop	Liberté 6 extension	33 827 06 16
Cabinet médical Chams	Bopp en face Hlm Nimzatt	33 825 66 65
Clinique Medicane	81, Sacré cœur 3 vdn, Dakar,	33 859 49 49

SOINS DENTAIRES

Cabinet dentaire Dr Joseph FAYE	Rue Carnot-Dakar	33 821 83 60
Cabinet dentaire Dr NDIOUCK	Allées Papa Gueye Fall, Dakar	33 822 06 54
Cabinet Dentaire Dr. Thierno Baba DEME	3, Av Lamine GUEYE	33 821 98 40
Arcade Médical Dr Ndeye Maty Cissé SALL	Cité Lobatt fall Pikine	33 834 78 74
Cabinet dentaire Dr Amadou SAMBE		33 836 74 21
Cabinet Dent. SMILE Dr Awa Niang SARR	Sacré cœur 3 N°47 BP 16355	33 867 37 21
Cabinet dentaire "GOLF" Dr Mor Diouf	128 L Hamo 1 Golf Sud	33 851 58 46
Cabinet Dentaire KEUR BAMBBA	108, Zone de captage en face station Elton	33 867 91 23
Clinique dentaire Maristes	Immeuble BOA 1er étage	78 431 18 18
Clinique dentaire Dr Pinda Mbengue	22 Rue Carnot 2e près Hôtel Téranga	33 821 49 36
cabinet dentaire Dr Diop	Sicap Mbao à côté de la Mairie	33 834 13 05
Dr Libasse DIOP	22, Rue Carnot	33 821 49 36
Urgence Dentiste		33 827 52 53

LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

BIO 24	13 Bis Rue Saint Michel	33 889 51 51
Institut Pasteur	36, Av Pasteur	33 839 92 00

SOLABSEN	39, Rue Mohamed 5, Dakar	33 821 33 14
ANALAB	37, Avenue Cheikh Anta Diop	33 824 58 43
CDRMM	3, Rue Léo frobenius, fann résidence, Dakar	33 864 65 45
SUNULABO	30, Rue Paul Holle, Dakar	33 860 55 98
Laboratoires d'analyses Médicales Dr NIANG	79, Avenue André Peytavin, Dakar	33 822 42 11
Laboratoire DISCACCIIATI	78, Avenue Moussé Diop, Dakar	33 821 66 70
Laboratoire d'analyses médicales de Golf Sud	Villa n° K 41, Golf Sud	33 855 99 99
IMODSEN	Jard Martin Luther King, à côté du Radisson Blu	33 824 99 29

VERRES ET LUNETTERIES

OPTIVISION	BOPP, RUE 7 N° 255	33 869 46 80
OPTIKAM sarl	Km 5, Av. Cheikh A. DIOP	33 864 73 03
SENEGOPT	127, Av Lamine Gueye	33 821 27 62
AL MOURTADA OPTIC	Parcelles Assainies, Dakar	33 822 11 83
ALAIN AFLELOU	Rue de Thiong X Wagane Diouf	33 823 22 20
DIAM OPTIC	Golf Sud, en face Hôpital Dalal Jamm	77 108 98 98
LUNETTERIE MEDICALE	77 Rue Joseph Gomis	33 822 01 23
MAFA VISION	Diaesao, Thiaroye, Dakar	33 869 29 69
OPTIQUE KEUR KHADIM	Médina Rue 37 X 24, Dakar	33 823 04 31
GOLF OPTIQUE	Guédiawaye, en face hôpital Dallal Jamm	
OPTIQUE PONTY	24, Av Georges Pompidou	33 821 04 23
LES YEUX D'ANGE	Mermoz ancienne piste	33 860 54 59
RETINA OPTIQUE	56, Amadou A. Ndoye	33 842 08 60
NEPTUNE OPTIQUE	19, Rue parchappe Imm Faycal	33 822 54 00

RADIOLOGIES ET IMAGERIES

CIMDAK	Guédiawaye, Golf Sud	77 482 73 73
Centre d'Imagerie Médicale KEBBE	Sicap Mermoz 2è porte BP864 12 63	33 864 12 63
SCP Radiologues Associés	41bis Rue Carnot	33 821 44 29
Esculape 2000	Rue 5 x D Point E	33 825 98 30

KINESITHERAPIE ET ORTHOPEDIE

CNAO
CHEZ MON KINE

Cabinet de Kinésithérapie Lamine KEITA
Cabinet Paramédical en Kinesitherapie
Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte

Route de Fann, Dakar

33 824 86 83
33 825 75 07
77 545 76 10
33 850 66 54
33 869 25 55

PHARMACIES

Fann

Pharmacie Wassila	Parcelle Unité 4	33 835 03 70
Pharmacie Téranga	69, Rue Dr Theze	33 822 13 17
Pharmacie Sicap Mbao	Sicap Mbao N° 315 Ts	33 834 52 46
Pharmacie Sante Yalla	145, Golf Nord - Guédiawaye	33 877 27 88
Pharmacie République	15, Bd de la République	33 821 16 63
Pharmacie Principale	Pikine Tally Boumack	33 834 69 23
Pharmacie Pasteur	AV. Pasteur coté station shell	33 821 70 35
Pharmacie Mabusso Thiam	11, Route du Front de terre	33 827 40 68
Pharmacie Guigon	101, Avenue Lamine Gueye	33 823 03 33
Pharmacie Birane Ly	Ainoumady Keur Massar	33 878 05 78
Pharmacie EL Hadji Ibrahim Niass	En face cité des eaux, Castor	33 864 65 01
Pharmacie du Guet	Rue Huart x A. Sarrault	33 821 68 20
Pharmacie Marie Sarr	Cité Imprimerie N°45 HLM Rufisque	33 870 01 30
Pharmacie Ndingala	Guentaba, lot N° 91 Camberene	33 835 76 00
Pharmacie Ouakam	Km 8,1 Av. Cheikh Anta Diop	33 820 15 00
Pharmacie Radja	Hann Mariste	33 832 43 05
Pharmacie Rue 6	Rue 6x5 medina	33 842 53 12
Pharmacie Keur Danel	46 cite Keur damel Nord Foire	33 855 83 60
Pharmacie la Rocade	Rocade Fann Bel - Air	33 832 40 00
Pharmacie Salsy	Ouest Foire	33 820 70 70
Pharmacie Serigne Fallou Mbacké	Av Malick Sy X Autoroute	33 842 45 66
Pharmacie Saint Pierre	Villa n°5 Rue 10 prolongée	33 824 77 77
Pharmacie El Hadji Malick Sy	66 Avenue El Hadji Malick Sy	33 822 20 13
Pharmacie Limamoulaye	Guédiawaye en face lycée Limamoulaye	33 837 02 84
Pharmacie Mossane	Wakhinane Nimzatt, Guédiawaye	33 877 91 26
Pharmacie Adja Jaal Fall	Cté Sepco 1, villa n°121, Thiaroye	33 853 07 05

Pharmacie Ismaila
Pharmacie Mame diarra Bousso

Zac Mbao
Cité Soprim, Parcelles Assainies

33 836 64 48
33 835 78 88

DIOURBEL

HOPITAUX

Hôpital Régional de Diourbel Heinrich Lubcke
Hôpital Matlaboul Fawzeyni

33 971 46 98
33 974 05 47

CLINIQUES ET CABINETS MEDICAUX

Clinique Mixte Moulamadou Fadel Mbacke
Clinique Cheikh Ibra Fall
Cabinet Médical Darou Salam
Cabinet Médical Marie Thiothia Du Baol
Cabinet Médical Bakline
Clinique Khadimou Rassoul
Clinique Taysirou Assir

33 970 69 69
33 970 62 70
33 976 27 76
77 654 43 45
33 978 95 95
33 978 32 81
77 306 77 69

SOINS DENTAIRES

Clinique dentaire Mame Lampe Fall
Cabinet dentaire Tawfekh
Cabinet dentaire Darou Marrane

77 576 43 83
33 970 14 15
33 978 09 53

PHARMACIES

Pharmacie Dar es Salam
Pharmacie Borom Taif
Pharmacie Faa Ikhal Makhis

33 973 63 73
33 974 91 97
33 974 90 58

Pharmacie Mame Diarra Bouusso
Pharmacie Touba Mosquée
Pharmacie Ndamatou
Grande Pharmacie de Bambe
Pharmacie Mounine
Pharmacie Khadimou Rassoul
Pharmacie Gaindé Fatma

33 971 34 35
33 974 89 74
33 978 17 68
33 973 61 52
33 971 11 05
33 971 27 21
33 975 92 18

FATICK

HOPITAUX

Hôpital Régional de Fatick

Route nationale n°1

33 949 19 78

PHARMACIES

Grande Pharmacie Diofor
Pharmacie Boury
Pharmacie Rassoul
Pharmacie Le Secouriste
Grande Pharmacie Passy
Pharmacie Serigne Saliou Mbacké

33 949 83 03
33 949 14 35
33 949 13 68
33 947 12 92
33 948 54 22
33 948 31 12

KAOLACK

HOPITAUX

Hôpital Régional de Kaolack

33 941 17 37

CLINIQUES ET CABINETS MEDICAUX

Clinique Diarama
Clinique Sarr

339422439
339411921

LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

Laboratoire Bio Amarie

Bongré Extension Peulgha

33 941 60 69

VERRES ET LUNETTERIES

Optique Médicale Kaolack

Kaolack

33 941 82 62

PHARMACIES

Pharmacie Cheikh Oumar Niass
Pharmacie Principale Gandiaye

33 946 61 30
33 936 50 04

Pharmacie Boubakh

33 941 28 29

Pharmacie Cheikh Al Islam

33 941 47 27

Pharmacie Coumba Ndoffene Diouf

33 941 52 37

Pharmacie du Boulevard

33 941 39 79

Pharmacie Kaolackoise

33 941 20 99

Pharmacie Médina Baye

33 997 62 04

Pharmacie Ndoucoumane

33 946 10 50

Pharmacie Noirof

33 941 52 43

SAINT LOUIS

HOPITAUX

Hôpital Régional de Saint Louis

Boulevard Abdoulaye Mar Diop

33 938 24 00

CLINIQUES ET CABINETS MEDICAUX

Clinique Ndiaye

Clinique El Hadji Adama Wade

Clinique Médicale La Corniche

252, Quai henni Jay

33 961 34 00

77 806 10 61

33 961 90 00

SOINS DENTAIRES

Cabinet Dentaire Horizon 2050

Imm, Guillabert rue de France x Blanchot

33 961 34 34

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
GLOSSAIRE DE L'ETUDE	v
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
SOMMAIRE	ix
AVANT-PROPOS	x
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ETUDE GENERALE DE LA COUVERTURE MALADIE AU SENEGAL	4
CHAPITRE I : CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE AU SENEGAL	5
Section 1 : Les régimes non contributifs de couverture maladie	7
Paragraphe 1 : Les principaux bénéficiaires des régimes	7
A. Les fonctionnaires et retraités de l'Etat	7
B. Les étudiants des universités publiques	8
C. Les accidentés de la circulation routière	8
Paragraphe 2 : Les autres bénéficiaires des régimes	8
A. Les personnes âgées de plus de 60 ans : le plan SESAME	9
B. Les personnes atteintes d'affections particulières	9
C. Les femmes en accouchement dans les zones rurales	9
D. Les indigents	10
Section 2 : Régimes contributifs d'assurance maladie au Sénégal	10
Paragraphe 1 : Les régimes à contribution obligatoire	10
A. Les institutions de Prévoyance Maladie « IPM »	11
B. La Caisse de Sécurité Sociale	11
Paragraphe 2 : Les régimes à contribution volontaire	11
A. Les mutuelles de santé	11
B. Les sociétés d'assurances	12
CHAPITRE II : L'ASSURANCE MALADIE AU SENEGAL	15
Section 1 : L'environnement de l'assurance maladie au Sénégal	15
Paragraphe 1 : Les acteurs de l'assurance maladie au Sénégal	16

A. La Direction Nationale des Assurances	16
B. Les compagnies d'assurances	17
C. Les intermédiaires	18
Paragraphe 2 : les cibles de l'assurance maladie	19
A. Les personnes morales	19
B. Les personnes physiques	19
Section 2 : La pratique de l'assurance maladie au Sénégal	20
Paragraphe 1 : La production de l'assurance maladie	20
A. Le réseau de distribution	20
B. La police d'assurance maladie	20
Paragraphe 2 : Les prestations de l'assurance maladie	21
A. Les intervenants dans les prestations	21
A.1. Les prestataires de santé	21
A.2. Le médecin conseil	22
B. Les formes de prestations	22
B.1. Le remboursement direct	22
B.2. Le tiers payant	23
DEUXIEME PARTIE : L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL	25
CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DE L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL	26
Section 1 : Présentation de SAAR SENEGAL	26
Section 2 : Analyse de la production de 2015 à 2019	27
Paragraphe 1 : La production maladie par le réseau direct	27
Paragraphe 2 : La production des intermédiaires	28
Section 3 : Etude de la sinistralité et du ratio combiné	29
Paragraphe 1 : La sinistralité de la branche maladie	29
Paragraphe 2 : Le ratio combiné de la branche maladie	30
CHAPITRE II : LES PERSPECTIVES DE L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE SAAR SENEGAL	33
Section 1 : Mise en place d'un service maladie au sein de SAAR SENEGAL	33
Paragraphe 1 : Contexte et raisons de la mise en place d'un service maladie	33
A. Avantages et inconvénients de la gestion du portefeuille maladie confiée aux courtiers	34
B. Les raisons de la mise en place d'un service maladie	37
Paragraphe 2 : Organisation et fonctionnement du service maladie	39
A. La production au sein du service maladie	40
A.1. La production des affaires nouvelles	40

A.2. La production des renouvellements	41
A.3. Les avenants d'incorporation	42
A.4. Les avenants de retrait	42
A.5. L'avenant d'ajustement de prime	43
A.6. La délivrance des cartes de santé	44
B. La gestion des sinistres au sein du service maladie	45
B.1. Les consultations	45
B.2. La pharmacie	46
B.3. Les analyses médicales	46
B.4. Les soins dentaires	46
B.5. Les verres et lunettes	46
B.6. La maternité	47
B.7. Les soins paramédicaux	47
B.8. Les hospitalisations	47
B.9. Le transport	48
Section 2 : Les mécanismes de suivi et de contrôle de l'activité du service maladie	48
Paragraphe 1 : Les risques liés à l'assurance maladie	48
A. La sélection adverse	49
B. L'aléa moral	49
C. Les fraudes et abus	49
Paragraphe 2 : Les mécanismes de suivi et de contrôle du service maladie	50
A. Analyse du risque à la souscription	50
B. La cogestion	51
C. L'entente préalable pour les actes lourds	51
D. Les visites inopinées en cas d'hospitalisation	51
E. La multi-détention de contrats	52
F. La digitalisation	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	56
TABLE DES MATIERES	57
