

**CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES
D'ASSURANCES (CIMA)**



www.cima-afrique.org

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES DE YAOUNDE (IIA)



Tél : (237) 22 20 71 52/ Fax : (237) 22 20 71 51

www.iiacameroun.com

**MAÎTRISE EN SCIENCES ET TECHNIQUES
D'ASSURANCES**

(MST-A)

RAPPORT D'ETUDES ET DE STAGE

**THEME : LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE
MALADIE A LA SAARB Assurances (Société Africaine
d'Assurances et de Réassurances du Bénin).**

9^{ème} PROMOTION (2008-2010)



Réalisé et soutenu par
Dayane Asséréhou SEDEGAN

Sous la direction de
Mr Bernard AKPAN

Directeur Général de la SAARB Assurances

FICHE DE SOUTENANCE

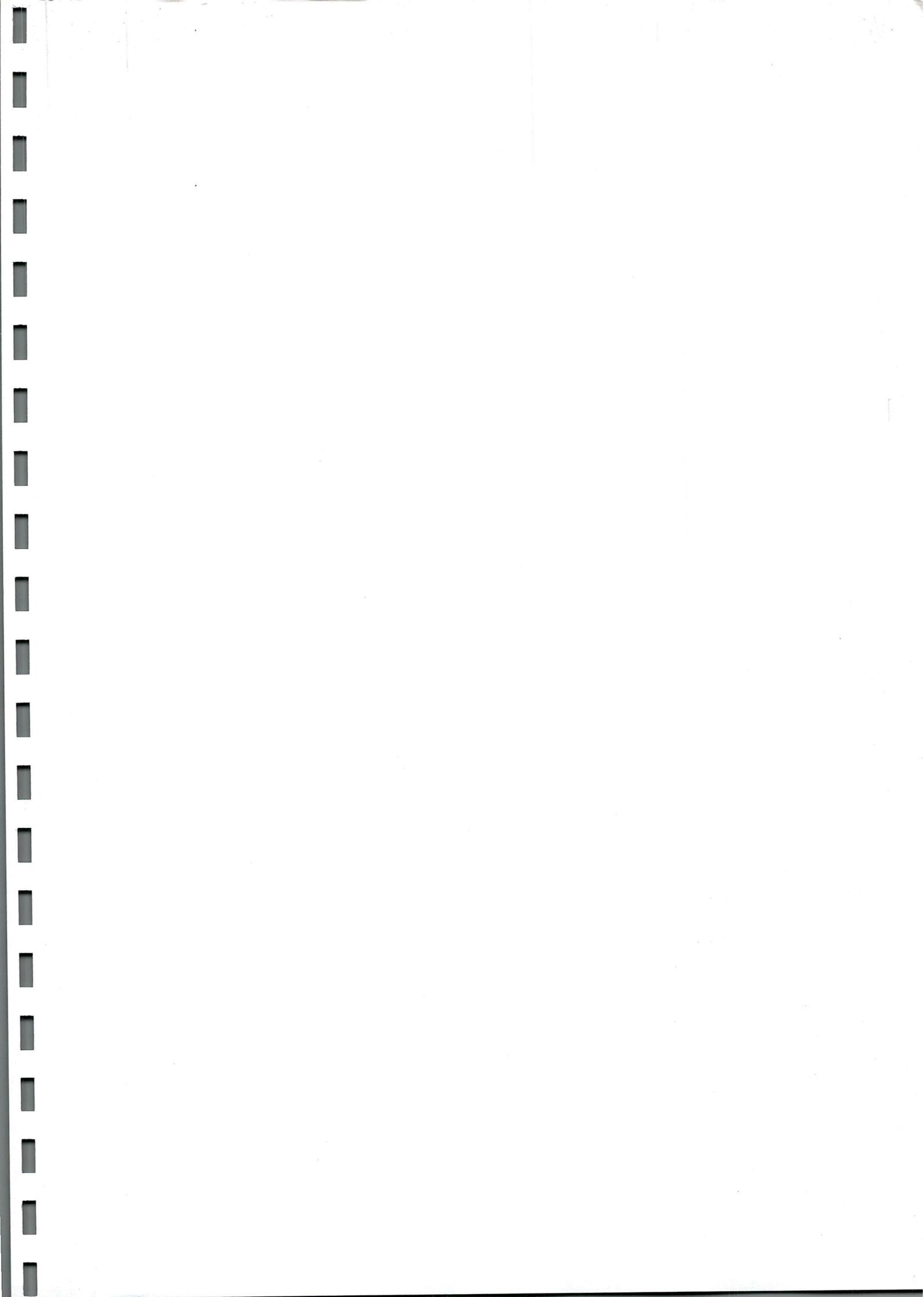
Nom de l'étudiant : SEDEGAN A. DAYANE

Cycle : M S I - A

Observations des membres du Jury :

I) forme :
léger - léger
Ajouter le pays
Reprendre thème en Edward en Fater le
thème
- Alléger la couverture
fautes à corriger : Dédicace, Soutien

N.B : Prière de porter sur cette fiche toute remarque sur la forme et sur le fond du travail académique de l'étudiant.



DEDICACES

- ✦ A Dieu le Père Tout-Puissant, l'omniscient qui a été ma source d'inspiration tout au long de la réalisation de ce rapport. Honneur et Gloire à Toi à jamais ;

- ✦ A mon père Pierre Ichola SEDEGAN. Tu es pour moi un miroir qui me permet de mieux corriger mes défauts et d'améliorer mes qualités ;

- ✦ A ma mère Marguérite Kadoukpè SEDEGAN née ARIMA. A peine pourras-tu lire et bien comprendre les mots de ce document, et pourtant tu as toujours su m'imprimer la rigueur et la recherche d'un travail sans reproche. Merci du fond de mon cœur ;

- ✦ A mon oncle Samuel Cossi SEDEGAN et son épouse Reine SEDEGAN née KOSSOU. Merci pour tous vos sacrifices et que Dieu pourvoie à tous vos besoins selon sa volonté ;

- ✦ A mes oncles SEDEGAN Emmanuel et Paul et ARIMA Robert pour tout leur soutien surtout moral et spirituel ;

- ✦ A tous mes frères et neveux. Ceci, pour vous prouver davantage que seul le travail est le meilleur héritage à léguer à nos descendants ;

- ✦ A ma fiancée Bérénice Tinikowa Laissi BALOUBI. La traversée du désert ne dure qu'un moment. Merci pour ton courage et surtout ta patience ;

- ✦ A tout le personnel de la SAARB Assurances.

REMERCIEMENTS

Notre formation en général et la rédaction de ce rapport d'études et de stage en particulier a été possible grâce au soutien financier et moral et à l'assistance technique de nombreuses bonnes volontés. Qu'elles trouvent en ces mots, l'expression de notre gratitude. Nos remerciements :

- ✦ A Dieu Tout-Puissant, à Jésus-Christ le rocher des siècles et au Saint-Esprit pour leur soutien;
- ✦ A mon oncle Samuel Cossi SEDEGAN et son épouse Reine KOSSOU pour leurs multiples sacrifices dans le cadre de mes études ;
- ✦ A ma fiancée Bérénice Tinikowa Laïssi BALOUBI pour tout son soutien spirituel et moral. Que Dieu nous affermisse davantage !
- ✦ A mes frères et sœurs pour leur amour fraternel. Que l'Eternel nous fortifie davantage !
- ✦ A tous les cadres de la Direction Nationale des Assurances (DNA) du Bénin ;
- ✦ A Mr Roger Jean-Raoul DOSSOU-YOVO, Directeur Général de l'Institut International des Assurances (IIA);
- ✦ A Mr Luc ZE NDONG, Directeur Administratif et Financier de l'Institut International des Assurances (IIA) ;
- ✦ A Mr Paul SAAR, Directeur des Etudes de l'Institut International des Assurances (IIA) ;
- ✦ A Mr Lymdah-Ouro AYEVA, Assistant du Directeur des Etudes de l'Institut International des Assurances (IIA) ;
- ✦ A tout le personnel de l'Institut International des Assurances (IIA) ;
- ✦ A tous les professeurs qui, en dépit de leurs multiples préoccupations, ont sacrifié leurs temps pour nous donner le savoir en assurance;
- ✦ A Mr Bernard AKPAN Directeur Général de la SAARB Assurances pour sa disponibilité et son esprit d'ouverture ;

- ✦ A Mr François-Xavier PRODJINOTO médecin-conseil de la SAARB Assurances pour son soutien et ses conseils;
- ✦ A Mr Emile LOKO et à tout le personnel de la SAARB Assurances pour avoir accepté partager leurs diverses expériences;
- ✦ A tous les étudiants de la 9^{ème} promotion MST-A 2008-2010 pour la synergie et l'harmonie qui ont régné pendant toute la durée de la formation ;
- ✦ A tous les étudiants de la 19^{ème} promotion DESS-A 2008-2010.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- ❖ **A G** : Assemblée Générale
- ❖ **A S A-BENIN**: Association de Sociétés d'Assurances du BENIN
- ❖ **AUTO** : Automobile
- ❖ **B O A** : Bank Of Africa
- ❖ **C A** : Conseil d'Administration
- ❖ **C A** : Chiffres d'Affaires
- ❖ **C D A F** : Chef Département Administratif et Financier
- ❖ **C D T C** : Chef Département Technique et Commercial
- ❖ **C E D E A O** : Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
- ❖ **C I C A-Ré** : Compagnie Commune de Réassurances des Etats Membres de la CIMA
- ❖ **C I M A** : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
- ❖ **D A F** : Département Administratif et Financier
- ❖ **D T C** : Département Technique et Commercial
- ❖ **D N A** : Direction Nationale Des Assurances
- ❖ **D R** : Défense et Recours
- ❖ **F C F A** : Francs de la Communauté Financière de l'Afrique
- ❖ **FEDAS** : Fédérale des Assurances du BENIN
- ❖ **F G A** : Fonds de Garantie Automobile
- ❖ **G A B** : Générale des Assurances du Bénin
- ❖ **I A R D T**: Incendie, Accident, Risques Divers et Transport
- ❖ **I I A** : Institut International des Assurances
- ❖ **N S I A Bénin** : Nouvelle Société Interafricaine d'Assurances du Bénin
- ❖ **O M D** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

- ❖ **O M S** : Organisation Mondiale de la Santé
- ❖ **P C** : Protection Conducteur
- ❖ **P T T C** : Prime Toutes Taxes Comprises
- ❖ **P V** : Procès Verbal
- ❖ **R C** : Responsabilité Civile
- ❖ **R C G** : Responsabilité Civile Générale
- ❖ **S A A R** : Société Africaine d'Assurances et de Réassurances
- ❖ **S A A R B** : Société Africaine d'Assurances et de Réassurances du Bénin
- ❖ **S P** : Secrétaire Particulier
- ❖ **S/P** : Ratio Sinistralité/Prime
- ❖ **S R A** : Soutien à la Relance de l'Activité commerciale

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

- ❖ **Tableau N°1** : Chiffres d'affaires des sociétés IARDT et leurs parts de marché.
- ❖ **Tableau N°2** : Poids des courtiers, des agences générales et des bureaux directs dans le chiffre d'affaires global.
- ❖ **Tableau N°3** : Chiffres d'affaires réalisés par branche.
- ❖ **Tableau N°4** : Ticket modérateur variable en fonction du taux de sinistralité.

Figures

- ❖ **Graphique N°1** : Histogramme des parts de marché des sociétés IARDT du BENIN.
- ❖ **Graphique N°2** : Illustration des relations entre la SAARB Assurances et son environnement économique.
- ❖ **Graphique N°3** : Histogramme des chiffres d'affaires des différentes branches pour les exercices 2007_2008 et 2009.

RESUME

La formation des cadres en assurances à l'Institut International des Assurances (IIA) de Yaoundé est corroborée par la rédaction et la soutenance d'un rapport d'études et de stage. C'est ce qui justifie celui-ci dont le thème est « LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE MALADIE A LA SAARB Assurances ».

Il a été question dans une première partie de présenter la société et de décrire les activités développées par ses différents services. A cet effet, nous avons situé géographiquement la SAARB Assurances et mis en évidence les diverses relations qu'elle entretient avec son environnement. De même, avons-nous décrit les activités telles qu'elles se déroulent au sein de chacun de ses services à savoir : le service production, le service sinistre, le service administratif, le service de la comptabilité statistiques et de la réassurance et le service informatique.

La deuxième partie de notre travail a été consacrée à l'étude de la gestion des sinistres en assurance maladie. Il s'est agi dans cette partie d'exposer d'une part les événements couverts par cette branche d'assurance, les garanties offertes et le fonctionnement du tiers-payant et d'autre part d'étudier le mode de règlement des sinistres. Ainsi avons-nous pu diagnostiquer les insuffisances de ce mode et suggérer quelques solutions qui pourraient attirer l'attention des responsables quant aux mesures à entreprendre en vue d'une amélioration.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE I : PRESENTATION DE LA SAARB Assurances ET DESCRIPTION DES ACTIVITES DE SES SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS

- 1 *PRESENTATION DE LA SAARB Assurances*
- 2 *ORGANIGRAMME DE LA SAARB Assurances*
- 3 *DESCRIPTION DES ACTIVITES DES DIFFERENTS
SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS*

PARTIE II : LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE MALADIE A LA SAARB Assurances

PROBLEMATIQUE

- 1 *LE CONTRAT D'ASSURANCE MALADIE*
- 2 *LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE MALADIE A
LA SAARB Assurances*
- 3 *SUGGESTIONS*

CONCLUSION

INTRODUCTION

Dans le souci de développer le secteur des assurances, quatorze (14) pays de l'Afrique Centrale et de l'Ouest ont adopté un système intégré par la mise en place de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA). L'un des objectifs fixés par cette institution est de poursuivre la formation des cadres et techniciens d'assurances. Et pour réaliser cet objectif, l'Institut International des Assurances (IIA) accueille et assure la formation des candidats admis par voie d'un concours international. Cette formation se déroule en deux phases : dix huit (18) mois de cours théoriques et six (6) mois de stage pratique. Le but visé est de former des cadres immédiatement opérationnels sur les différents marchés.

La formation est corroborée par la rédaction et la soutenance d'un thème d'intérêt particulier sur les problèmes que connaît le secteur des assurances dans les quatorze pays de la CIMA.

C'est donc dans cette optique que ce rapport d'études et de stage est réalisé. Il comporte deux parties consacrées respectivement à la présentation et à la description des activités de chacun des services de la SAARB Assurances et au développement d'un sujet d'intérêt particulier pour la société.

Dans la première partie, il va s'agir de situer d'une part la SAARB Assurances géographiquement et de mettre en relief les diverses relations qu'elle entretient avec les autres acteurs du marché et d'autre part de décrire les différentes activités techniques et administratives développées en son sein. Ainsi examinerons-nous, après avoir présenté la SAARB Assurances et son organigramme, les activités des services production, sinistre, administratif, comptable, réassurance et statistiques, informatique.

Dans la deuxième partie nous nous intéresserons à l'étude de la gestion des sinistres en assurance maladie à la SAARB Assurances. Elle vise en effet, à mettre en évidence le mode de règlement des sinistres en assurance maladie, à en dégager les insuffisances en vue de faire des suggestions pertinentes. Mais au préalable, la connaissance des différentes garanties et du fonctionnement de cette branche d'assurance s'avère indispensable.

**PARTIE I : PRESENTATION DE LA SAARB
Assurances ET DESCRIPTION DES ACTIVITES DE
SES SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS**



1 PRESENTATION DE LA SAARB Assurances

La SAARB Assurances (Société Africaine d'Assurances et de Réassurances du Bénin) est la dernière société d'assurance agréée au BENIN le 23 Août 2007 pour y effectuer les opérations d'assurance dans la branche IARDT (Incendie, Accident, Risques Divers Transport). Elle est l'une des filiales du Groupe SAAR (Société Africaine d'Assurances et de Réassurances) dont le Président est le Docteur Paul K. FOKAM. Le groupe est présent dans cinq (5) pays d'Afrique. Il s'agit du Tchad, du Cameroun, de la Guinée Equatoriale, de Sao Tomé et Principe et du Bénin.

La SAARB Assurances, à l'instar de toutes les compagnies d'assurance de la zone CIMA est régie par le code CIMA et exerce ses activités conformément aux dispositions dudit code. Situé en face du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) du Bénin, sur la route de l'aéroport international Cardinal Bernardin GANTI, la SAARB Assurances a démarré ses activités le 1^{er} Octobre 2007. Toutefois, le lancement officiel n'a été effectué que le 14 Mars 2008. Le chiffre d'affaires réalisé au cours de la période 2007-2008 est 532 841 078 FCFA. Celui réalisé pour le compte de l'exercice 2009 est 612 767 240 FCFA soit un glissement annuel de 15%.

Elle baigne dans un environnement concurrentiel composé de cinq (5) autres sociétés opérant dans la branche IARDT. Il s'agit de : L'Africaine des Assurances, La NSIA Bénin (Nouvelle Société Interafricaine d'Assurances), la FEDAS (Fédérale des Assurances du Bénin), la GAB (Générale des Assurances du Bénin) et l'ALLIANZ.

Le tableau ci-dessous indique pour chacune de ces compagnies le chiffre d'affaires réalisé et leurs parts de marché respectives au cours de l'exercice 2009.

Tableau N°1 : Chiffres d'affaires des sociétés IARDT et leurs parts de marché.

	<i>Chiffres d'affaires 2009</i>	<i>Parts de Marché</i>
Africaine des Assurances	7 786 315 357	34%
NSIA Bénin	6 666 689 828	29%
FEDAS	4 611 071 164	20%
GAB	1 956 641 429	9%
ALLIANZ	1 347 760 688	6%
SAARB Assurances	612 767 240	3%
TOTAL	22 981 245 706	–

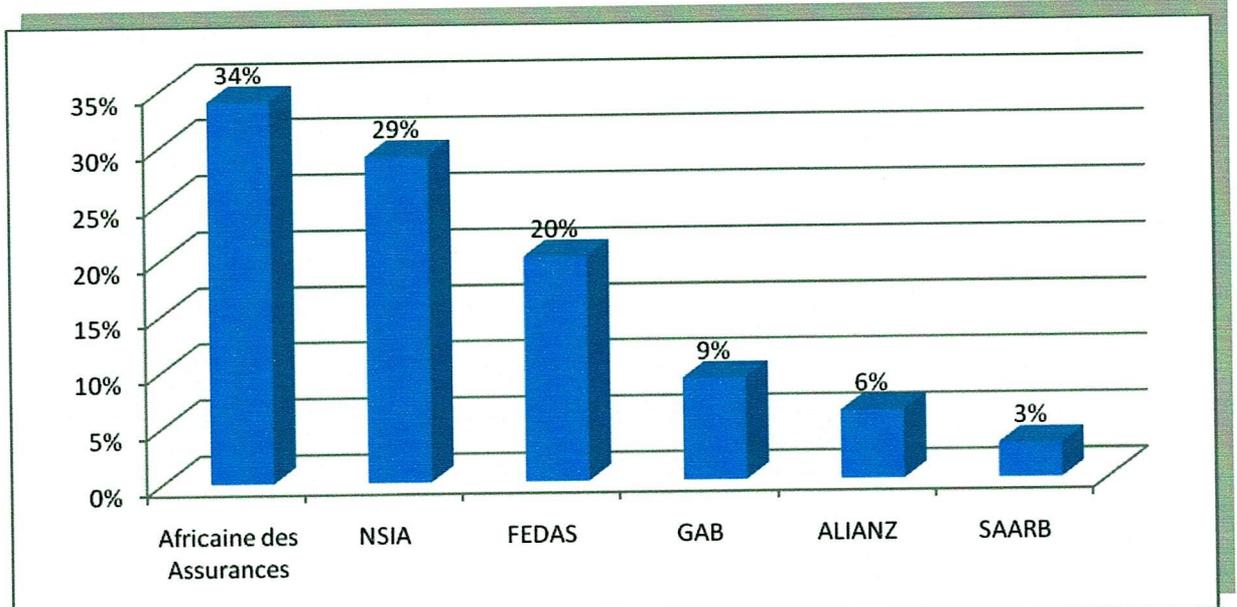
Sources : Réalisé par l'auteur à partir des données de la Direction Nationale des Assurances.

L'Africaine des Assurances parvient en tête avec un chiffre d'affaires de 7 786 315 357 FCFA tandis que la SAARB Assurances a enregistré le chiffre d'affaires le plus faible au cours du même exercice. Cela pourrait être expliqué par le fait que cette dernière venait de pénétrer le marché.

La part du marché de la SAARB Assurances au cours de l'exercice 2009 est environ 3%. En effet, sur un chiffre d'affaires global de 22 981 245 706 FCFA réalisé par l'ensemble des sociétés de la branche IARDT, la SAARB Assurances n'a réalisé que 612 767 240 FCFA d'après les données de la DNA (Direction Nationale des Assurances). Par contre l'Africaine des Assurances leader du marché a une part de marché de 34% avec un chiffre d'affaires de 7 786 315 357 FCFA.

On peut illustrer les parts de marché de chacune des six (6) sociétés IARDT par l'histogramme ci-dessous :

Graphique N°1 : Parts de marché des sociétés IARDT du BENIN.

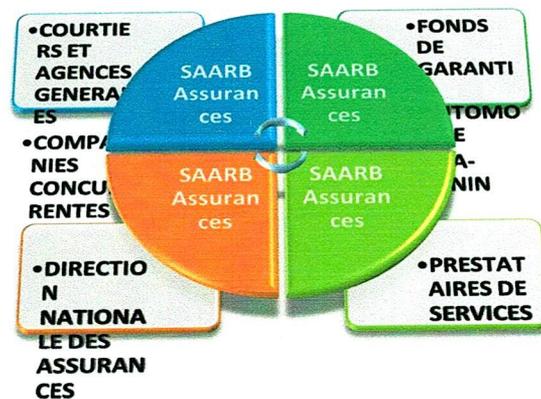


Sources : Réalisé par l'auteur avec les données de la DNA.

La SAARB Assurances entretient par ailleurs diverses relations avec un ensemble d'acteurs en l'occurrence les courtiers, les agents généraux, l'Association des Sociétés d'Assurance du Bénin (ASA-BENIN), la Direction Nationale des Assurances (DNA), le Fonds de Garantie Automobile (FGA), et divers fournisseurs et prestataires de services.

Les différentes relations entre la SAARB Assurances et les acteurs du marché peuvent être illustrées comme suit :

Graphique N°2 : Les relations de la SAARB Assurances et son environnement économique.



Sources : Réalisé par l'auteur.

Courtiers, agents généraux constituent l'essentiel de la force de vente de la SAARB Assurances avec lesquels il existe des protocoles de collaboration pour les courtiers et des traités de nomination pour les agences générales. A notre arrivée à la SAARB Assurances, on dénombrait sept (7) agences générales et trois(3) bureaux directs (Akpakpa, Parakou et le siège).

En ce qui concerne les relations entre la SAARB Assurances et les autres compagnies exerçant dans la même branche, elles portent sur la coassurance et la mise en application de la garantie défense et recours en automobile, généralement accordée par toutes les compagnies IARDT.

La situation des courtiers, agences générales et bureaux directs pour l'exercice 2009 se présente comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau N°2 : Poids des agences générales, courtiers et bureaux directs dans le chiffre d'affaires global.

ENTITES	Chiffres d'affaires (CA)	Poids dans le CA
AGENCES GENERALES	205 750 403	34%
COURTIERS	166 328 971	27%
BUREAUX DIRECTS	240 687 866	39%
TOTAL	612 767 240	100%

Sources: Réalisé par l'auteur à partir des données 2009 de la SAARB Assurances.

Au regard des données de ce tableau, il ressort que les agences générales et les courtiers contribuent respectivement à hauteur de 34% et 27% dans le chiffre d'affaires alors que celui réalisé par les trois bureaux directs est de 39%. Des mesures concrètes doivent être prises en vue de relancer la force de vente propre à la société pour ne pas se retrouver en situation de dépendance totale vis-à-vis des courtiers.

Les relations entre ASA-BENIN et la SAARB Assurances sont d'une part celles de l'appartenance à l'association et d'autre part celles relatives à la gestion des sinistres survenus dans le cadre de la mise en œuvre du système de la carte Brune CEDEAO connu sous le nom de la « garantie CEDEAO ». Il est important de préciser qu'il s'agit de deux structures différentes.

En effet, l'ASA-Bénin est un creuset d'échange qui permet de diagnostiquer les différents problèmes qui minent le marché d'assurances du Bénin, d'y apporter des solutions en vue

d'un meilleur assainissement. Pour ce faire, elle organise des travaux de réflexion sur les problèmes que connaissent les différentes branches du secteur des assurances au Bénin. La SAARB Assurances, en tant que membre, participe aux travaux de l'ASA-Bénin et met en application les diverses recommandations qui y découlent.

En ce qui concerne le Fonds de Garantie Automobile (FGA), la SAARB Assurances, à l'instar des autres compagnies, participe à la collecte et au reversement des contributions des assurés nécessaires au fonctionnement de la structure. Elle satisfait également aux exigences concernant la participation des sociétés d'assurances exerçant dans la branche IARDT pour le fonctionnement de la FGA.

La Direction Nationale des Assurances (DNA) du Bénin est l'autorité qui normalise le secteur des assurances du point de vue de la mise en application des dispositions du code CIMA et des textes nationaux. La SAARB Assurances, en tant que société d'assurance, est donc soumise aux décisions de ladite direction et les met en exécution. La SAARB Assurances fournit à la DNA, à l'instar des autres sociétés d'assurance opérant sur le marché, les Etats Financiers et Statistiques exigés par la CIMA. Elle facilite également les contrôles sur pièces et sur place effectués par les commissaires contrôleurs de la CIMA. C'est aussi cette direction qui examine les dossiers de demande d'agrément des agences générales de la SAARB Assurances.

Les prestataires de services sont généralement les fournisseurs des matériels de travail et fournitures informatiques (papier rame, consommables informatiques, attestations d'assurance, carte brune CEDEAO, encre etc.) et les prestataires de services qui assurent l'entretien des locaux de la société, la réparation des appareils etc.

Pour ses opérations de cessions en réassurance, la SAARB Assurances bénéficie de l'appui technique du service « réassurance » du GROUPE SAAR via le siège. Il existe des traités de réassurance liant la société aux réassureurs reconnus dans le monde. Il s'agit entre autres de AFRICA RE, CICA RE, MUNICH RE, SWISS RE, MAPFRE ASSISTENCIA SA.

2 ORGANIGRAMME DE LA SAARB Assurances (Annexe 1)

L'organigramme de la SAARB Assurances est composé :

- De l'Assemblée Générale des actionnaires (AG) ;
- Du Conseil d'Administration (CA) ;

- De la Direction Générale (DG) à laquelle est rattaché un secrétariat particulier (SP) ;
- Du Département Administratif et Financier (DAF) ;
- Du Département Technique et Commercial (DTC).

2.1 L'Assemblée Générale des Actionnaires (AG)

L'actionnariat de la SAARB Assurances est tripartite. Il est composé des Béninois, des Camerounais et des Luxembourgeois. L'AG est l'organe constitutif de la SAARB Assurances. D'elle, émanent toutes décisions et politiques d'orientations de la société. Elle désigne le conseil d'administration de la société. Les assemblées générales ordinaires se tiennent annuellement.

2.2 Le Conseil d'Administration (CA)

Le conseil d'administration est composé de six administrateurs et présidé par le Docteur Paul K. FOKAM. Le conseil apprécie la gestion technique et financière des activités de la société ainsi que la gestion des ressources humaines. Il a essentiellement pour attributions :

- De prendre des décisions sur les objectifs généraux engageant la raison sociale de la société ;
- D'approuver les comptes annuels de fin d'exercice ;
- De nommer le Directeur Général.

2.3 La Direction Générale (DG)

Elle est assurée par Mr **Bernard AKPAN**. C'est l'organe qui exécute les décisions du conseil d'administration et répond de sa gestion devant ce conseil. Il est l'ordonnateur du budget de la société et veille à son exécution rationnelle.

A cette direction est rattaché un secrétariat particulier qui est chargé de la réception des courriers, de leurs traitements et transmission aux services destinataires internes ainsi que des réponses nécessaires à donner aux destinataires externes.

2.4 Le Département Technique et Commercial (DTC)

Il est subdivisé en deux services à savoir : le service production et le service sinistre. Il coordonne l'ensemble des activités de la production et celles de sinistre. Il est chargé d'organiser les activités des différents acteurs qui composent la force de vente (apporteurs aussi bien internes qu'externes, agences générales, bureaux directs, courtiers).

2.5 Le Département Administratif et Financier (DAF)

Il regroupe en son sein trois services d'après l'organigramme de la société. Il s'agit :

1. Du service administratif : c'est ce service qui s'occupe de l'approvisionnement en matériels et fournitures de bureau et de la gestion du personnel ;
2. Du service comptable, statistiques et réassurance : il assure la gestion comptable de la société. C'est ce service qui s'occupe de toutes les opérations comptables effectuées dans le cadre du fonctionnement de la société. Il élabore le budget annuel à soumettre à l'appréciation du conseil d'administration. Par ailleurs tous les documents statistiques à fournir à la DNA dans le cadre du contrôle sur place et sur pièces de la société sont produits par ce service;
3. Du service informatique : il assure la mise en œuvre du processus d'informatisation de la compagnie.

3 DESCRIPTION DES ACTIVITES DES DIFFERENTS SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS

Ici, on s'intéressera d'une part à l'activité de production et à la gestion des sinistres qui représentent les services techniques du DTC et d'autre part aux différents services rattachés au DAF notamment le service administratif, le service comptabilité, statistique et de réassurance et le service informatique.

La SAARB Assurances exerce ses activités à travers des gammes variées de produits relevant de la branche IARDT. Elle développe par ailleurs la commercialisation de certains produits qui lui sont spécifiques. Il s'agit entre autres de : VOBOSSA, JOKER AUTO, JOKER SCOLAIRE, JOKER FAMILIAL, SECUP 2000, SAARB ASSISTANCE (ASSISTANCE VOYAGE), SAARB ASSISTANCE AUTOMOBILE. Ces produits sont

l'émanation du GROUPE SAAR en dehors de VOBOSSA, conçu dans tous ses aspects techniques et juridiques par la SAARB Assurances.

3.1 LE SERVICE PRODUCTION

3.1.1 Description des activités du service production

La production consiste en la souscription et en la gestion des contrats d'assurance. Le développement du portefeuille de la SAARB Assurances est assuré grâce à un réseau commercial.

La force de vente de la SAARB Assurances est composée de différents acteurs à savoir : courtiers, agences générales, chargés de clientèle ou apporteurs internes et externes.

1. Les agences générales : elles sont liées à la compagnie par un traité de nomination qui leur permet de travailler pour le compte de la compagnie dans l'objectif de contribuer à l'augmentation du chiffre d'affaires. Elles sont rémunérées aux commissions et bénéficient par ailleurs de frais de gestion ;
2. Les courtiers par contre, travaillant dans le but de défendre les intérêts des assurés, recherchent les cotations les moins chères et offrant une large garantie ;
3. Les bureaux directs quant à eux sont des services de la SAARB Assurances et donc les employés sont des salariés. Notons aussi que ces bureaux directs, pour leur fonctionnement, disposent également en leur sein d'un réseau d'apporteurs internes et/ou externes.
4. Les apporteurs sont des chargés de clientèle et sont rémunérés aux commissions sur les affaires qu'ils produisent mensuellement. Les apporteurs internes bénéficient outre des commissions variables, d'une rémunération fixe qui est fonction du chiffre d'affaires réalisé au cours du mois.

La SAARB Assurances compte à ce jour sept (7) agences générales et trois bureaux directs (le bureau direct d'AKPAKPA, celui de PARAKOU et celui du siège). L'activité de ces bureaux directs est limitée à la souscription des contrats d'assurance et éventuellement à la prise des déclarations de sinistres. La SAARB Assurances travaille aussi en collaboration avec trois parcs automobiles. Ceux-ci aident les propriétaires de véhicules en transit à satisfaire à l'obligation d'assurance automobile en leur faisant souscrire des contrats automobiles d'une durée variant entre quarante huit (48) heures et cinq (5) jours. Chaque agent général, parc automobile et bureau direct produit mensuellement des états de sa production, des encaissements effectués sur les

émissions du mois et des recouvrements qu'il transmet au CDAF avec les quittances de prime et les conditions particulières de même que les bordereaux de versement en banque. La production de la SAARB Assurances pour l'exercice 2009 se répartit comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau N°3 : Chiffres d'Affaires réalisés par branche.

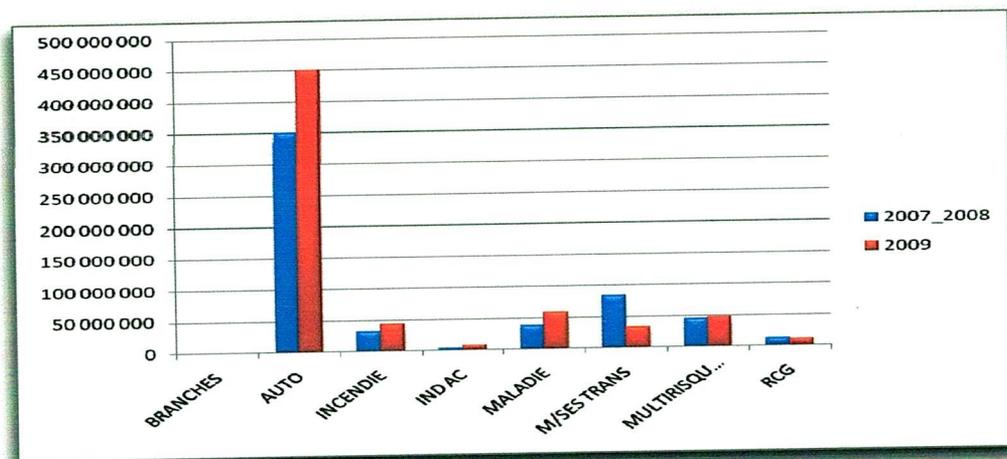
CHIFFRES D'AFFAIRES TOUTES ENTITES		
BRANCHES	CA	%CA
AUTOMOBILE	428 037 556	70%
INCENDIE	40 116 880	7%
INDIVIDUELLE ACCIDENT	6 055 072	1%
MALADIE	54 409 835	9%
MARCHANDISES TRANSPORTEES	30 594 309	5%
MULTIRISQUES	44 053 135	7%
R C G	9 500 453	2%
TOTAL	612 767 240	100%

Sources : Réalisé par l'auteur à partir des données 2009 SAARB Assurances.

A la lecture de ce tableau, on se rend compte que pour l'exercice 2009, la branche automobile a constitué l'essentiel de la production de la SAARB Assurances. Elle représente en effet, 70% du chiffre d'affaires global de l'exercice. Par contre, la branche responsabilité civile générale (RCG) ne représente que 2% de la production.

La production réalisée dans chacune de ces branches a connu une croissance comme l'illustre l'historique ci-dessous :

Graphique N°3 : Histogramme des chiffres d'affaires des différentes branches pour les exercices 2007_2008 et 2009.



Sources : Réalisé par l'auteur à partir des données 2009 SAARB Assurances.

D'après l'histogramme il ressort que l'ensemble des branches ont connues une légère croissance en dehors de la branche transport qui a connue une baisse en 2009.

3.1.2 Les produits de la SAARB Assurances

a) ASSURANCE AUTOMOBILE

L'histogramme montre que la branche automobile a enregistré en 2009 une croissance de 29% par rapport aux chiffres d'affaires de l'exercice précédent. Par ailleurs cette branche constitue un poids élevé dans la production de chacun des deux exercices. Pour l'exercice 2007_2008 cumulé sur recommandations de la CIMA, la branche représente 63% du chiffre d'affaires global tandis que pour l'exercice 2009, elle est passée à 70%.

La souscription d'un contrat d'assurance automobile nécessite la production des pièces susceptibles de fournir les informations nécessaires à la tarification. Il s'agit du livret du bord et/ou de la carte grise du véhicule. Ces pièces permettent d'identifier le nom du propriétaire du véhicule, le numéro châssis, la puissance, l'énergie, la date de la première mise en circulation etc. Le tarif déjà disponible, permet au producteur de déterminer la prime en tenant compte des différentes garanties proposées au client ou souhaitées par lui, de la puissance et du type d'énergie. Il faut remarquer par ailleurs, que pour la souscription des garanties dommages, il est nécessaire à l'assuré de produire les informations relatives à la valeur vénale et à la valeur à neuf du véhicule selon qu'il s'agit respectivement des garanties vol, incendie et dommages, bris de glace.

D'autres garanties sont presque toujours accordées, moyennant une surprime fixe. Il s'agit de la protection conducteur (PC) et de la défense et recours (DR).

La cotation en automobile est assurée grâce à l'utilisation d'un progiciel appelé ipronia. Toutefois, seul le bureau direct siège bénéficie de l'utilisation de ce progiciel. L'utilisation sera étendue aux autres agences et bureaux directs.

b) ASSURANCE MULTIRISQUE HABITATION & PROFESSIONNELLE

Il est important de préciser que cette assurance est un ensemble de garanties notamment l'Incendie, le Vol, les Dégâts des Eaux, Tous Risques Informatiques, la Globale Banque, la Responsabilité Civile Chef d'Entreprise, Responsabilité Civile Exploitation ou Professionnelle. Cette assurance est proposée au client en tenant compte de ses besoins en assurance. La cotation est faite dans ce cas sur la base de certaines informations,

lesquelles diffèrent selon qu'il s'agit de l'assurance multirisque habitation ou de l'assurance multirisque professionnelle.

✚ Multirisque habitation

Les informations requises ici sont : la nature du bâtiment et de son contenu, leurs valeurs respectives, la situation géographique du risque.

✚ Multirisque professionnelle

Outre les informations requises pour la multirisque habitation, le souscripteur, généralement une entreprise, doit fournir les informations relatives à la masse salariale et aux chiffres d'affaires de l'entreprise objet de couverture.

Il faut remarquer que les données statistiques présentent différemment les garanties au sein de ce package. Ainsi a-t-on pour la Responsabilité Civile Générale un taux de production de 2% pour le compte de l'exercice 2009. Celui de l'incendie est environ 7% pour la même période. Les autres garanties de ce package représentent 7% de la production totale de l'exercice 2009.

Pour la tarification de ce type de contrat, le producteur se réfère aux taux de prime à appliquer sur les valeurs de chaque rubrique afin de déterminer la prime nette à laquelle on ajoute le coût de police et la taxe pour obtenir la Prime Toutes Taxes Comprises (PTTC).

c) ASSURANCE MALADIE

Notons de prime à bord qu'il existe deux types de police en assurance maladie à la SAARB Assurances. Il s'agit de l'assurance maladie groupe et de l'assurance maladie individuelle. Pour la souscription de l'assurance maladie groupe ou individuelle, les informations à fournir par le souscripteur concernent le nombre de familles constituant le groupe, le plafond de remboursement désiré, les garanties optionnelles à souscrire en sus de la garantie de base. Il est remis à chaque assuré un questionnaire à remplir. Les informations fournies dans le questionnaire servent de base pour la tarification. La proposition est faite et le montant de la prime est communiqué au souscripteur en attente de son accord pour l'établissement du contrat. Dès lors que la proposition rencontre l'assentiment de l'assuré ou du souscripteur, celui-ci fournit les actes de naissances de chacun des bénéficiaires du contrat ainsi que leurs photos d'identité. Ces pièces permettent d'établir les carnets « PASSEPORT SANTE » par lesquels les bénéficiaires

recevront des soins chez les prestataires agréés par la société. Il leur est remis une liste des prestataires agréés de même que leurs adresses respectives.

La branche maladie est la deuxième branche après l'automobile et contribue à hauteur de 9% à la production globale au cours de l'exercice 2009. Il faut remarquer par ailleurs, que cette branche a connue une augmentation de 20 108 494 FCFA en 2009 par rapport à l'exercice 2007_2008.

d) ASSURANCE VOYAGE SEJOUR OU SAARB ASSISTANCE

Ici la seule pièce requise est le passeport. Toutefois, le souscripteur doit fournir entre autres informations le lieu et le nombre de jours à effectuer à l'étranger. Pour ce contrat, le tarif est fonction des destinations, lesquelles sont divisées en trois zones (l'espace Schengen, l'Afrique et le monde) et du nombre de séjours à effectuer. Après l'émission du contrat, le producteur remplit un carnet dans lequel les caractéristiques du contrat sont décrites. Il s'agit notamment des garanties, des limites des capitaux garantis, de l'étendue des garanties. C'est ce carnet qui permet au candidat au voyage d'obtenir le visa.

Le fonctionnement de ce contrat est basé sur les clauses d'une convention signée par la SAARB Assurances et MAPFRE ASSISTENCIA SA. En effet, en cas de maladie au cours du voyage ou pendant le séjour de l'assuré à destination c'est à cette structure qu'il revient de régler les frais raisonnablement exposés.

e) ASSURANCE TRANSPORT

Cette branche d'assurance a contribué dans une proportion de 5% à la production totale au cours de l'exercice 2009. Cependant, il est important de signaler que, comparativement à l'exercice 2007_2008, cette branche a connu une baisse en 2009 de l'ordre du double soit un montant de 50 150 298 FCFA.

Notons que deux cas de figures sont observés pour la tarification en assurance transport: soit les facultés sont déjà arrivées à destination, soit elles sont destinées à être transportées d'un lieu à un autre. Le transport des facultés peut être aérien, maritime ou terrestre.

En effet, pour satisfaire à l'obligation d'assurance des facultés, les services des douanes obligent les propriétaires des marchandises arrivées à destination et qui n'étaient pas au préalable assurées, avant leur transport, à produire un certificat d'assurance. Dans ce cas, seuls le connaissance et/ou la facture sont requis pour l'émission du contrat. En

réalité ces pièces permettent de déterminer la nature et la valeur des marchandises indispensables pour la tarification.

Par contre, lorsque les marchandises vont faire l'objet d'un transport, la cotation consiste, pour le producteur à vérifier les conditions de voyage notamment la nature des marchandises, la conteneurisation, le poids des marchandises et leurs valeurs. A base du tarif fixant les taux de prime à appliquer, le montant de la prime est déterminé et proposée au client (assuré). Le contrat est édité et signé par les deux parties dès lors qu'il marque son accord pour le montant de la prime à lui proposée et les conditions particulières. On lui délivre un certificat d'assurance.

REMARQUE

Pour toutes ces branches d'assurances ci-dessus décrites, les conditions particulières sont imprimés en trois (3) exemplaires ou quatre (4) selon que le client est venu sans ou avec un chargé de clientèle. Une copie est remise au client, une sert à ouvrir le dossier de production, une autre est destinée au service comptabilité et statistiques et éventuellement la quatrième copie au chargé de clientèle lui permettant de suivre le client pendant toute la durée du contrat et aussi pour le calcul de ses commissions.

L'encaissement est opéré par la remise d'une quittance qui est aussi en quatre exemplaires. L'original est remis au client. Une copie est remis dans le dossier de production ouvert, la deuxième est envoyée au service comptabilité et statistiques et la dernière copie servant de contrôle est gardée dans la souche. Toutefois il faut préciser que lorsque le client ne paie pas au comptant, il lui est délivré une facture qui est également en quatre (4) exemplaires répartis comme les quittances.

Particulièrement pour l'assurance transport, les conditions particulières sont toujours imprimées en quatre exemplaires. La répartition est la même à la seule différence qu'une copie est destinée aux services de la douane.

Pour les contrats automobiles, la cote (chemise dossier conçue pour contenir les documents de production) utilisée est bleue ou verte. Par contre, la cote utilisée est rose pour les autres contrats. Sur chaque cote, il est mentionné le N° police du contrat et le Nom de l'assuré. Le N° police obéit à une nomenclature conçue par la SAARB Assurances.

f) VOBOSSA

C'est le produit caractéristique de la SAARB Assurances. Son fonctionnement est basé sur celui de l'Individuelle Accident et a pour cible les commerçants, les propriétaires d'un emplacement de vente ou propriétaire d'une boutique employant des aides-commerçants. Elle couvre l'assuré contre les risques d'accident au cours de l'activité commerciale et la continuité de ladite activité au cas où l'assuré venait à être immobilisé suite à un événement garanti. En effet, VOBOSSA est un package de quatre garanties réunies dans un seul contrat :

- Frais médicaux et pharmaceutiques indispensables après un accident ;
- Incapacité temporaire ou permanente d'exercer l'activité commerciale ;
- Soutien à la relance de l'activité commerciale (SRA) ;
- Accident au cours d'un voyage dans les pays limitrophes.

Notons que VOBOSSA peut être souscrit individuellement comme en groupe auquel cas le groupe bénéficie d'une réduction de 10% sur la prime nette.

g) JOKER AUTO

Aux termes des dispositions de l'Art 206 al 1a du code CIMA, le conducteur n'est pas couvert par l'assurance Responsabilité Civile Automobile au moment de l'accident. C'est pour pallier à cette insuffisance de garantie que la SAARB a conçu JOKER AUTO. C'est donc un contrat qui permet à toute personne titulaire d'un permis de conduire, à tout employeur au profit des conducteurs de son entreprise de bénéficier en cas d'accident :

- D'une indemnisation en cas d'hospitalisation suite à un accident de la circulation ;
- D'un capital en cas d'invalidité temporaire ou permanente consécutive à un accident de la circulation ;
- D'un capital aux ayants-droits du conducteur décédé lors d'un accident de la circulation.

h) JOKER SCOLAIRE

Pour tous les dommages corporels et matériels auxquels sont exposés les enfants scolarisés ou qu'ils peuvent causer aux autres enfants lors des activités scolaires (trajets école-domicile, récréation etc.) ou extra scolaires (domicile, sport, excursion etc.), JOKER SCOLAIRE offre un ensemble de garanties complètes permettant de couvrir la

responsabilité civile des parents du fait de leurs enfants consécutivement à un accident, un incendie, une explosion ou par l'action directe de l'eau. Par cette garantie, la SAARB Assurances s'engage à verser un capital en cas d'invalidité permanente ou de décès de l'enfant et le remboursement des frais de soins raisonnablement exposés à la suite d'un accident corporel touchant l'enfant assuré. Ce contrat est destiné au responsable de famille pour le compte des enfants à sa charge dans la limite de trois (3), scolarisés et vivant sous son toit et âgés de dix huit (18) ans au plus à la date de souscription du contrat.

i) JOKER FAMILIAL

Ici également il s'agit d'un package de six (6) garanties en un seul contrat. Ce contrat est destiné à couvrir l'assuré contre les événements tels que l'incendie, le vol, les bris de glaces, les dégâts des eaux, les accidents et la responsabilité civile à l'égard des tiers. Elle offre, grâce à sa souplesse des modalités de souscription lesquelles permettent à l'assuré de choisir la(les) garantie(s) qui lui paraissent convenables au sein de ce package.

On peut remarquer que JOKER FAMILIAL est une multirisque habitation à laquelle est ajoutée une Individuelle Accident.

j) SECUP 2000

Afin d'offrir ses prestations aux personnes dont les biens meubles et immeubles de même que ceux appartenant à autrui sont susceptibles de subir d'importants dégâts après un incendie, la SAARB Assurances a conçu et mis sur le marché SECUP 2000. En effet, il s'agit ici d'un club dont la population cible est composée des chefs d'entreprises, des chefs de famille, des personnes exerçant des professions libérales, de tous propriétaires ou locataires de maisons et dont l'adhésion permet à chaque membre de bénéficier en cas d'incendie :

- D'une logistique appropriée pour son hébergement ;
- Des moyens financiers nécessaires à la reconstitution de ses biens meubles ou immeubles ;
- De la réparation des dommages causés à autrui du fait de l'incendie ayant pris naissance dans son immeuble ;
- De la réinsertion dans le club après incendie.

3.2 LE SERVICE SINISTRE

C'est le service qui s'occupe de l'étude technique des sinistres en vue de leur règlement. Cette étude technique diffère selon qu'il s'agit d'un sinistre automobile, d'un sinistre transport, multirisque ou de sinistre en assurance maladie. Ce dernier cas a particulièrement retenu notre attention et fera l'objet de la deuxième partie de notre travail.

3.2.1 Etude technique des sinistres

La démarche consiste à prendre la déclaration de sinistre, à procéder à l'étude proprement dite du dossier, au paiement éventuel d'une indemnité et enfin au classement du dossier.

3.2.1.1 Déclaration de sinistres automobiles

A cette étape, le client sinistré ou son représentant vient en faire la déclaration afin d'obtenir un numéro sinistre exigé par la force publique ayant procédé au constat d'accident. Un certain nombre de pièces sont requises avant de prendre la déclaration, ceci par souci de prudence, afin d'éviter de prendre la déclaration de faux sinistres (soit parce qu'il n'existe pas au préalable un contrat soit parce qu'il n'y a pas eu de sinistre).

Les pièces requises concernent :

- La copie des deux premières pages du livret du bord présentant le numéro d'immatriculation qui doit être conforme à celui figurant dans les conditions particulières ;
- La copie des conditions particulières présentant les caractéristiques du contrat et en l'occurrence les garanties souscrites ;
- La copie de la quittance de prime qui présente la situation de l'assuré quant au paiement total ou non de la prime d'assurance ;
- La copie de la page de la visite technique pour vérifier sa validité;
- La copie de la carte grise permet d'identifier le propriétaire du véhicule pour s'assurer que c'est ce dernier qui est véritablement l'assuré en conformité avec le nom de l'assuré figurant dans les conditions particulières ;

- La copie du permis du conduire pour opposer éventuellement l'exception de garantie en cas d'accident impliquant un conducteur non muni de permis de conduire (Art 65 conditions générales automobile) ;
- Le rapport de constat d'accident au cas où le constat a été fait par les agents de la police. C'est cette pièce qui confirme la matérialité du sinistre automobile. Toutefois, lorsque le constat est fait par la gendarmerie, le service sinistre appelle par téléphone pour se rassurer de la matérialité de l'accident car la gendarmerie ne délivre pas un rapport d'accident.

Une fois ces pièces réunies, on prend la déclaration de sinistre par laquelle l'assuré ou son représentant fait le résumé des circonstances de l'accident, la nature et l'importance des dégâts subis de part et d'autre. On lui donne alors un numéro sinistre qu'il présente à la police ou à la gendarmerie pour retirer ses pièces qui auraient été retenues par les agents de la force publique. Le numéro sinistre est la preuve que l'assureur se substitue à l'assuré pour prendre en charge les dommages causés à autrui dans les limites prévues par le code CIMA. On lui donne également copie du numéro sinistre et une copie est remise dans le dossier de déclaration. Le dossier sinistre est ainsi ouvert.

Lorsque le client est assuré par l'intermédiaire d'un cabinet de courtage, la déclaration peut se faire par l'entremise de ce cabinet. Il arrive aussi que l'assuré ne vienne pas avec les conditions particulières ni la quittance de prime. Dans ce cas, si le contrat est souscrit au siège, on recherche le dossier de production. Par contre si la souscription a été faite dans une agence, on appelle l'agence pour s'assurer qu'un tel contrat existe.

Pour les sinistres survenus dans le Nord, donc loin du siège, les déclarations sont faites soit au bureau direct de PARAKOU ou dans l'agence générale de la même ville. Les déclarations sont ensuite envoyées au siège où on leur redonne un numéro sinistre pour respecter l'ordre et éviter d'avoir plusieurs numéros sinistres identiques.

3.2.1.2 Déclaration de sinistres multirisques professionnelles

Ici, la déclaration de sinistre n'obéit pas à une forme particulière. Elle peut se faire par tous les moyens. Toutefois, il est recommandé de la faire par une correspondance laquelle doit décrire les circonstances et les causes probables du sinistre. L'assureur, pour éviter de s'exposer à de faux sinistres, doit faire descendre sur les lieux le plus tôt possible son expert pour constater les dégâts réellement subis. Il est indispensable au rédacteur sinistre de s'assurer de l'existence et de la validité d'un contrat multirisque entre

l'assureur et le sinistré. C'est pour cela que le rédacteur sinistre demande de lui faire parvenir une copie des conditions particulières.

3.2.1.3 Déclaration de sinistres transports

La procédure est la même qu'en cas de sinistre multirisque. Toutefois, certaines pièces sont indispensables. Il s'agit des conditions particulières, du connaissance, du rapport de contrôle du commissionnaire etc.

REMARQUE

Les cotes utilisées pour les sinistres automobiles diffèrent en fonction de la nature des dégâts résultant du sinistre. En cas de dégâts matériels la cote est jaune tandis qu'en cas de dégâts matériels et/ou corporels la cote est rouge. Par contre, pour les autres sinistres seule la cote bleue est utilisée qu'il s'agisse de sinistres multirisques ou de sinistres transports.

Les cotes sont des chemises dossiers sur lesquels des informations caractéristiques sont libellées. Il s'agit entre autre de la date du sinistre, le numéro police, le numéro sinistre attribué, etc.

Après avoir pris la déclaration de sinistre, le rédacteur sinistre procède à une évaluation sur la base de la nature des dégâts occasionnés à la suite d'un événement garanti. Lorsque le montant de l'évaluation dépasse 10 millions, la déclaration en est faite aux réassureurs.

Après la phase de la prise de déclaration, le rédacteur sinistre remplit le registre sinistre côté et paraphé par les autorités compétentes.

3.2.1.4 Déclaration de sinistres en assurance maladie

Ici la procédure est particulière. En effet, il existe des protocoles d'accord entre des cliniques, des laboratoires, des hôpitaux et des pharmacies (connus sous le nom de prestataires agréés) qui reçoivent les assurés et leur administrent des soins en tenant compte des barèmes qui figurent dans les conditions particulières. A la souscription du contrat maladie, il est remis à chaque assuré un carnet appelé PASSEPORT SANTE lequel présente de façon sommaire les différentes garanties ainsi que leurs limites prévues dans les conditions particulières du contrat.

Ceci permet donc au prestataire de savoir quelle est la part de l'assuré (ticket modérateur) et celle de l'assureur. Des fiches de « déclaration maladie » sont remises aux assurés qu'ils présentent aux prestataires agréés pour recevoir les soins appropriés. Ces fiches sont regroupées et envoyées à l'assureur de même que la facture du prestataire pour réclamation des sommes dues après application des barèmes dans les limites convenables.

Nous reviendrons plus en détail dans la deuxième partie de ce rapport.

3.2.2 Étude proprement dite

Distinguons entre autres l'étude des dossiers automobiles, des dossiers transports et des dossiers multirisques.

3.2.2.1 Etude des sinistres automobiles

L'étude des dossiers sinistres automobiles commence véritablement dès lors que le procès verbal de constat d'accident établi par les agents de la force publique parvient à la compagnie. La (les) victime(s) fait (font) parvenir leurs dossiers de réclamation avant ou après l'arrivée du procès verbal de la police ou de la gendarmerie accompagnée d'une lettre de demande d'indemnisation. Après lecture du PV (Procès Verbal), le rédacteur sinistre arrive à déterminer la part de responsabilité de chacune des parties impliquées dans l'accident. Plusieurs cas peuvent se présenter : 100%, 50%, 33%, 25% ou 0% de part de responsabilité. Cependant, nous pouvons les regrouper en deux grandes catégories selon que la responsabilité de notre assuré est totalement engagée et en partie ou pas engagée.

Cas 1 : Responsabilité à 100% de l'assuré de la compagnie.

On envisagera les situations selon la nature des dommages :

- ❖ Accident impliquant le véhicule assuré et provoquant que des dommages corporels.

La victime n'est pas décédée : dans ce cas, celle-ci doit fournir un certificat médical initial, des factures et ordonnances médicales et des tickets de caisse de la pharmacie. L'étude consiste d'une part à l'examen des ordonnances du point de vue de leur authenticité et d'autre part du point de vue de la conformité des médicaments qui figurent

sur les tickets de caisse à ceux prescrits sur l'ordonnance médicale. L'étude du dossier peut aboutir à l'octroi d'une provision, qui est une avance sur indemnité destinée à soutenir la victime dans ses dépenses présentes et à venir dès lors que la victime en fait la demande. A la consolidation, la victime fournit un certificat médical de guérison ce qui permet de calculer son indemnité finale dans les limites prévues par le code CIMA. Si elle avait bénéficié d'une provision, celle-ci sera déduite de l'indemnité finale.

La victime est décédée : ici, les ayant-droits fournissent les pièces telles que listées dans le code CIMA. L'étude consiste à vérifier la conformité des pièces et leur authenticité telles que prévues par le code CIMA.

Dans les deux cas sus cités, le rédacteur sinistre fait une pré étude qu'il soumet au CDTC (Chef Département Technique et Commercial) qui à son tour, apprécie et apporte au besoin des compléments. Dans la pré étude le rédacteur sinistre justifie si la garantie est acquise ou non, les exceptions, fait ses observations et propose une offre d'indemnité. Le dossier passe au comité sinistre qui apprécie l'étude et arrête finalement le montant de l'indemnité convenable. Le comité sinistre est composé du DG, du CDAF (Chef Département Administratif et Financier), et du CDTC.

C'est après la séance du comité sinistre qu'il sera adressé à la victime la proposition d'offre retenue. Au cas où cette proposition rencontrerait son assentiment, elle le fait savoir en adressant une lettre d'accord. La demande de paiement est alors faite et envoyée au CDAF. Si par contre la victime ou les ayant-droits contestent le montant de la proposition d'offre, le dossier sera réexaminé et pourra aboutir soit au maintien du montant proposé soit à une augmentation.

- ❖ Accident impliquant le véhicule assuré et provoquant des dégâts matériels aux tiers.

Dans ce cas, les victimes adressent leur dossier de réclamation composé des photos présentant de façon claire les parties endommagées sur leurs biens, de la facture pro forma ou du devis de réparation. L'étude consiste dans ce cas, pour le rédacteur sinistre, à examiner les dommages réellement subis afin d'apprécier si le montant du devis de réparation ou de la facture pro forma est raisonnable. Dans le cas contraire, il revient au rédacteur sinistre de faire des propositions concrètes au regard des parties endommagées et des coûts qu'il juge raisonnables pour la réparation des dommages. Et comme dans le cas précédent, il fait une pré étude qui suit aussi le même processus que celui décrit plus haut. Au cas où l'évaluation des dommages dépasserait la compétence du rédacteur sinistre, le dossier peut être soumis à l'expertise.

- ❖ Accident occasionnant des dégâts matériels sur le véhicule assuré.

Dans ce cas, le rédacteur sinistre doit s'assurer dorénavant, que le véhicule est assuré en « Tous risques ». Si tel est le cas, sans attendre le PV, il peut donc procéder à l'étude dans les mêmes conditions que précédemment. Dans le cas contraire, il rejette la réclamation et donc l'assuré ne recevra rien au titre de l'indemnité des dommages matériels.

Cas 2 : Responsabilité de notre assuré est en partie engagée ou ne l'est pas.

Dans ce cas le rédacteur doit faire jouer la garantie défense et recours qui est automatiquement accordée à la souscription pour tous les contrats automobiles.

En effet, sur tout le marché béninois cette garantie est rendue obligatoire de fait, car elle est souscrite dans toutes les compagnies d'assurance qui font de la branche automobile.

Le rédacteur sinistre, en recevant le dossier de réclamation de notre assuré, le transmet par courrier à la compagnie du responsable, en lui notifiant, après examen du PV que la responsabilité de son assuré est, dans une proportion, engagée dans l'accident. Et par conséquent, elle doit réparer les dommages aussi bien matériels que corporels subis par notre assuré. Le rédacteur sinistre doit préciser dans sa lettre les raisons qui sous-tendent la mise en jeu de la responsabilité de l'assuré de l'autre compagnie.

En cas de partage de responsabilité, le rédacteur sinistre en fait cas dans sa lettre tout en justifiant les raisons du partage. Notons que la détermination de la responsabilité n'est pas souvent aisée dans la mesure où, certains cas, de par leur complexité ne trouvent pas leurs correspondances dans le barème de responsabilité du code CIMA. Face à ces situations, le rédacteur sinistre fait recours à l'Infra code ou au Code de la route pour une bonne appréciation des circonstances de l'accident.

3.2.2.2 Etudes techniques des sinistres survenus dans les autres branches

L'étude technique des sinistres survenus dans les autres branches (Transport et Multirisque) suit un même processus. Pour les sinistres survenus dans ces branches et qui mettent en jeu la garantie de la SAARB Assurances, l'expert de la compagnie est immédiatement commis pour évaluer les dommages réellement subis afin de procéder au règlement du sinistre dans un délai court. Le rédacteur procède aux vérifications nécessaires notamment concernant les garanties souscrites et libellées dans les conditions particulières afin de s'assurer que le sinistre peut être indemnisé ou pas. Il fait ensuite la pré étude de règlement qu'il soumet à l'appréciation du CDTG. Puis le dossier

passé au comité sinistre avant de suivre le même processus que dans le cas des sinistres automobiles.

3.2.2.3 Paiement des sinistres et classement du dossier

Le paiement du sinistre se fait par l'émission de chèques aux bénéficiaires. En effet, après que la(les) victime(s) ait(ent) donné son(leur) accord pour la proposition d'offre qui lui(leur) a(ont) été faite par le comité sinistre, le rédacteur procède à l'établissement des demandes de paiement qu'il adresse au DG. Ce dernier les signe avant leur transmission au CDAF. C'est sur cette base de ces demandes que les chèques sont établis.

Dès lors que les chèques sont établis, les dossiers sont retournés au rédacteur sinistre qui remplit le quittancer sinistre avant de remettre le chèque aux bénéficiaires.

Les transmissions de chèque sont effectuées soit au siège soit chez les victimes. Dans tous les cas, les réceptionnaires des chèques les déchargent sur présentation de leurs pièces d'identités et le cas échéant d'une procuration.

Après avoir payé la (les) victime(s), le dossier est classé dans un placard. Il peut être réouvert plus tard pour diverses raisons.

3.3 LE SERVICE INFORMATIQUE

Le parc informatique de la SAARB Assurances est composé de matériels informatiques et de deux réseaux (intranet et internet). Les matériels informatiques concernent les ordinateurs, les imprimantes, les photocopieuses, des progiciels et logiciels. Rattaché au Département Administratif et Financier, le service informatique assure essentiellement comme rôles :

1. L'exécution des mises à jour périodiques et la sauvegarde des données ;
2. La mise à jour des logiciels et progiciels et la maintenance des matériels informatiques ;
3. La formation et le suivi des utilisateurs aux différents logiciels et progiciels.

C'est également ce service qui assure la gestion des droits d'accès, qui crée des comptes d'utilisateurs.

Le processus d'informatisation mise en œuvre par la compagnie, vise à étendre le réseau aux autres bureaux directs et agences générales présents au cœur du pays.

3.4 SERVICE COMPTABLE, STATISTIQUES ET REASSURANCE

C'est également un service qui est rattaché au DAF. De différentes activités relèvent de ce service. Il s'agit en l'occurrence des commandes des fournitures indispensables au fonctionnement de la société, du règlement des prestations fournies par les différents prestataires de services, du paiement des sinistres et des commissions aux différents acteurs de la force de vente, de l'examen et de l'analyse des états de production mensuels envoyés par les différentes entités (agences générales, bureaux directs) et de l'élaboration des Etats Financiers et Statistiques de la CIMA.

En outre, c'est ce service qui est chargé de tenir la comptabilité de la société. A cet effet, il assure l'enregistrement de toutes les opérations comptables afférentes au fonctionnement de la société et élabore le budget annuel à soumettre à l'appréciation du conseil d'administration.

Concrètement, l'activité consiste d'une part à l'élaboration des états de production réalisée par chacune des entités afin d'effectuer un contrôle sur leurs activités et d'autre part à l'élaboration des Etats Statistiques de la CIMA.

Par ailleurs toutes les opérations de cessions en réassurance de la société sont gérées par le CDAF. De même, la gestion du personnel relève de ses prérogatives. Il s'agit entre autres du suivi du personnel et du paiement de leurs salaires. Il veille aussi à l'implication rigoureuse de chaque personnel dans le travail à lui confier.

**PARTIE II : LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE
MALADIE A LA SAARB Assurances**



PROBLEMATIQUE

Une étude de l'OMS¹ indique que le pourcentage de la population exclue pour des raisons essentiellement économiques, des soins de santé moderne est en nette croissance. De 25% il y a moins d'une dizaine d'années, ce taux est, aujourd'hui, aux environs de 50%. Or l'accès aux soins de santé appropriés est l'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), que nos gouvernements africains s'efforcent d'atteindre à l'horizon 2015. La gratuité de la césarienne, le nombre importants des agents contractuels de santé reversés par l'Etat Béninois sont entre autres le reflet des efforts consentis par le BENIN pour atteindre cet objectif.

Les moyens préconisés par l'OMS et les bailleurs de fonds passent par une meilleure connaissance et une pénétration des médicaments génériques, ainsi qu'une multiplication des infrastructures sanitaires notamment, les petites structures de proximité (dispensaires, centres de santé communautaires, maternités etc.).

Par ailleurs, il faut remarquer qu'il y a eu des avancées considérables dans la connaissance de la maladie. Ainsi, telle affection jadis attribuée à la sorcellerie ou à une maladie bénigne de prime abord se révélera être un cancer, une hépatite, un paludisme, une fièvre typhoïde, un kyste, un fibrome ou un diabète etc.

En dépit de ces nombreuses mesures et avancées dans le domaine de la santé, le taux de morbidité est en pleine croissance, du fait de l'inaccessibilité aux soins, de la dégradation du cadre de vie et du phénomène du paludisme et du SIDA. Face aux difficultés financières (revenus faibles et irréguliers) de la population, ne favorisant pas l'accès aux soins médicaux, l'intervention de l'assureur dans ce domaine par la mise en place d'une assurance maladie n'est plus à démontrer.

Cependant, le mécanisme de fonctionnement fondé sur le tiers-payant, rencontre certaines difficultés qui entravent le développement de cette branche d'assurance. En effet, même si les clients s'intéressent de plus en plus à l'assurance maladie, force est de constater qu'elle est l'une des branches dont les résultats sont déficitaires. Elle est donc l'une des branches qui enregistre plus de sinistres. C'est pour cette raison que l'objectif général de ce thème est de contribuer à l'amélioration du mode de gestion des sinistres. Et pour y parvenir, cet objectif est décomposé en deux objectifs spécifiques à savoir :

- Etudier le mode de gestion des sinistres et montrer ses limites ;
- Faire des suggestions afin d'améliorer le fonctionnement.

¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

1 LE CONTRAT D'ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie est l'une des branches d'assurance commercialisée par la SAARB Assurances. Au titre de l'exercice 2009, elle représente en termes de chiffres d'affaires une proportion de 9% alors qu'elle était de 7% pour l'exercice 2008/2007 soit une légère augmentation de 2%.

Avant tout développement sur l'assurance maladie, il urge de comprendre quelques termes techniques propres au domaine de la santé.

- ✦ Maladie : le dictionnaire médical le Larousse définit la maladie comme une altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis, notamment : une cause, des signes et symptômes ; une évolution, des modalités thérapeutiques et pronostiques précises.

C'est donc l'ensemble de ces caractères qui est pris en compte par le médecin dans l'appréciation de la maladie. La cause s'entend comme, le facteur générateur de la maladie. La maladie doit se manifester par des signes externes qui permettent à l'autorité médicale de l'apprécier. Elle doit enfin pouvoir faire l'objet d'une prédiction précise ou presque exacte et être susceptible de faire l'objet d'un traitement précis.

- ✦ La maladie selon le dictionnaire Petit Larousse Illustré (1987) est une altération de la santé, dans l'équilibre des êtres vivants (animaux et végétaux).

En assurance maladie, la maladie est appréhendée comme une altération soudaine et imprévisible de l'état constatée par une autorité médicale compétente et constituant une atteinte corporelle de l'assuré.

Par contre, l'accident est tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime et indépendant de sa volonté et constituant une atteinte corporelle.

L'hospitalisation est tout séjour d'au moins 24 heures dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour est prescrit par une autorité médicale compétente et a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'assurance maladie est un contrat par lequel l'assureur s'engage à couvrir les frais médicaux et pharmaceutiques (FMP) et les frais d'hospitalisation exposés par l'assuré en cas de maladie ou d'accident dans les limites prévues au contrat.

DOUGH LACEY de la SWISS-RE of SOUTH AFRICA définit l'assurance maladie comme « une assurance conçue pour alléger la charge générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou un accident »².

On parlera de sinistre lorsque tout assuré ou bénéficiaire de contrat d'assurance maladie expose des frais dans les cliniques, hôpitaux publics, centres de santé, pharmacies etc, à la suite d'un événement garanti (maladie, accident).

1.1 GARANTIES ET FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Il existe fondamentalement deux grandes catégories de garanties en assurance maladie. Il s'agit des garanties de base et des garanties optionnelles.

1.1.1 Les garanties de base

Les garanties de base en assurance maladie concernent :

1. La garantie « Frais de consultation » qui consiste à prendre en charge les frais exposés par l'assuré dans le cadre d'un examen médical pratiqué par un Médecin, un Spécialiste, un Professeur et résultant d'une altération de l'intégrité physique de l'assuré provoquée par une maladie ou un accident. Ces frais sont pris en charge généralement sauf conventions contraire à 100% par la SAARB Assurances.
2. Les frais de soins : Cette garantie couvre, à la suite d'une maladie ou d'un accident, de façon exhaustive les frais suivants : Les frais médicaux et pharmaceutiques et les fournitures, les frais de chambre, les frais d'ambulance, les honoraires chirurgicaux et accessoires suite à une intervention chirurgicale, les frais de séjour de la mère accompagnant un enfant de moins de cinq ans, les frais des analyses et les travaux d'analyses en laboratoire, de radiographie, de kinésithérapie et de rééducation suite à un accident ou à une maladie, les frais des actes de spécialité, les frais de traitements préventifs tel que les vaccins DT, fièvre jaune, Coqueluche, poliomyélite, ROUVAX, et les frais exposés pour les soins dentaires exécutés par un praticien diplômé (soins extractions, obturations)

² Mémoire : Fraude en assurance maladie au sein de Le Mans Assurances International : Diagnostic et thérapeutiques. Dofèrègouô SORO

Pour cette garantie les frais ci-après sont exclus :

- ✓ Les frais liés à l'achat de médicaments et de fournitures prescrits par une personne autre qu'un médecin ou une sage femme ;
 - ✓ Les frais liés à l'achat de médicaments non prescrits ;
 - ✓ Tous les anti acnéiques ;
 - ✓ Tous les produits diététiques ;
 - ✓ Tous les aliments du bébé ;
 - ✓ Tous les anorexigènes ;
 - ✓ Tous les laxatifs ;
 - ✓ Tous les contraceptifs ;
 - ✓ Tous les médicaments à base d'hormone ;
 - ✓ Les soins à caractère esthétique ;
 - ✓ Les soins relatifs à une malformation ;
 - ✓ De même les médicaments tels que ZOVIRAX, TRIFULGAN, DECAPEPTYL, RETROVIR et les autres similaires.
3. Les frais de maternité : il s'agit de l'ensemble des frais exposés pendant les périodes pré et post natales, les frais d'échographie prénatale, les frais liés au bilan prénatal, les frais d'accouchements proprement dits, qu'il soit normal ou par voie chirurgicale ou gémellaire et les frais de séjour dans un hôpital public ou dans une clinique privée.

Toutefois, les frais liés à des fausses couches provoquées ne sont pas couverts. Les accouchements prématurés survenant après le sixième mois de grossesse ne sont pas assimilés à des fausses couches.

1.1.2 Les garanties optionnelles

Les garanties optionnelles sont au libre choix de l'assuré. Elles lui sont concédées moyennant une surprime.

Généralement pour tous les contrats maladie, les garanties optionnelles accordées par la SAARB Assurances moyennant surprime, sont au nombre de trois (3).

Il s'agit des garanties Vitamines, Frais d'optiques et Evacuation Sanitaire.

1. Vitamines : Elle couvre les frais exposés à l'achat des vitamines prescrites par un médecin suite à un événement garanti par le contrat et ce, dans les limites prévues au barème de remboursement. Généralement la part de la société

dans les frais de vitamines est limitée à 40% pour tous les contrats sauf conventions contraires.

2. Frais d'optiques : Cette garantie est exclusivement concédée aux assurés principaux. Elle couvre les frais de verres et de monture dans les limites prévues au barème de remboursement.
3. Evacuation sanitaire avec ou sans rapatriement du corps: Tout comme la garantie « frais d'optiques », cette garantie est uniquement concédée aux assurés principaux. Les frais exposés à l'occasion de l'évacuation sanitaire des assurés principaux sont couverts titre de cette garantie à l'exception des frais qui font l'objet d'exclusion.

La prime en assurance maladie est fonction d'un certain nombre de paramètres notamment les différentes garanties souscrites d'une part et d'autre part les limites (plafond des engagements de la SAARB Assurances et les tickets modérateurs souhaités par les assurables).

Le plafond de remboursement représente le montant maximum que la SAARB Assurances s'engage à rembourser dans le cadre des frais réellement exposés par les assurés à la suite d'une maladie ou d'un accident pendant toute la durée du contrat généralement annuelle.

1.1.3 Fonctionnement et limites du tiers-payant

Le fonctionnement de l'assurance maladie est basé sur le mécanisme du tiers-payant et fait intervenir un certain nombre d'acteurs : les prestataires agréés par la SAARB Assurances et le médecin-conseil à travers son rôle de contrôleur de l'authenticité et la matérialité des prestations fournies aux assurés malades. Les prestataires agréés sont composés entre autres des polycliniques, des cliniques, des centres médicaux, des hôpitaux publics, des pharmacies, des cabinets dentaires, des lunettiers. En réalité, le prestataire s'engage, par un protocole d'accord le liant à la SAARB Assurances, à fournir dans les limites prévues au contrat les prestations requises par les assurés ou bénéficiaires pour les soins relatifs aux affections dont ils souffrent et consécutifs à un événement garanti. En retour la SAARB Assurances a l'obligation de régler la facture du prestataire conformément aux dispositions du protocole d'accord.

En effet, pour chaque contrat souscrit, il est délivré à la souscription, à chaque famille assurée un carnet dénommé « PASSEPORT SANTE » dans lequel les identités (nom, prénoms, photos, âge, sexe) de l'assuré principal ainsi que celles des autres bénéficiaires de la famille sont mentionnées. De même, une page est conçue pour recevoir le résumé

des garanties souscrites dans leurs limites respectives (ticket modérateur, plafond, exclusions). Voir copie en Annexe 2

Le malade, sur présentation du PASSEPORT SANTE et de la fiche de déclaration dûment remplie et signée par l'assuré ou le souscripteur, reçoit tous les soins nécessaires. Le prestataire applique le barème de remboursement (voir copie en annexe 3) afin de déterminer la part (ticket modérateur) qui revient à la charge de l'assuré et adresse une facture détaillée des prestations servies, à l'assureur pour sa part dans lesdites prestations. Apparu dans les débats parlementaires qui ont abouti à la loi de 1928 sur les assurances sociales, se référant au système allemand, le ticket modérateur est le "ticket" de visite représentant la participation du malade aux frais médicaux. Le médecin devait recevoir ce ticket des mains du malade et le remettre à la caisse pour percevoir le montant de ses honoraires. Ce système a été abandonné par la suite, mais le terme demeure. Le ticket modérateur est donc la part de la prestation laissée à la charge de l'assuré malade. « <http://www.ecosante.fr/FRAFRA/800420.html> » Marie-Odile Safon *In : Les exonérés du ticket modérateur / Catherine Sermet – Rapport Irdes n° 1058.*

Le prestataire soignant doit dorénavant effectuer toutes les vérifications possibles notamment sur l'authenticité et la validité du PASSEPORT SANTE et sur l'identité du patient afin d'éviter de soigner des personnes autres que les assurés et bénéficiaires réels du contrat.

Toutefois, dans les contrats, il n'y a pas de clause obligeant l'assuré malade à se faire soigner uniquement auprès des prestataires agréés par la société. A cet effet, lorsque l'assuré malade reçoit les soins nécessaires chez un autre prestataire non agréé, il lui est délivré au préalable une prise en charge à sa demande et sur justificatifs d'une prescription médicale. Cette dernière est une preuve que l'assureur s'engage à rembourser les frais de soins dans les limites prévues au contrat. Ainsi, le prestataire non agréé pourra administrer les soins dans les limites prévues au contrat quitte à envoyer à l'instar des autres prestataires agréés ses factures pour remboursement des parts dues par la SAARB Assurances. Par ailleurs, l'assuré peut régler le prestataire non agréé et adresser plus tard ses factures pour le remboursement de ses sommes. On parlera dans ce cas de préfinancement ou de remboursement direct ou système classique.

Enfin, la dernière formule concerne la gestion de certains contrats d'assurance maladie confiée aux courtiers. Ces derniers procèdent au règlement des factures envoyés par leurs prestataires agréés, demandent ensuite à être remboursés par la SAARB Assurances.

Dans tous les contrats d'assurance maladie, il est inséré une clause dite « la clause d'ajustabilité ». Le but visé est de ralentir les consommations fantaisistes des assurés en imposant une régularisation des primes. Elle consiste à l'application d'un barème sur la prime nette en fonction du niveau de consommations rapporté à la prime nette de l'année d'assurance payée par chaque assuré (ratio S/P). La régularisation se fait à la fin de la période d'assurance écoulée, et ce, même en cas de non renouvellement du contrat pour le compte de la période d'assurance suivante. La prime régularisée est donc due quelle que soit la situation du contrat (renouvelé ou non) dans le portefeuille. Le barème de la clause d'ajustabilité se présente comme suit :

- 0% <S/P< 44% implique une réduction de prime de 25% ;
- 45% <S/P< 54% implique une réduction de prime de 15% ;
- 55%<S/P< 64% implique une réduction de prime de 5% ;
- 65%<S/P< 84% pas d'incidence ;
- 85%<S/P< 99% implique une majoration de 5% ;
- 100% <S/P< 144% implique une majoration de 10% ;
- 145% <S/P< 189% implique une majoration de 20% ;
- S/P>ou =190%, implique une majoration de 45%.

En réalité, l'on peut comprendre que la clause d'ajustabilité vise à pallier aux risques d'anti-sélection et d'aléa moral qui sont liés à l'assurance maladie.

En effet, les consommations d'un assuré constituent l'une des références pour détecter les cas où les assurés ou les bénéficiaires du contrat souffraient d'une telle ou telle maladie avant la souscription.

En dépit de la période de carence (généralement un mois sauf conventions contraires), on remarque que certains assurés tombent malade presque tous les jours pendant toute la période d'assurance. C'est un véritable indice pour se réaliser que la sélection du risque n'avait pas été bien faite et que les assurés ont fait de fausses déclarations sur l'état de leur santé à la souscription. L'insertion de cette clause vient corriger la sous tarification résultant de cette anti-sélection par une régularisation de la prime à la fin de la période d'assurance.

En outre, l'assureur qui fixe un plafond de remboursement à 1 000 000 FCFA pour un montant de prime donnée, autorise « implicitement » l'assuré à effectuer toutes les dépenses possibles relatives à ses soins dans le cadre d'un événement garanti, et ce, pendant toute la durée du contrat à concurrence du plafond de remboursement fixé. Du coup, il naît un risque d'aléa moral dans la mesure où l'assuré pourrait être tenté de porter coûte et coûte sa consommation à ce plafond ou au besoin se faire aider par des

proches ; la fameuse solidarité africaine obligeant, pour atteindre le plafond. En réalité, certains préfèrent les cliniques non plus par rapport aux compétences des médecins mais plutôt par luxe. D'autres, pour des maladies qui ne nécessitent pas une hospitalisation, sont obligés de passer des jours à l'hôpital parce que le médecin sait que le patient est couvert par une assurance maladie. Donc volontairement ou involontairement les consommations des assurés croissent de façon fantaisiste. Par cette clause, le S/P croît au fur et à mesure que le cumul des consommations de l'assuré devient important, ce qui appelle à une régularisation à la hausse de la prime à la fin de la période d'assurance. Ainsi, l'assuré est contraint de limiter ses consommations au risque de s'exposer au paiement d'une augmentation de prime à la fin de la période d'assurance.

Malheureusement, cette mesure, apparemment n'inquiète guère l'assuré qui pourrait résilier le contrat à l'échéance. Il est donc difficile de savoir à priori si l'assuré va renouveler le contrat ou pas à l'échéance car dans la plupart des contrats, il n'existe pas une clause obligeant l'assuré à rester dans le portefeuille l'année d'assurance suivante. Du coup, l'assuré peut, après avoir, consommé exagérément chez l'assureur X, renouveler chez l'assureur Y encore que pour des raisons de concurrence ces derniers s'abstiennent de livrer toutes informations permettant de situer chaque assuré ou souscripteur au renouvellement de son contrat.

2 LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE MALADIE A LA SAARB ASSURANCES

L'étude technique des sinistres en assurance maladie à la SAARB Assurances comprend deux volets :

- ✦ Le contrôle du médecin-conseil ;
- ✦ Le règlement proprement dit.

2.1 Le contrôle du médecin-conseil

Son travail consiste à vérifier la matérialité et le réalisme des prestations servies par ses collègues aux différents groupes assurés par la SAARB Assurances.

En effet, les factures des prestataires arrivent sous forme de courriers et sont affectées ensuite au service sinistre. Le service sinistre les transmet au médecin-conseil pour les contrôles nécessaires. Lesdits contrôles portent sur la nature des médicaments prescrits, eu égard aux diagnostics révélés par le médecin traitant. Par ce contrôle, le médecin arrive à isoler les médicaments qui font l'objet d'exclusion dans le contrat. Par ailleurs, il

examine le montant de chaque prestation (consultation, soins, analyses et travaux de laboratoires) afin de déceler éventuellement les cas de surfacturations et de surprescriptions. Son rôle s'étend aussi à des entretiens avec les assurés malades au cas où les ordonnances lui paraîtraient anormales ou trop exagérées. Pour ces cas, les médecins prescrivent plusieurs médicaments pour deux ou trois maladies diagnostiquées à la fois, ce qui n'est pas sans effet à long terme sur la santé des assurés. Le médecin joue donc, outre son rôle de contrôleur, un rôle de conseiller aux assurés, en attirant leur attention sur les différentes conséquences de traitements parfois trop exagérés des prestataires.

Les cas de surfacturations les plus fréquentes sont ceux relatifs aux frais de consultation. Pour une consultation facturée à 1 500 FCFA pour les malades non couverts par une assurance maladie, elle sera facturée à 6 000 FCFA pour ceux qui ont une couverture en assurance. Cette disparité de tarif qui n'est pas fondée et d'ailleurs contraire au principe indemnitaire, provient du fait que la limite prévue au contrat pour cette garantie est fixée à 6 000 FCFA. Le prestataire y trouve donc, une occasion pour se faire de l'argent. Il s'en suit alors, que le mécanisme du tiers-payant met en branle le principe indemnitaire.

En effet, les prestataires en font une source d'enrichissement sans cause dans la mesure où les montants facturés sont largement au dessus des frais raisonnablement exposés suite à un événement garanti.

Pour une gestion efficace des sinistres en assurance maladie, le médecin conseil joue un rôle très indispensable. Il permet de déceler les surfacturations, les surprescriptions, les ordonnances fantaisistes ; toutes pratiques qu'un simple rédacteur ne sera toujours pas capable de découvrir.

Cependant, il subsiste la question liée aux prestations servies à des patients non assurés au titre du contrat d'assurance maladie.

2.2 Le règlement proprement dit

Le règlement proprement dit concerne la détermination des montants dus par la SAARB Assurances aux prestataires en remboursement des différentes prestations fournies aux assurés et bénéficiaires ou ceux dus aux assurés dans le cas de préfinancement.

Au titre de l'exercice 2009, le montant des sinistres réglés dans la branche maladie s'élève à 16 291 200 FCFA sur une évaluation de 27 696 494 FCFA soit une provision pour sinistre de 11 405 294 FCFA.

2.2.1 Les prestataires agréées

Les prestataires sont constitués, des hôpitaux publics, des cliniques, des cabinets dentaires, des lunettiers, des laboratoires et des pharmacies. En fonction de la nature de la prestation de chacun d'eux (consultations et soins médicaux, analyses, frais d'optiques, frais pharmaceutiques etc.), des protocoles d'accord sont établis pour la mise en application du mécanisme du tiers-payant. On peut dénombrer soixante neuf (69) prestataires toutes catégories confondues agréés par la SAARB Assurances sur toute l'étendue du territoire national à la date du 30 Juin 2010.

Par le protocole d'accord, qui engage les deux parties, l'obligation est faite à la SAARB Assurances de mettre à la disposition du prestataire tous les documents relatifs au fonctionnement de l'assurance maladie et nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Ces documents concernent entre autres les conditions générales de la police d'assurance maladie, le guide de l'assuré en assurance maladie, la liste des souscripteurs gérés par la SAARB Assurances et les tableaux de remboursement. Par ailleurs, toute modification de procédure, de limitation dans l'utilisation des carnets « PASSEPORT SANTE » et/ou de toute radiation de bénéficiaires doivent être notifiées sans délai aux prestataires.

En outre, la société doit fournir aux prestataires toutes les explications qui peuvent lui être utiles dans le cadre de l'exécution du protocole et ayant rapport au fonctionnement de l'assurance maladie.

Le prestataire, quant à lui, s'engage à réserver aux détenteurs du carnet « PASSEPORT SANTE » le meilleur accueil et la meilleure attention, à vérifier l'identité du patient lors de la présentation de la prise en charge ou fiche de déclaration, à avertir sans délai toute pratique, de fraude et/ou tentative de fraude qui lui paraît anormale.

Par ailleurs, il a l'obligation de respecter rigoureusement la base tarifaire qu'il a fournie à la société. Pour ce qui concerne les modalités de paiement, il a l'obligation d'adresser à la SAARB Assurances, dans un délai de trente (30) jours, un relevé des prestations effectuées, accompagné des justificatifs composés de la fiche de déclaration maladie et/ou la prise en charge, la facture éventuellement de la prescription médicale ou l'ordonnance des verres si le prestataire est un lunettier.

Une fois la facture adressée, la SAARB Assurances doit procéder au règlement dans un délai de trente (30) jours.

2.2.2 Le préfinancement

Lorsque le patient pour des raisons justifiées, reçoit les soins dans une entité non agréée par la SAARB Assurances, ce dernier conserve à sa charge le montant correspondant à son ticket modérateur et envoie pour remboursement le montant correspondant à la part de l'assureur.

2.2.3 Outil de calcul des prestations

Dans les deux cas ci-dessus présentés (règlement des prestataires et remboursement du préfinancement), le rédacteur sinistre calcule les montants dus par la SAARB Assurances en tenant compte des observations issues du contrôle du médecin-conseil et des éléments d'appréciation des contrats des assurés concernés. La procédure utilisée est presque manuelle.

En effet, il existe un fichier MS Excel comportant des feuilles de calcul dans lesquelles des tableaux de consommations de chacun des assurés sont confectionnés pour servir de calcul. Il s'agit d'avoir en mémoire, d'une part les différents barèmes concernant chaque assuré et chaque bénéficiaire et d'autre part les différents bénéficiaires du contrat. Ainsi, pour chaque dossier de réclamation composé de la fiche de déclaration, de l'ordonnance, des factures et éventuellement des tickets de caisse, le rédacteur sinistre procède au calcul de la part de l'assureur comme suit :

- Il renseigne des colonnes de la date de déclaration, celle de l'assuré principal, celle du bénéficiaire et celle du diagnostic grâce aux informations fournies sur la fiche de déclaration par l'assuré ou le bénéficiaire d'une part et le prestataire d'autre part ;
- Il renseigne aussi des colonnes du plafond de remboursement, celle du ticket modérateur, celle de l'exclusion, celle du montant de la prestation et celle de la prime nette grâce à sa mémoire ;
- Enfin il procède aux calculs du montant réglé par application du taux laissé à la charge de l'assureur sur le montant des prestations renseigné plus tôt, du cumul des consommations en faisant la somme des montants réglés pour chaque prestations, du niveau de plafond en faisant la différence entre le plafond de remboursement et le cumul des consommations de l'assuré et déterminer le rapport S/P en faisant le cumul des consommations sur la prime nette.

Cette procédure présente fondamentalement les insuffisances ci-après :

- ✦ Risque de prendre en compte la consommation d'une tierce personne non bénéficiaire par défaut de mémoire ;
- ✦ Mauvaise application du barème du remboursement par défaut de mémoire;
- ✦ Lenteur dans le calcul, parce que l'on doit vérifier au besoin dans le dossier de production si telle ou telle personne est bénéficiaire ou pas, de même que les différents barèmes à appliquer ;
- ✦ Risque de prendre en compte les factures des prestataires non agréés ;
- ✦ Risque de se tromper sur les garanties optionnelles concédées à certains assurés uniquement.

3 SUGGESTIONS

Après avoir décrit le mode de règlement des sinistres et montrer ses limites, il est important de formuler des suggestions objectives pouvant en permettre une amélioration. C'est à ce travail que nous allons nous atteler sous ce sous-titre.

Toutefois, nous n'avons pas la prétention de vouloir apporter toutes les solutions idoines aux insuffisances révélées, mais nous essayerons à travers ces quelques suggestions d'attirer l'attention des responsables sur quelques actions à entreprendre afin d'améliorer la gestion des sinistres en assurance maladie à la SAARB Assurance. A cet effet, nos suggestions portent sur cinq (5) points essentiels.

3.1 OUTIL DE CALCUL REALISE A BASE DU LOGICIEL MS EXCEL

Face aux insuffisances liées à l'outil de calcul habituellement utilisé, nous proposons un modèle qui intègre certains paramètres en l'occurrence les barèmes de remboursement à appliquer à chaque assuré. (Voir fichier MS Excel joint).

1. Fonctions utilisées

La conception de ce modèle a été réalisée grâce au logiciel MS Excel à travers ses fonctions suivantes :

- Recherchev : permet de rechercher une valeur dans une matrice ;
- Si : une fonction logique ;
- Ou : une fonction logique ;
- Estvide.

2. Fonctionnement

Le fonctionnement de ce modèle est le suivant :

- Il s'agit de renseigner la date de déclaration, les noms de l'assuré des bénéficiaires, la prime nette et le diagnostic révélé par le médecin traitant ;
- En renseignant la colonne destinée à la nature de la prestation, le ticket modérateur y correspondant apparaît immédiatement dans la colonne le concernant grâce à la fonction Recherchev ;
- Les montants réglés, le rapport S/P, le niveau de remboursement, le cumul des consommations et le montant de l'exclusion sont immédiatement calculés grâce aux formules intégrées dans chacune des cellules concernées dès lors que la colonne du montant des prestations est renseignée.

3. Modèle (voir fichier Excel)

Le modèle conçu et proposé présente les défauts de ne pouvoir pas intégrer la situation de chaque assuré notamment si l'assuré bénéficie ou pas de cette garantie d'une part et d'autre part de ne pouvoir pas identifier si le prestataire est agréé ou non. Face à ces difficultés qui persiste, il urge de mettre en place un système informatique pour les corriger.

3.2 LA CLAUSE D'AJUSTABILITE

Pour remédier aux insuffisances relevées sur le fonctionnement de la clause d'ajustabilité, en l'occurrence le fait que l'assureur n'a aucune certitude sur le recouvrement de la prime régularisée due, nous proposons que la régularisation soit faite par une correction du ticket modérateur. En clair, la clause d'ajustabilité des primes pourrait être complétée par la mise en place d'un ticket modérateur variable avec un minimum (20%) et un maximum (40%). Le ticket modérateur variable permettra une régulation conjoncturelle des dépenses de santé et éviterait à l'assureur de perdre la prime régularisée due en fin de période d'assurance écoulée. Ainsi, cette option apportera-t-elle une solution à l'aléa moral évoqué plus haut car cela conduirait l'assuré à adopter un comportement rationnel vis-à-vis de ses consommations.

Sous réserves d'études actuarielles approfondies, nous proposons un barème de la clause d'ajustabilité comme suit :

Tableau N°4: Ticket modérateur variable en fonction du taux de sinistralité.

TAUX DE SINISTRALITE (S/P)	TICKET MODERATEUR
0%-65%	20%
65%-75%	22%
76%-90%	25%
91%-125%	30%
125% et Plus	40%

Sources : Réalisé par l'Auteur.

Il faut remarquer que cette suggestion est très peu attrayante sur le plan commercial. En conséquence sa mise en application passera par une sensibilisation des assurés ; et mieux, cette mesure doit être reprise par toutes les autres compagnies afin d'assainir le marché.

3.3 LE PROCESSUS D'INFORMATISATION

En dépit du modèle par nous proposé qui apporte un soulagement au rédacteur sinistre quant à l'outil de calcul des montants dus aux prestataires, une informatisation s'avère nécessaire pour le calcul des sommes à rembourser par la société.

En effet, nul ne peut ignorer l'efficacité des services de l'informatique dans une société d'assurance ; rapidité dans les traitements des dossiers, risques d'erreur limités etc.

3.4 LE REGLEMENT DES CONTRATS GERES PAR LES COURTIERES ASCOMA ET GRAS SAVOYE

Même si tous les documents relatifs aux études techniques effectuées par les courtiers, dans le cadre des conventions les liant à la SAARB Assurances, sont envoyés à la société pour contrôle afin de rembourser le courtier, il reste tout de même la question de savoir si le courtier effectue une étude rationnelle des sinistres sur les contrats dont il a la gestion. En réalité, les courtiers (ASCOMA BENIN & GRAS SAVOYE), en ce qui les concernent, disposent, d'un système informatique qui leur permet de gérer les contrats d'assurance à eux confiés. Mais la SAARB Assurances, n'a aucun rapport sur le contrôle effectué par le médecin-conseil de chacun de ces courtiers.

Pour ce faire, nous proposons que les médecins-conseils, de chacun des acteurs impliqués (SAARB Assurances, courtiers), travaillent en synergie afin de déterminer les montants raisonnables dus aux prestataires. Cela éviterait des disparités dans les montants réglés aux prestataires agréés par ces deux acteurs pour des prestations identiques fournies aux assurés dont les contrats sont gérés par la société et ceux dont les contrats sont gérés par les courtiers.

3.5 CONTROLE DU MEDECIN-CONSEIL

En ce qui concerne le contrôle sur pièces et sur place du médecin-conseil de la SAARB Assurances, il doit être renforcé afin de détecter tous les cas de fraudes qui sont susceptibles d'apparaître dans la gestion du contrat d'assurance maladie. Aussi le médecin-conseil, doit-il avoir à sa disposition tous les documents relatifs aux contrats d'assurance maladie et susceptibles de l'aider à mieux comprendre les différentes garanties dans leur objet et leur fonctionnement. Il doit faire un rapport détaillé de toutes les observations et remarques faites sur chaque dossier de réclamation traité. Ce rapport doit accompagner la lettre de transmission de chèque pour faire preuve de justificatifs éventuellement de la réduction du montant réglé au titre des prestations fournies par le prestataire.

Par ailleurs les contacts de chaque assuré doivent être disponibles afin de permettre au médecin d'effectuer tous les contrôles sur place nécessaires.

CONCLUSION

La SAARB Assurances, société d'assurance opérant dans la branche IARDT jouit d'un bon emplacement pour mener efficacement ses activités. Elle est située dans une zone géographique très stratégique sur le plan commercial. Elle bénéficie de la proximité immédiate de deux agences de banque. Son organisation sur le plan fonctionnel et le nombre des acteurs de sa force de vente constituent pour elle, le socle d'une bonne pénétration dans un marché concurrentiel à l'instar du marché béninois. Le dynamisme du personnel et leurs compétences font de la SAARB Assurances, une société reflétant une bonne image devant la clientèle et lui réserve un bon essor dans le moyen et long terme.

L'assurance maladie joue un rôle social dans la mesure où elle permet, d'une manière ou d'une autre, à la population d'accéder aux soins médicaux appropriés. Elle permet de palier aux difficultés financières qui entravent l'accessibilité de la population aux soins de santé. Ainsi le caractère social de l'assureur est-il davantage mise en évidence à travers cette branche d'assurance et ce, nonobstant les difficultés que rencontre la mise en application du système du tiers-payant. Les suggestions qui découlent de ce développement, visent essentiellement à corriger les imperfections de ce système afin de permettre une bonne visibilité dans la gestion des sinistres en assurance maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1- Textes

- Code CIMA
- Conditions générales en Assurances Maladie
- Conditions particulières d'un souscripteur
- Conditions générales automobiles
- Protocole d'accord des prestataires agréés

2- Dictionnaires

- Dictionnaire médical le Larousse
- Dictionnaire Petit Larousse illustré (1987)

3- Mémoire

- « Fraude en Assurance Maladie au sein de Le Mans Assurances International : Diagnostic et thérapeutiques » Dofèrègouô SORO ; Diplôme d'Ingénieur des Hautes Etudes en Assurance (Institut National Polytechnique de Yamoussoukro (RCI)

4- Web graphie

- www.memoireonline.com//fraude-assurance-maladie-diagnostic-therapeutique.html
- <http://www.ecosante.fr/FRANFRA/800420.html>.

INTRODUCTION	9
PARTIE I : PRESENTATION DE LA SAARB Assurances ET DESCRIPTION DES ACTIVITES DE SES SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS	2
1 PRESENTATION DE LA SAARB Assurances.....	3
2 ORGANIGRAMME DE LA SAARB Assurances (Annexe 1)	7
2.1 L'Assemblée Générale des Actionnaires (AG)	8
2.2 Le Conseil d'Administration (CA).....	8
2.3 La Direction Générale (DG).....	8
2.4 Le Département Technique et Commercial (DTC)	9
2.5 Le Département Administratif et Financier (DAF).....	9
3 DESCRIPTION DES ACTIVITES DES DIFFERENTS SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS.....	9
3.1 LE SERVICE PRODUCTION	10
3.1.1 Description des activités du service production	10
3.1.2 Les produits de la SAARB Assurances	12
3.2 LE SERVICE SINISTRE	18
3.2.1 Etude technique des sinistres.....	18
3.2.1.1 Déclaration de sinistres automobiles	18
3.2.1.2 Déclaration de sinistres multirisques professionnelles	19
3.2.1.3 Déclaration de sinistres transports.....	20
3.2.1.4 Déclaration de sinistres en assurance maladie	20
3.2.2 Étude proprement dite.....	21
3.2.2.1 Etude des sinistres automobiles.....	21
3.2.2.2 Etudes techniques des sinistres survenus dans les autres branches ...	23
3.2.2.3 Paiement des sinistres et classement du dossier.....	24
3.3 LE SERVICE INFORMATIQUE	24
3.4 SERVICE COMPTABLE, STATISTIQUES ET REASSURANCE	25
PARTIE II : LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE MALADIE A LA SAARB Assurances.....	26
PROBLEMATIQUE.....	27
1 LE CONTRAT D'ASSURANCE MALADIE.....	28

	45
1.1 GARANTIES ET FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	29
1.1.1 Les garanties de base.....	29
1.1.2 Les garanties optionnelles.....	30
1.1.3 Fonctionnement et limites du tiers-payant.....	31
2 LA GESTION DES SINISTRES EN ASSURANCE MALADIE A LA SAARB ASSURANCES.....	34
2.1 Le contrôle du médecin-conseil	34
2.2 Le règlement proprement dit.....	35
2.2.1 Les prestataires agréées	36
2.2.2 Le préfinancement.....	37
2.2.3 Outil de calcul des prestations.....	37
3 SUGGESTIONS.....	38
3.1 OUTIL DE CALCUL REALISE A BASE DU LOGICIEL MS EXCEL.....	38
3.2 LA CLAUSE D'AJUSTABILITE	39
3.3 LE PROCESSUS D'INFORMATISATION.....	40
3.4 LE REGLEMENT DES CONTRATS GERES PAR LES COURTIERES ASCOMA ET GRAS SAVOYE	40
3.5 CONTROLE DU MEDECIN-CONSEIL.....	41
CONCLUSION.....	42

Annexes

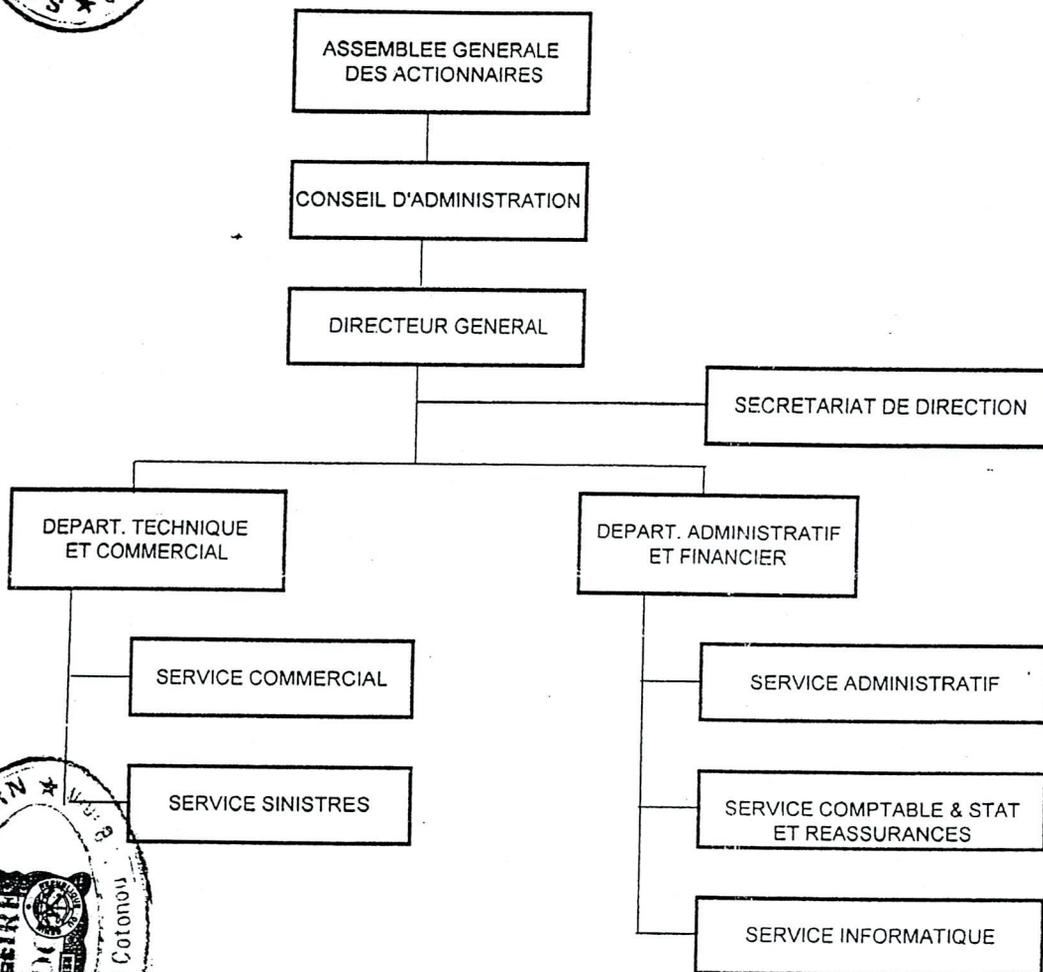
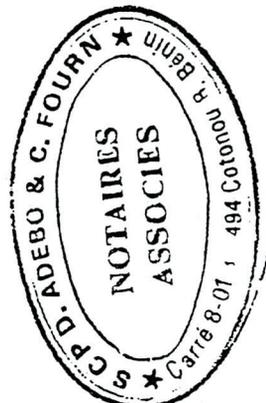
Annexe 1 : Organigramme de la SAARB Assurances

Annexe 2 : Copie des pages 4 et 5 d'un PASSEPORT SANTE

Annexe 3 : Copie du barème de remboursement d'un souscripteur

ANNEXE 4

ORGANIGRAMME DE DEMARRAGE DE LA SAARB SA



Signé, Bernard AKPAN, KAGOU Georges Léopold, Désiré VODONOU.

Ensuite se trouve cette mention-----

Enregistré à Cotonou, le dix-neuf janvier deux mil six, Folio 34, Case 0321-1, Reçu CINQ CENTS Francs.-----

L'Inspecteur de l'Enregistrement, signé Antoinette L. AGO.----



VALABLE DU.....AU.....

SOUSCRIPTEUR : _____

ADRESSE : _____

N° POLICE : _____

N° ASSURE : _____

Taux de prise en charge :

	Catégorie	Plafonds	Hopitaux Publics	Hopitaux Privés
Consultations	Généraliste			
	Spécialiste			
	Professeur			
Vitamines et fortifiants				
Soins dentaires				
Vitamines et fortifiants				
Frais d'optique				

BAREME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX (Article 16)

Souscripteur

I Garantie de base : Maladie/ Accident / Maternité	BENIN	AFRIQUE (*)	EUROPE (*)
I.1-Frais de Consultation :	Couverture à 100%	Couverture à 100%	Couverture à 100%
Généraliste Spécialiste Professeur	Selon tarif appliqué. Plafond : 6 000 FCFA 10 000 FCFA 10 000 FCFA	Plafond : 15 000 FCFA 20 000 FCFA 25 000 FCFA	Plafond : 20 000 FCFA 25 000 FCFA 30 000 FCFA
1.2- Frais de soins :	Couverture à 80%	Couverture à 70%	Couverture à 70%
Frais pharmaceutiques et fournitures Frais de chambre Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une intervention chirurgicale Frais de séjour de la mère accompagnant un enfant de moins de cinq ans Frais d'analyse et de travaux en laboratoire Frais de radiographie Frais d'ambulance Frais de kinésithérapie et de rééducation suite accident maladie garantie Actes de spécialité Frais de traitements préventifs (tels que vaccins : DT, Fièvre Jaune, Coqueluche, Poliomyélite, ROUVAX) Frais dentaires	80% 80% Plafond 15 000 FCFA/J 80% 80% Plafond 7 500 FCFA 80% 80% 80% dans la limite de 20 000 F 80% limité à 100 000 FCFA 80% 55% dans la limite de 70 000 F/ Pers/an 80%	70% 70% Plafond 20 000 FCFA 70% 70% Plafond 10 000 FCFA 70% 70% 70% dans la limite de 50 000 F 70% limité à 100 000 FCFA 70% 55% dans la limite de 50 000 F /pers/an 70%	70% 70% Plafond 50 000 FCFA 70% 70% Plafond 25 000 FCFA 70% 70% 70% dans la limite de 75 000 F 70% limité à 150 000 FCFA 70% 55% dans la limite de 50 000 F /pers/an 70%
1.3- Frais de maternité :	Couverture à 80%	Couverture à 70%	Couverture à 70%
Frais pré et post natal Frais d'accouchement proprement dits a) En cas d'accouchement en clinique privée * accouchement normal * accouchement par voie chirurgicale * accouchement gémellaire b) Accouchement hors clinique privée (Centres médicaux publics, confessionnels, etc.)	80% 80% avec Plafond de 150 000 FCFA Plafond de 250 000 FCFA Plafond de 300 000 FCFA 80% des frais engagés dans la limite de 175 000 FCFA	70% 70% avec Plafond de 300 000 FCFA Plafond de 500 000 FCFA Plafond de 500 000 FCFA 70% des frais engagés dans la limite de 350 000 FCFA	70% 70% avec Plafond de 500 000 FCFA quel que soit le cas. 70% des frais engagés dans la limite de 350 000 FCFA
II- GARANTIES OPTIONNELLES (RACHETABLES)			
II.1- Vitamines	40%	exclues	exclues
II.2- Frais d'Optique : * Monture (1 ^e fois tous les deux ans) * Verres (1 ^e fois tous les deux ans)	80% dans la limite de 120 000 F Plafond 30 000 FCFA Plafond 90 000 FCFA	70% dans la limite de 300 000 F Plafond 100 000 FCFA Plafond 200 000 FCFA	70% dans la limite de 300 000 F Plafond 100 000 FCFA Plafond 200 000 FCFA

Garanties Hors Afrique, Hors Europe : accordées sur demande