

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

B.P. 1575 YAOUNDE (CAMEROUN)

RAPPORT D'ETUDE ET DE STAGE

**IIème PROMOTION DU CYCLE II DE DIPLOME
DE TECHNICIEN SUPERIEUR EN ASSURANCE
(DTSA)**

**REDIGE PAR
MONSIEUR AWIA SOULBA**

**SOUS LA DIRECTION DE
MONSIEUR NOUBARAMADJI
KOUMAGOTO, DIRECTEUR
GENERAL DE LA SMAC**

ERRATA

Page

Remerciement : Lire "notre stage à la SMAC" au lieu de
"notre séjour à la SMAC"

I 1er paragraphe 8e ligne : lire "sociétés de droit
national" au lieu de "sociétés de national"

19. 3e paragraphe 3e ligne : lire " qu'en cas de
cessation"... au lieu de "qu'en de
cessation..."

23. 1er paragraphe 15e ligne : lire "problèmes qui se
posent au sein"... au lieu de "problèmes qui
se pose au sein"...

27. 1er paragraphe 2e ligne : lire "ou propose-t-il de
répondre" au lieu de "ou proprent de
reprondre"

28. 2e paragraphe 8e ligne : lire " de même nature" a
lieu de "de même avec"

31. 2e paragraphe 4e ligne : lire "il faudrait
autant"... au lieu de il faudrait "il
faudrait au taut"...

33. 1er paragraphe 5e ligne : lire "nous savons aussi
que l'assurance est un produit"... au lieu
de "nos savons aussi que est un produit"

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier très sincèrement la direction générale qui n'a ménagé aucun effort pour rendre agréable notre séjour à la SMAC.

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes:

- monsieur NOUBARAMADJI KOUMAGOTO, le directeur général de la SMAC qui est mon directeur de stage;
- monsieur NGONODJI KORDJE REBEN, le directeur administratif et financier de la SMAC;
- à tous les chefs de département et chefs de service pour leur disponibilité;
- à tout le personnel de la SMAC, plus particulièrement les agents qui n'ont aucun complexe pour nous transmettre leurs connaissances pratiques.
- à tous les parents et amis qui nous ont apportés leur soutien moral et matériel sans quoi cette formation n'aurait jamais eu lieu.
- à tout le personnel de l'IIA ainsi qu'à tous les professeurs qui ont contribué à notre formation.

Qu'elles trouvent dans ce rapport le fruit de leur collaboration et l'expression de notre profonde reconnaissance.

AVANT PROPOS

Ce rapport est l'aboutissement de deux années d'études théoriques à l'institut international des assurances de Yaoundé(I.I.A) et de 5 mois de stage pratique dans la société mutuelle d'assurance des cadres(SMAC).

Il se situe dans le cadre de la formation des étudiants de la deuxième promotion du cycle II donnant lieu à l'obtention du diplôme des techniciens supérieur en assurance(DTSA).

Ce rapport se subdivise en deux parties:

D'une part, un rapport de stage qui consiste à la présentation de la société et à la description des activités principales des différents services;

d'autre part, un rapport d'étude qui nous permet d'évoquer: La problématique de l'assurance maladie au sein d'une société mutuelle d'assurance.

Nous tenons à implorer l'indulgence des lecteurs pour d'éventuelles erreurs et imperfections qu'ils peuvent trouver dans ce modeste document, car aucune oeuvre humaine n'est parfaite.

SOMMAIRE

REMERCIEMENT

AVANT-PROPOS

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

CHAPITRE I : ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET INTERNE

I. ORGANES DES DECISION

A. ASSEMBLEE GENERALE

II. ORGANIGRAMME DE LA SOCIETE

A. DIRECTION GENERALE

B. DEPARTEMENTS

CHAPITRE II : LES ACTIVITES DES DIFFERENTS SERVICES

I. DEPARTEMENT IARDT

A. SERVICE IARDT

II. DEPARTEMENT VIE

A. SERVICE ASSURANCE VIE

2. CONTRAT D'ASSURANCE RENTE EDUCATION MIXTE

III. DEPARTEMENT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

A. SERVICE DES CAISSES

B. SERVICE DE COMPTABILITE AGENCES ET BUREAUX

C. SERVICE DE COMPTABILITE SIEGE

D. SERVICES GENERAUX

IV. DIRECTION GENERALE

A. SECRETARIAT

- B. INFORMATIQUE
- C. COMMUNICATION
- D. REASSURANCE

DEUXIEME PARTIE

INTRODUCTION

CHAPITRE I : FAUT-IL DEVELOPPER L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE LA SMAC ?

- I. LES CONTRATS INDIVIDUELS
- II. LES CONTRATS COLLECTIFS
- III. NOTION DE SELECTION DES RISQUES

- A. QUESTIONNAIRE MEDICAL
- B. RAPPORT MEDICAL

IV. LES CONTRATS D'ASSURANCE ET L'ANTI-SELECTION

- A. CONTRATS INDIVIDUELS ET L'ANTI-SELECTION
- B. CONTRATS GROUPE ET L'ANTI-SELECTION
- C. SELECTION DES RISQUES EN ASSURANCE GROUPE

V. ADHESIONS OBLIGATOIRES ET ADHESIONS FACULTATIVES

- A. CONTRATS A ADHESIONS OBLIGATOIRES
- B. CONTRATS A ADHESIONS FACULTATIVES

CHAPITRE II : MAITRISE DE LA SINISTRALITE ET DE LA FRAUDE

- I. MAITRISE DE LA SINISTRALITE
- II. LUTTE CONTRE LA FRAUDE

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION

L'industrie de l'assurance est née au Tchad comme partout en Afrique avec la colonisation.

En effet, de l'époque coloniale jusqu' en 1977, le marché de l'assurance est dominé par les succursales des sociétés étrangères . Nos autorités assistaient impuissantes à la fuite de nos primes d'assurance vers l'extérieur foulant aux pieds le sacro-saint principe de la domiciliation des risques.

Heureusement sous l'impulsion de la CNUCED, les dirigeants africains ont réagi en créant des sociétés de national.

C'est ainsi qu'au Tchad est née par ordonnance N°10/PCSM/SGG/77, la STAR NATIONALE, société anonyme d'économie mixte, seul prestataire de service sur le marché de l'assurance tchadien jusqu'à l'avènement du code CIMA. Avec l'avènement du code CIMA, le marché est non seulement harmonisé mais surtout libéralisé.

CREATION DE LA SMAC

La SMAC (société mutuelle d'assurance des cadres) est agréée par l'arrêté N° 082/MFI/DFE/CAS/95 et régi par l'ordonnance N°09/PCS/SGG/77.

Le fonds d'établissement est de 150 000 000 francs cfa; son siège social est situé à N'djamena.

La SMAC a vu le jour dans un contexte économique et social désastreux, à cela il convient d'ajouter le monopole de fait détenu par la STAR.

Pour s'implanter sur le marché, la SMAC doit lutter sur deux fronts:

LA CRISE ECONOMIQUE ET SOCIALE

La crise économique et social a frappé de plein fouet les cadres africains, comme si cette crise ne suffisait pas, la dévaluation du franc cfa est venue achever le maigre espoir qu'avaient les cadres.

La SMAC s'est donc proposée de regrouper ces cadres au sein d'une mutuelle pour la prise la mise en commun de leurs risques au moindre coût et ceci par le recours aux techniques de l'assurance.

LA CONCURRENCE

La STAR est une grande société qui s'est implantée depuis longtemps sur le marché, il est donc très difficile de lutter coude à coude avec une telle société, si on n'a pas une assise financière solide. En plus, la STAR qui vient d'être privatisée, les dignitaires du pays détiennent des nombreuses actions ces derniers supportent très mal la concurrence qui va désormais s'installer, d'où des campagnes d'intimidations des dirigeants de la jeune société.

Ce rapport de stage sera subdivisé en deux grandes parties :

- Dans la première partie, nous décrivons le stage: de l'organisation administrative (chapitre I) aux activités des différents services techniques et administratifs de la société (chapitre II);
- dans la seconde partie, nous étudierons un thème : la problématique de l'assurance maladie au sein d'une société mutuelle.

CHAPITRE I: ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET INTERNE

L'organisation administrative de la SMAC est régie par l'ordonnance N° 09/PCSM/SGG/77 portant organisation de l'industrie des assurances au Tchad. Son organisation interne est définie dans son statut et dans son organigramme.

I. LES ORGANES DE DECISIONS

Les organes de décision sont:

- Assemblée générale;
- conseil d'administration.

A. ASSEMBLEE GENERALE

L'assemblée générale est l'organe suprême de la SMAC, elle a les pouvoirs les plus étendus de se prononcer sur la gestion de la société.

1. COMPOSITION ET ATTRIBUTIONS

L'assemblée est composée de tous les membres adhérents de la SMAC. Chaque membre à une voix et une seule selon les principes qui régissent les mutuelles. Elle nomme les membres du conseil d'administration et les membres du conseil de surveillance.

2. CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composé de 15 membres actuellement, le conseil est un organe de décision par la délégation de pouvoir que lui confère l'assemblée générale. Les membres sont tous les membres fondateurs de la SMAC. Le conseil a, un président du conseil d'administration, secondé dans sa tâche par un vice président. Le président du conseil a le pouvoir le plus étendu pour administrer, donner les grandes orientations sous réserve des actes prévus par la loi et les statuts ainsi que les décisions du conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration sont élus pour un an renouvelable.

3. CONSEIL DE SURVEILLANCE

Nommé par l'assemblée générale pour une durée d'un an renouvelable, le conseil de surveillance joue le rôle des commissaires aux comptes. Il est composé de 15 membres, leurs missions est de présenter les rapports de fin d'exercice, de se prononcer sur l'exactitude et la sincérité des opérations d'assurance et la tenue régulière des pièces comptables.

Les membres du conseil sont responsables devant l'assemblée générale, et , tout manquement est sévèrement sanctionné par la loi.

II. ORGANIGRAMME DE LA SOCIETE

L'organigramme de la SMAC se pressente de la manière suivante:

- une direction générale;
- un département administratif et financier;
- deux départements techniques;
- une délégation régionale;
- un département chargé des agences et bureaux.

A. DIRECTION GENERALE

La direction générale a pour mission de coordonner les activités des différents départements, de donner les grandes orientations de la société. Elle fixe les objectifs à atteindre conformément aux décisions du conseil d'administration qui lui octroi une délégation de pouvoir.

Le directeur général a le pouvoir de recruter, de licencier le personnel, d'ordonner les dépenses, de signer les polices d'assurance et les traités de réassurance.

B. LES DEPARTEMENTS

La SMAC fonctionne avec trois départements techniques:

- département administratif et financier;
- département technique IARDT;
- département technique vie;
- département agence et bureaux.

1. DEPARTEMENT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

Ce département s'occupe de la gestion financière et de la tenue de la comptabilité ainsi que de la gestion du personnel et du matériel. Il fonctionne avec 4 services:

- service de la comptabilité siège;
- service de la comptabilité agences et bureaux;
- service de trésorerie et caisse;
- services généraux.

2. DEPARTEMENT TECHNIQUE IARDT

Le département IARDT gère toutes les branches non vie. Il se subdivise en 4 services qui sont:

- automobile; incendie; transport et risque divers; maladie.

Compte tenu du manque du personnel qualifié, ces services sont réduits en deux unités très sollicitées qui sont: le service de production IARDT et le service maladie.

3. DEPARTEMENT TECHNIQUE VIE

Dans ce département nous traitons des contrats d'assurance vie, c'est à dire les contrats dont les termes dépendent de la durée de la vie humaine.

Il fonctionne avec deux services:

- service de gestion des contrats vie;
- service commercial: ce service fait la promotion du produit et le service de l'après vente; surtout la formation et la motivation des commerciaux.

4. DELEGATION REGIONALE

La délégation régionale se trouve à Moundou, ville industrielle au sud du pays. Le délégué régional coordonne les activités des bureaux de Moundou et de Sarh et aussi de la sous agence de Pala qui est directement rattachée à l'agence de Moundou

5. DEPARTEMENT AGENCE ET BUREAUX

Ce département centralise au niveau du siège toutes les activités des agences et bureaux.

L'agence d'Abeché situé au centre du pays est rattachée directement au siège.

CHAPITRE II : LES ACTIVITES DES DIFFERENTS SERVICES

Après un séjour de deux semaines dans chaque service ,nous nous sommes rendus compte que la SMAC fonctionne effectivement au siège avec 4 départements et 9 services au lieu de 11 services comme prévu dans l'organigramme.

I. DEPARTEMENT TECHNIQUE IARDT

A. SERVICE IARDT

C'est dans ce service qu'on pratique toutes les opérations d'assurance gérées en répartition , sauf l'assurance maladie qui est traitée dans un autre service .

Nous avons dans ce service :

- L'assurance incendie ;
- l'assurance automobile ;
- les assurances des risques divers qui comprend :
les individuelles accidents ;l'assurances vol ;les assurances scolaires ; la responsabilités civiles chef d'entreprise ; tous risques chantiers.
- assurances transports :
.transport aérien ; transport maritime ;transport terrestre .

1. CONTRAT D'ASSURANCE INCENDIE

Le contrat d'assurance est un contrat par le quel ,l'assureur , contre le versement d'une cotisation ,s'engage à indemniser ce dernier ,en cas d'incendie sur les biens objet du contrat .

Le tarif utilisé est le tarif bleu révisé par le réassureur pour tenir compte de la situation économique et les exigences du marché .

PRESENTATION DU TARIF

Le tarif est subdivisé en deux parties :

- Le tarif concernant le contrat multirisque artisan-commerçants;
- Le tarif concernant les multirisques habitation et simple bureau.

a. CONTRAT MULTIRISQUE ARTISAN-COMMERCANT

Le contrat multirisque artisan-commerçant baptisé « sécurité nouvelle » offre aux assurés une couverture d'assurance la plus étendue possible . Le contrat offre par ailleurs l'avantage de regrouper en un seul et même contrat plusieurs garanties . C'est un contrat moins cher par rapport à l'ensemble des garanties souscrites séparément .

a.1. LES GARANTIES OBLIGATOIRES

- Incendie avec dérogation à la règle proportionnelle des capitaux ;
- la responsabilité civile excluant la responsabilité civile après livraison ou après travaux .

a.2. LES GARANTIES FACULTATIVES

- Dommages électriques ;
- tempête ouragan cyclone ;
- dégât des eaux ; - vol ;
- bris des glaces ;
- défense et recours .

a.3. LA DUREE DU CONTRAT

Le contrat multirisque artisan-commerçant est souscrit pour une durée d'un an ferme avec possibilité de renouvellement à tacite reconduction .

b. LE CONTRAT MULTIRISQUE HABITATION ET SIMPLE BUREAU

Le contrat multirisque habitation et simple bureaux sont des contrats prévus pour les risques simples par opposition aux risques commerciaux .

Les risques simples sont les propriétés publiques et de bienfaisances à caractère administratif , les risques de simple habitation , les bureaux publics ou privés .

b.1. LES GARANTIES

Le contrat garantit :

- Le bâtiment agencement et embellissement , c'est le propriétaire qui l'assure ;
- le mobilier et matériel de bureau , ils sont assurés soit par le propriétaire soit par le locataire ;
- objet de valeur à concurrence de 20 % du mobilier et matériel à l'exclusion de l'argent , lingots ;

- la garantie toutes explosions , chute de la foudre , chute des appareil de navigation aériennes ;
 - choc d'un véhicule terrestre ;
 - risque locatif ordinaire (RLO) . Ne peut être assuré que par le locataire , 15 fois le loyer annuel .
 - recours des voisin et des tiers ;
 - dommages aux appareils électriques ;
 - les honoraires d'experts ;
- frais de démolition et de déblais après incendie ;
- frais de déplacement et de remplacement des objets mobiliers
 - trombes , tempêtes, ouragan , dommages électriques ;
 - voyages villégiature ;
 - ordinateurs ; assurance spécifique .

NB : Le matériel toujours assurés en valeur à neuf (maximum 3 ans) .

des pertes (signe de lui) accompagné des tous les documents de nature à justifier la nature et l'importance des biens (factures d'achat par exemple) .

2. CONTRAT D'ASSURANCE AUTOMOBILE

Rendue obligatoire par l'Ordonnance N°01/CD du 16 février 1965, l'assurance automobile occupe une place très importante dans le portefeuille des Sociétés d'assurance.

Pour le cas d'une jeune société comme la SMAC, l'assurance automobile joue un rôle très important grâce aux liquidités qu'elle procure, l'automobile a permis à la SMAC de se lancer dans d'autres activités notamment l'assurance vie.

a. PRESENTATION DU TARIF

a.1. SOURCE AU TARIF

Le tarif est applicable aux véhicules circulants au TCHAD. La garantie peut être étendue à la circulation dans d'autre pays tel que: le CAMEROUN, le NIGERIA, le NIGER, la RCA aussi que tous les autres pays de l'UDEAC.

Ce tarif a pour source :

- L'Ordonnance N°1/CD du 6 Février 1965 rendant obligatoire l'assurance automobile.

- Décret N°146/PR/MFI/92 du 28 mars 1992 portant Organisation du Ministère des Finances et de l'Informatique.
- Ordonnance N°09/PCSM/SGG du 30 juin 1977 portant Organisation de l'industrie des Assurances en République du TCHAD.
- L'Arrêté N°55/MF NI/DG/DVEN CAS/94 modifiant les tarifs applicables aux véhicules terrestres à moteur.

a.2. CONDITION DE SOUSCRIPTION

Pour assurer un risque automobile, l'assuré ou le souscripteur doit remplir ou faire remplir une proposition d'assurance. La proposition est un questionnaire dont la partie la plus importante se trouve dans la carte grise.

a.3. LES RISQUES GARANTIES

a.3.1 GARANTIES DES BASES

RISQUE: A RESPONSABILITE CIVILE :

L'assureur couvre les dommages que l'assuré peut causer à des tiers à l'occasion de la mise en circulation de même véhicule à moteur. Ces dommages peuvent provenir de l'accident ou d'un incendie du véhicule.

RISQUE B : Recours des tiers incendie :

L'assureur s'engage à prendre en charge les dommages matériels résultant du jet de la flamme non consécutif à un accident.

Les primes à percevoir pour ces deux garanties sont complètes dans le tarif unique arrêté par l'autorité réglementaire.

RISQUE C : Dommage par accident

La Société garantie les dommages subis par les véhicules assurés avec les accessoires et les pièces de rechanges dont le catalogue du constructeur prévoit la livraison en même temps le véhicule, lorsque les dommages proviennent soit d'une collision, avec un autre véhicule, soit d'un choc avec un corps fixe ou mobile, soit d'un renversement sans collision préalable.

RISQUE D :Incendie et explosion

La société garantit les dommages subis par les véhicules assurés avec les accessoires et les pièces de rechange dont le catalogue du constructeur prévoit à la livraison en même temps que le véhicule, lorsque ces dommages résultent des événements suivants :

– Incendie, combustion spontanée chute de la foudre, explosion du moteur, et toutes explosion en générales à l'exclusion de celles causée par la dynamite et autres explosifs analogues.

RISQUE E:Vol

L'assureur garantit les dommages résultant de la disparition ou de la détérioration à la suite d'un vol ou d'une tentative de vol du véhicule désigné au contrat y compris les frais engagés par l'assuré avec l'accord de la société pour la récupération du dit véhicule.

a.4. LES GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties facultatives sont par exemple: vol des accessoires, immobilisation au garage, bris de glace et personnes transportées.

3. ASSURANCES DES RISQUES DIVERS

L'assurance des risques divers est constituée de plusieurs risques les plus couramment pratiqués sont:

a. TOUS RISQUES CHANTIERS

Aux convention tous risques chantier , la SMAC donne la couverture à l'entreprise pour l'exécution des travaux de construction.

LA GARANTIE

Pendant la durée de la garantie, le contrat est accordée à la dite entreprise pour les cas suivants:

a) cas de dommage à la propriété d'autrui causés par les actes ou omission de l'entrepreneur.

b) cas de décès ou dommages corporels causés par les actes ou omission de l'entrepreneur à:

- quiconque est autorisé à être sur le chantier
- aux tiers qui ne sont pas sur le chantier .

c) dommages aux travaux et matériaux de construction.

a.1. PLAFOND DE LA GARANTIE

- Dommages corporels 500 000 000 F CFA
- Dommages matériels 100 000 000 F CFA
- Dommages immatériels 50 000 000 F CFA..

a.2. EXCLUSIONS

- la faute intentionnelle, les amendes, les exclusions non rachetable....

b. ASSURANCE RC CHEF D'ENTREPRISE

La SMAC garantit, aux conditions RC chef d'entreprise, les entreprises pour les risques de responsabilité civile.

GARANTIE

La RC Chef d'entreprise a pour objet de garantir l'assuré contre les conséquences de la responsabilité civile qu'il peut encourir aux des articles 1382 à 1386 du code civil par suite des dommages matériels, immatériels et corporels causés à autrui dans l'exercice de la profession déclarée et pendant l'exercice des travaux .

b.1. EXCLUSIONS

- Les dommages intentionnelles causés ou provoqués par l'assuré ainsi que ceux provenant du vice ou défaut existant au moment de la souscription du contrat et intentionnellement non déclaré à l'assureur.
- Dommages provenant d'un arrêt même partiel des travaux .
- Les dommages occasionnés par la guerre étrangère, la guerre civile les émeutes et les mouvements populaires, les terrorismes ou sabotages.

PLAFOND DES GARANTIES

Dommages corporels 500 000 000 F CFA

Dommages matériels 250 000 000 F CFA

c. ASSURANCES RC SCOLAIRES

L'assurance RC SCOLAIRE couvre l'école pour sa responsabilité civile de chef d'établissement et la couverture des élèves et pour les risques d'accident selon les conditions particulières qui suivent:

c.1. GARANTIES

- RESPONSABILITE CIVILE

Dommmages corporels 50 000 000 F CFA;

Dommmages matériels 10 000 000 F CFA.

- INDIVIDUELLE ACCIDENT

Décès 1 000 000 F CFA;

Invalidité permanente totale 1 000 000 F CFA;

Frais médicaux pharmaceutiques 300 000 F CFA.

Il est perçu en début d'année d'assurance un droit d'adhésion de 20 fcfa et une cotisation toute taxe comprise de 230 fcfa

d. ASSURANCE RC CHEF DE FAMILLE

Cet assurance couvre la responsabilité des membres de la famille en ce qui concerne les dommages qu'ils peuvent causer à autrui . C'est un contrat moins onéreux. la prime est forfaitairement fixée par la direction générale.

4. ASSURANCE TRANSPORT MARITIME

L'assurance transport maritime concerne :

- L'assurance des marchandises transportées par voie maritime, fluviale, aérienne ou terrestre;
- L'assurance des corps du navire, y compris les engins portuaires (remorqueurs allèges, barques....);
- la responsabilité civile des transporteurs à l'égard des propriétaires des marchandises qui leurs sont confiées.

A la production d'assurance maritime de la SMAC, on ne pratique pour le moment les assurances des facultés et de la responsabilité civile des transporteurs. L'assurance

des corps du navire et autres responsabilités civile devra faire l'objet d'une étude particulière par le siège.

Compte tenu du fait que le Tchad est un pays sans littoral, l'assurance maritime n'est pas développée ainsi que l'assurance aérienne d'ailleurs.

Dans le soucis de développer cette branche, et de contrôler l'importation, l'assurance maritime est rendue obligatoire par décret 736/PR/MFM/DG/SCA DU 19 NOVEMBRE 1985. Cette obligation ne s'applique que sur les marchandises dont la valeur FOB (free on board) est supérieur ou égale à 500 000 fcfa. Ce décret stipule en outre que : « les facultés importés au Tchad doivent être obligatoirement assurés au Tchad et auprès d'une société d'assurance agréée tchadienne. L'éventuel intermédiaire, agent, ou courtier devant être également installé et agréée au Tchad.

Cette obligation qui ne concerne que les facultés d'une valeur d'au moins 500 000 F CFA fait état d'un minimum de garantie exigée.

La SMAC offre plusieurs garanties qui ne sont pas cumulatives:

a. LES ACCIDENTS CARACTERISES

Ce sont des avaries consécutives aux accidents tel que définie dans le contrat:

- Naufrage, abordage, voie d'eau, chute de colis, déraillement, écroulement, rupture de pont, incendie, explosion...

b . EXCLUSIONS

La présente police ne s'applique pas:

- à la responsabilité quelqu'en soit le fondement que pourrait encourir l'assuré ou tous autres bénéficiaires de l'assurances tant de leurs faits que du fait des facultés assurés à l'égard des tiers ou des cocontractants.
- aux conséquences des obstacles apportés à l'exploitation ou à l'opération commerciale de l'assuré et des autres bénéficiaires de l'assurance.
- aux facultés faisant l'objet d'un commerce prohibé ou clandestine.

c . ETENDUE DE LA GARANTIE

Sont garantis les dommages et les pertes matériels ainsi que les pertes de poids et de quantité causés aux facultés assurés par un événement caractérisés

d . LES DIFFERENTS TYPES DE POLICE

L'adoption de l'assurance aux besoins propre de l'assuré peut être utilisée non seulement par le mode d'assurance choisi, mais aussi par la police utilisée.

Il y a quatre sortes de police:

- Police au voyage;
- police à alimenter;
- police « tiers chargeur »;
- police d'abonnement.

5. SERVICE MALADIE

L'assurance maladie est rattachée au département IARDT, car elle est gérée en répartition.

Compte tenu de la complexité de l'assurance maladie, et sa gestion très difficile, la SMAC est obligée d'affecter à ce service un ordinateur pour la gestion des contrats, sous la direction d'un rédacteur formé par des stages dans une société expérimentée. Malgré l'attention toute particulière accordée à cette branche, nous estimons que le personnel manque pour le suivi de la clientèle et aussi la vulgarisation de ce produit car il est mal connu du public. Neanmoins, certaines sociétés de la place ont déjà l'habitude de l'assurance maladie. Nous pouvons citer entre autres, la Coton-Tchad, Cyclo-Tchad et certaines ONG étrangères.

a. PRESENTATION DU SYSTEME MALADIE SMAC

Qu'est ce que la maladie?

La maladie est une altération de la santé entraînant une modification de l'état général et constatée par une autorité médicale.

C'est un produit d'assistance classique qui couvre globalement l'ensemble de la famille pour les risques maladie tant en soin externe qu'en milieu hospitalier.

b. MISE EN JEU DE LA GARANTIE

Le principe est que le malade garde le libre choix de son médecin et de sa formation hospitalière. Cependant, la SMAC met à sa disposition un réseau de médecin et laboratoire conventionnées ainsi qu'une gamme de centre hospitaliers et cliniques agréées.

c. SOINS EN REGIME NON CONVENTIONNE

Ici, c'est le principe du remboursement. Ne sont acceptées que les ordonnances et examens prescrits par un médecin inscrit au tableau de l'ordre des médecins du Tchad. pour obtenir remboursement, le malade est tenu de faire remplir une feuille maladie par son médecin-traitant. le délai de remboursement est de deux semaines (15 jours) après approbation du médecin conseil de la SMAC.

d. SOIN EN REGIME CONVENTIONNE

d.1. SYSTEME DU TIERS PAYANT

Le but du système du tiers payant est de permettre à l'assuré de bénéficier de la totalité du coût des soins sans attendre d'être remboursé par l'assureur.

L'assuré malade supporte uniquement les franchises prévues au contrat. La SMAC paie directement les prestataires du montant principal.

e. FONCTIONNEMENT DU SYSTEME TIERS PAYANT

Le malade qui se présente dans un dispensaire SMAC, une clinique ou un hôpital conventionné pendant les jours ouvrables doit présenter une carte d'assuré maladie. Il est accueilli par un permanent SMAC, par le responsable du dispensaire ou par le médecin. Celui ci doit alors:

- ou payer le prix de ses médicaments et de ses examens lors que ceux ci sont délivrés par l'établissement ;
- ou délivrer des bons de prise en charge pour acquérir ces prestations auprès des établissements extérieurs conventionnés, pharmacies, laboratoires etc....

g. LIMITATION DE LA GARANTIE –EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie, les frais nécessités pour les actes et traitements suivants:

- vaccinations;
- bilan de santé;
- circoncisions;
- traitements contraceptifs;
- interruption volontaire de grossesse;
- traitement contre l'impuissance;
- les appareils d'orthopédie et de prothèse;
- investigations et soins en vue d'avoir un enfant;
- les soins à but esthétiques, diététiques ou de rajeunissements;
- les produits pharmaceutiques exclus.

Toute fois, les frais de chirurgie, esthétiques consécutif à un accident ou une intervention chirurgicale garantie seront compris dans l'assurance.

- les conséquences des maladies volontaires;
- les maladies dues à l'usage de la drogue;
- les maladies consécutives à la guerre civile ou étrangères, mouvements populaires, émeutes...
- les maladies congénitales, infirmités ou malformations constitutionnelles.

Pour souscrire l'assurance maladie, un imprimé appelé proposition d'assurance maladie est remis par un agent commercial ou le producteur de l'agence.

L'assuré doit le remplir. Cette proposition remplie servira au service production d'établir exactement la cotisation ou la prime annuelle de cette assurance à payer.

h. DUREE DE LA GARANTIE

La convention est conclue pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie moyennant préavis d'un mois.

II. DEPARTEMENT TECHNIQUE VIE

A. SERVICE D'ASSURANCE VIE ET DE CAPITALISATION

Dans ce service, la SMAC pratique la branche vie et de capitalisation, c'est à dire toutes les assurances dont les termes dépendent de la durée de la vie humaine et celles dont les primes sont capitalisées durant plusieurs années avant de servir au paiement de sinistre.

Les principaux produits vendus par la SMAC sont:

- l'épargne retraite;
- la rente éducation mixte;
- temporaire décès;
- décès emprunteur;

1. CONTRAT D'ASSURANCE EPARGNE-RETRAITE

L'objectif de l'épargne-retraite à cotisation définie est de permettre à l'assuré de se constituer un complément de retraite ou un capital de fin de carrière tout en étant garanti en cas de décès prématuré ou d'incapacité total et permanente.

La garantie décès et incapacité est optionnelle.

a. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

La cotisation nette de chargement est investie dans un compte retraite attribué à chaque souscripteur. Ce compte est crédité chaque année des bénéfices technique au taux de 3,5% minimum. Il est débité en même temps du coût de la garantie décès et est crédité de nouveau de la participation aux bénéfices.

Le capital décès choisi est plafonné à 10 ans renouvelables.

b. PARTICIPATION AUX BENEFICES

- Le compte d'épargne bénéficie d'au moins 85% Des revenus et des plus values financières réalisées sur des placements de la société et au moins 90% aux bénéfices techniques.

Les bénéfices techniques sont des bénéfices réalisés sur la gestion de contrats. Le taux peut être élevé et il peut en résulter un bénéfice de gestion.

Les bénéfices peuvent aussi résulter du taux de mortalité appliqué. Compte tenu du porte-feuille, l'assureur peut connaître un taux de mortalité bas. De ce fait, un bénéfice peut en résulter.

c. NOTIFICATION ANNUELLE:

A chaque fin d'exercice à compter de la première année d'assurance, le souscripteur reçoit un état de son compte retraite sur lequel il est inscrit tous les mouvements afférents.

Le capital payable au terme est égale à l'intégralité du compte retraite.

d. EN CAS DE CESSATION DE PAIEMENT

Si la cessation de paiement intervient avant l'encaissement de deux cotisations annuelles ou d'au moins 15% des cotisations prévues au contrat, le contrat est résilié au profit de l'assureur.

Après le versement de deux cotisations annuelles ou de 15% du total des cotisations prévues au le souscripteur à le choix entre :

- Garder la valeur acquise de son compte épargne qui continuera à être crédité des participations bénéficiaires;
- demander le rachat.

e. LE MONTANT DE LA COTISATION

Le souscripteur choisit le niveau de cotisation qu'il désire payer. La cotisation minimale toutes taxes comprises est de 3 000 fcfa par mois.

Age limite à la souscription est l'âge de la retraite réglementaire.

f. SINISTRE

En cas de décès ou du terme du contrat, le bénéficiaire doit fournir les pièces suivantes:

g. EN CAS DE DECES

- Originale de la police;

- acte de décès;
- certificat de genre de mort;
- une déclaration de sinistre.

h. EN CAS DE VIE ET AU TERME DU CONTRAT

- Originale de la police;
- acte de naissance;
- une déclaration manuscrite.

Aussi, le bénéficiaire a la possibilité de choisir entre les options suivantes/

- recevoir immédiatement les sommes dues (compte retraite ou capital décès);
- transformer les sommes dues sous formes de rente.

2. CONTRAT D'ASSURANCE RENTE EDUCATION MIXTE

a. OBJECTIF DE LA RENTE EDUCATION MIXTE

L'objectif de la rente éducation mixte est de permettre au chef de famille d'apporter un concours financier à ses enfants pendant leurs études supérieures ou pour s'établir dans la vie; par le service d'un capital au terme prévu au contrat.

Cependant, en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, le service de la rente commence immédiatement.

b. FONCTIONNEMENT DE LA RENTE

La rente éducation mixte fonctionne de la même manière que l'assurance épargne retraite, aussi bien dans le montant de cotisation, l'âge limite de la souscription, option de règlement en cas de sinistre qu'en de cessation de paiement.

La différence réside dans le fait qu'en cas de décès prématuré de l'assuré, le bénéficiaire se voit automatiquement attribuer une rente jusqu'au terme du contrat.

3. TEMPORAIRE DECES

C'est un contrat qui permet à l'assuré de garantir le paiement d'un capital en cas de décès ou d'invalidité permanente totale avant le terme du contrat au profit du bénéficiaire.

La prime est fonction du capital choisit par l'assuré. Les garanties complémentaire sont:

- Décès accidentel;
- incapacité; invalidité délai de professionnelle et fonctionnelle.

III. DEPARTEMENT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

Le DAF fonctionne avec quatre services s'occupant de la gestion financière; du matériel et du personnel.

A. SERVICE DE CAISSE

Les activités de la caisse sont très denses.

Conformément à la note de service N° 07/96 portant arrêt de caisse:

La caissière enregistre les procès verbaux des caisses dans des journaux (recette; dépenses).

Les journaux sont au nombre de trois:

- le journal IARDT;
- le journal vie;
- le journal F.E.C.

Si le paiement est effectué par chèque, elle le transcrit dans un registre de chèques.

La caissière s'occupe en outre des paiements des quittances lorsqu'elle arrivent avec le visa du Directeur Administratif.

B. SERVICE DE COMPTABILITE AGENCE OU BUREAU

La comptabilité bureau s'occupe de toutes les opérations qui se font dans les bureaux de Moundou; Sarh; Abéché, le bureau annexe de la rue de 40 M (N'djamena) et, l'antenne de Pala.

Ce sont essentiellement les opérations:

- d'adhésion;
- d'émission;
- encaissement des cotisations d'assurance;
- paiement des prestations (service de Tires) comptant;

– gestion des fournitures;

Elle gère également les immobilisations abritant les bureaux et le siège; et la comptabilité matière qui concerne les fournitures de bureaux;

– et enfin du contrôle et la mise en exécution des différents contrats.

c. SERVICE DE COMPTABILITE SIEGE

La comptabilité siège s'occupe quant à elle des opérations effectuées dans le de siège à N'djamena.

En plus de ces tâches communes, la comptabilité siège s'occupe de ses tâches spécifiques qui sont:

- traitement de salaire du personnel;
- traitement des impôts et des taxes;
- traitement des informations financières.

toutes ces opérations sont traités manuellement.

d. SERVICES GENERAUX

Le responsable des service généraux s'occupe de la gestion physique des matériel. La gestion comptable relève de la compétence de la comptabilité siège et bureau. Il enregistre toutes les opérations par un bon de livraison dans une fiche de stock.

Toute sortie de fourniture de bureau est conditionnée par un bon de sortie enregistré dans la fiche de stock.

Toutes ces opérations servent à établir un état de consommation mensuelle par service, puis de rapprocher la comptabilité matière au stock de fourniture de bureau.

IV. LA DIRECTION GENERALE

La direction générale gère conformément à la note de service N°007/96:

- la secrétariat;
- l'informatique;
- la communication;
- la réassurance.

A. SECRETARIAT

Le responsable du secrétariat a pour tâche de:

- veiller à l'entretien des différents appareils destinés aux différents travaux de dactylographie;
- dispatcher quotidiennement les travaux de secrétariat en accord avec les chefs de départements;
- assurer l'approvisionnement des différents consommables informatiques et Bureautique.
- veiller à la qualité des différents courriers et documents à expédier;
- dispatcher le courrier arrivé et départ;
- superviser tout travail de secrétariat.

Toutes les autres secrétaires sont placées sous son autorité.

B. INFORMATIQUE

L'informaticien devra:

- veiller à la sauvegarde des différents travaux;
 - veiller au bon fonctionnement du matériel informatique;
- concevoir et établir des programmes spécifiques de gestion pour le personnel.

C. COMMUNICATION

Les attributions du consultant sont définies dans la convention de collaboration.

D. REASSURANCE

Les opérations de réassurance sont traitées par la direction.

CONCLUSION

Après la description des différentes activités des services, nous pouvons conclure que la SMAC a plus ou moins réussi à pénétrer son marché.

Mais nous savons, le tout n'est pas de s'installer sur le marché, il faut surtout s'y maintenir. C'est pour quoi la SMAC doit faire des grands efforts: dans la formation de son personnel afin de présenter au public un service de qualité; dans la mobilisation en permanence des agents pour un meilleur rendement.

DEUXIEME PARTIE:
LA PROBLEMATIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE
DANS UNE MUTUELLE D'ASSURANCE

INTRODUCTION

Une Société Mutuelle est constituée pour assurer les risques apportés par ses adhérents. Son objectif principal est de regrouper les sociétaires pour la mise en commun des risques à moindre coût. La mutualité s'efforcera donc d'apporter des solutions à certaines de leurs incertitudes, entre autres incertitudes, celle de prendre en charge pour les soins de santé.

Aussi, l'assurance Maladie est un risque d'appel, et grâce à son caractère social, l'assureur peut s'en servir pour animer le groupe et maintenir l'esprit mutualiste.

Néanmoins la gestion de l'assurance maladie est très complexe et méconnue dans nos milieux. Considérée comme un risque déficitaire, il faudrait éviter au maximum la fraude, poser des garde-fous pour maîtriser la sinistralité car le paramètre le plus important en assurance maladie est la population. La loi des grands nombres permet d'amenuiser les coûts du risque.

Ainsi les contrats individuels ou grandes branches; les contrats collectifs ou groupes; les adhésions facultatives; les adhésions obligatoires ainsi que la sélection du risque sont les épineux problèmes qui se posent au sein d'une société mutuelle d'assurance.

Compte tenu du coût élevé des produits pharmaceutiques et des frais d'hospitalisation ainsi que le phénomène des familles nombreuses en Afrique, l'idée de bénéfice est à écarter en assurance maladie: Faut-il la développer ?

Nous allons essayer de répondre à cette question. Ensuite nous allons définir certaines notions très importantes pour la compréhension de l'assurance maladie :

- La notion de sélection du risque;
- les contrats groupes et les contrats individuelles.
- Les adhésions facultatives et les adhésions obligatoires.

En fin, nous allons préconiser des solutions pour la maîtrise de la sinistralité et la lutte contre la fraude grandissante.

CHAPITRE I: FAUT-IL DEVELOPPER L'ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE LA SMAC ?

L'assurance maladie est un produit très complexe dont la gestion nécessite beaucoup d'attention .

Faire de l'assurance maladie un risque d'appel n'est pas très facile mais si on arrive à la gérer correctement , elle peut devenir un très bon risque .

Au sein de la SMAC, l'assurance maladie se comporte comme partout ailleurs, elle est considérée comme un produit de gestion. Néanmoins; elle occupe une place très importante dans le portefeuille.

En effet, lorsque nous parlons des ratios, l'assurance maladie représente 52% du total des primes émises en IARDT et plus de 38% des émises toutes branches confondues. Grâce à cette importante cotisation qu'elle génère, l'assurance maladie a permis le lancement de plusieurs autres produits notamment l'Assurance Vie.

Bien entendu comme nous sommes dans une approche globale, l'observation des grandeurs ne permet pas une appréciation précise de l'importance de cette branche dans le portefeuille.

Il convient donc d'apprécier en sus, les ratios sinistres sur prime (S/p) dans cette branche, ensuite comparer la sinistralité dans les sous catégories des contrats collectifs et contrats individuels.

I. LES CONTRATS INDIVIDUELS

La souscription individuelle en assurance maladie est de tout temps le foyer de l'anti-sélection.

Au niveau de la SMAC, la souscription individuelle est négligée. Sur l'ensemble des primes émises en assurance maladie, l'assurance individuelle représente moins de 2% ce qui est insignifiant.

Le ratio sinistre à prime représente près de 25% pour le moment et si l'on fait une extrapolation pour le reste de l'année on se retrouve au pire des cas à 60%.

Fort de ces chiffres , nous pouvons dire que l'assurance individuelle est embryonnaire. Pour la rendre plus attrayante , il faudrait seulement assainir la branche avec une sélection de risque plus rigoureux.

Contrairement à l'opinion qu'on se fait de l'assurance maladie et surtout de la souscription individuelle, cette branche peut se porter bien pour peu qu'on lui prête une attention particulière.

nous pouvons préconiser comme solution:

- Le rapport médical doit être obligatoire en plus du questionnaire médical;
- obligation d'assurer toute la famille;
- s'il y a lieu établir des pièces d'identification de toute la famille.

II. CONTRATS COLLECTIFS

L'assurance groupe, nous l'avons défini comme étant un contrat souscrit par une personne morale en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat pour la couverture d'un risque maladie. Ce groupe ne doit pas se constituer uniquement pour la couverture d'un risque déterminé.

A la SMAC l'assurance de groupe est la reine de toutes les branches d'assurance. Elle représente à elle seule 38% du portefeuille avec un taux de sinistralité moyen inférieur à 20%

Sa suprématie est due aux contrats souscrits avec les grands groupes tels que la société cotonnière du Tchad (Coton-Tchad); cyclotchad ; World vision pour ne citer que ceux là.

Le handicap qui reste à soulever au niveau de l'assurance maladie est l'épineux problème de sa gestion.

En assurance maladie les frais de gestion sont très élevés car nous gérons beaucoup des petits papiers aussi le suivi des contrats et des sinistrés dans les hôpitaux prend énormément du temps.

Malgré l'ordinateur affectés pour ce service, le personnel manque pour l'explication des contrats aux publics(syndicats et associations), la confection des contrats, et pour constituer une brigade anti-fraude...

Aussi pour mieux améliorer le portefeuille maladie, la société doit faire beaucoup d'effort dans la formation du personnel pour la gestion de ce produit.

Au de cette analyse du comportement de l'assurance maladie dans le portefeuille, nous pouvons dire que la maladie est la pierre angulaire qui devrait amener l'assureur à jouer un rôle important dans le développement social de nos entreprises et partant dans nos pays en général. Car un chef d'entreprise soucieux de la bonne santé de sa société doit d'abord se soucier de la bonne santé physique de ces collaborateurs. Une complicité naîtra entre l'assureur considéré comme le médecin et son assuré : le patient.

En fin, dire qu'il ne faut pas développer l'assurance maladie est une erreur monumentale, erreur qui fera perdre à la mutuelle son objectif premier qui est le souci permanent du bien être de ces adhérents. Signalons au passage que l'un des avantages du membre fondateur est l'organisation d'une couverture maladie qui permettra aux membres de se soigner sans avoir à sortir de l'argent, par le biais du système de soins conventionné

III. LA NOTION DE SELECTION DES RISQUES

La sélection des risques s'effectue habituellement dans les combinaisons d'assurance qui prévoit une prestation de l'assureur en cas de décès de l'assuré. Ainsi dans les contrats en cas de vie, la sélection médicale n'est pas nécessaire.

En assurance maladie, la sélection de risque doit s'effectuer avec plus de rigueur, car le risque d'anti-sélection est très fréquent dans cette branche.

En effet, l'assureur doit se faire une opinion exacte du risque qui lui est proposé. Pour cela, il examinera avec attention la proposition, ainsi que les documents qui sont annexés. Ces documents vont du questionnaire médical à des examens médicaux plus ou moins approfondis selon l'importance du capital assuré ou de l'âge du client.

Après cet examen, l'assureur donnera son avis sur cet offre: s'il l'accepte, avec ou sans condition, ou la refuse s'il estime que la probabilité de réalisation de ce risque est anormalement élevée.

A. LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

L'assureur doit effectuer une sélection rigoureuse de ses clients, aussi demande-t-il ou proposent de reprendre de répondre à un questionnaire médical . Dans ce document, le proposant répond à des questions précises sur son état de santé actuel et passé, ses antécédants familiaux, sa constitution physique.

En principe, le questionnaire doit être obligatoirement étudié par le proposant.

B. RAPPORT MEDICAL

Si l'assuré a des doutes sur l'état de santé du proposant, il peut lui demander un rapport médical complet par un médecin agréé de la compagnie, ou il remplit un rapport sur formulaire préétabli.

le rapport médical permet une appréciation poussée du risque et peut entraîner des examens médicaux supplémentaire.

IV. CONTRAT D'ASSURANCE ET L'ANTI-SELECTION

A. CONTRATS INDIVIDUELS ET L'ANTI-SELECTION

Les contrats commerciaux sont des contrats souscrits par un individu par opposition à un groupe. L'assuré pose un acte responsable, après avoir pris en compte les risques encourus par lui-même et sa famille.

Le candidat à l'assurance subit une sélection d'autant plus sévère que les capitaux sont élevés et/ou la durée du contrat importante.

L'assuré sélectionné paie une cotisation en fonction de son état de santé et cette prime peut connaître de grandes amplitudes

L'assuré ayant donné sa garantie, ne pourra modifier les critères de son acceptation, quelque soit l'aggravation du risque en cours du contrat; c'est l'avantage indéniable et fondamental de l'incontestabilité du contrat individuel.

Le contrat individuel est un contrat d'adhésion avec un tarif préétabli; il est difficile pour un candidat à l'assurance d'en changer les termes et les conditions. La liberté du contractant se résume au choix d'une combinaison, du montant du capital assuré et des modalités de paiement de la prime.

Dans ces contrats individuels l'anti-sélection est très fréquent. l'assureur se retrouve devant un risque dont la probabilité de réalisation est anormalement élevé. C'est

pourquoi l'assureur doit faire une sélection rigoureuse du risque que lui propose un candidat à l'assurance.

Nous avons souhaité un rapport médical systématique pour toute prescription individuelle afin de réduire le risque d'anti-sélection, car nous savons que ne peut aller voir un médecin que si l'on est malade par conséquent, l'assureur doit imposer une visite médicale avant chaque souscription individuelle.

B. CONTRAT GROUPE ET L'ANTI-SELECTION

L'assurance groupe ou l'assurance collective est défini par l'article 35 du code CIMA; comme un contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble d'un ensemble de personne répondant à des conditions définies ~~du~~ du contrat, pour la

couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégralité physique de la personne ou lié à la maternité ou du risque de chômage.

Les adhérents doivent avoir un lien de même avec le souscripteur.

Il faut aussi que l'ensemble de personnes aient entre elles un caractère commun, défini au contrat et indépendant de la volonté de chacun des membres du groupe.

L'assurance collective permet de distribuer l'assurance à un coût moindre, car le grand nombre permet la compensation des risques et les frais d'acquisition et de gestion sont moins élevées qu'en assurance individuelle. Le caractère naturel du groupe permet d'éliminer les risques d'anti-sélection, surtout si le contrat est à adhésion obligatoire.

Par contre, si l'adhésion est facultative nous nous retrouvons plus ou moins dans la situation qu'en assurance individuelle.

C. SELECTION DU RISQUE EN ASSURANCE GROUPE

La sélection du risque se fera en fonction de l'importance du groupe et de son caractère. C'est ainsi que pour les groupes à adhésion facultative comportant un risque important d'anti-sélection, il sera demandé des justifications analogues à celles demandées en assurance individuelle.

Tandis que, les groupes à adhésions obligatoires, la sélection sera moins sévère jusqu'à devenir inexistante.

Lorsque toute la famille de l'assuré est garantie, on demandera une déclaration de santé à tous les membres, sauf dans le cas d'un groupe très important.

Les sinistres dont l'origine est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré ne sont pris en charge.

V. ADHESION FACULTATIVE ET ADHESION OBLIGATOIRE

A. CONTRAT A ADHESION OBLIGATOIRE

L'assurance groupe est à adhésion obligatoire lorsqu'elle satisfait aux conditions suivantes:

- être souscrit, soit pour un ou plusieurs établissements, entreprise ou organisme ayant un objectif principal autre que la souscription d'un contrat d'assurance;
- regrouper 75% pour cent de l'effectif assurable ou 75% au moins d'une fraction de celui défini en fonction d'un critère objectif ;
- prévoir un capital assuré d'après un critère objectif qui doit être le même pour tous.
- compter au moins 25 assurés;
- prévoir une clause subordonnant la mise en vigueur du contrat et ses renouvellements à la réalisation des conditions ci-dessous.

B. LE CONTRAT A ADHESION FACULTATIVE

L'assurance est dite à adhésions facultatives lorsque les conditions prévues dans le paragraphe ci-dessus ne sont pas satisfaites.

Les adhérents auront le droit de souscrire ou de refuser de souscrire l'assurance proposé au groupe.

Ce type de contrat apporte fréquemment avec lui un risque important d'anti-sélection. Il faudrait donc veiller à un contrôle médical nettement plus stricte que pour les contrats à adhésion obligatoire.

CHAPITRE II : MAITRISE DE LA SINISTRALITE ET DE LA FRAUDE

Les principaux handicaps de l'assurance maladie sont la fréquence très élevée de la sinistralité ainsi que la fraude toujours grandissante.

Dans cette paragraphe, nous proposerons quelques moyens permettant de maîtriser la sinistralité ensuite, nous construirons des gardes fous pouvant nous aider à lutter efficacement contre la fraude.

I. LA MAITRISE DE SINISTRALITE

Nous ne dirons jamais assez que l'assurance maladie est un risque très complexe et déficitaire dont la sinistralité est difficile à maîtriser.

Néanmoins l'assureur peut en faire un bon risque s'il décide de lutter efficacement contre l'anti-sélection.

En effet, vu la complexité de ce produit, le responsable doit être plus proche de ses clients, leurs expliquer clairement les termes utilisés dans les conditions générales. Faire ressortir clairement ce qui est garantie, ce qui ne l'est pas.

Le rédacteur de l'assurance maladie doit faire savoir aux clients la différence entre un état et un maladie .

Il faut surtout avoir le courage d'expliquer ce qui n'est pas assurable aux clients car le contrat est un engagement consensuel des deux parties, ces derniers sauront à quoi s'en tenir en cas de sinistre et poserons moins de problème à l'assureur. Expliquer les contrats aux syndicats, aux parents d'élèves et autres intéressés.

Il faut éviter au maximum les enfants à charge car c'est une porte ouverte à la surconsommation médicale et aux abus de toutes natures.

Exiger les listings des prix.

En ce qui concerne les contrats individuelles, il faut catégoriquement refuser d'assurer une partie de la famille car c'est le nid de l'anti-sélection. Il est donc nécessaire d'assurer toute la famille après avoir rempli chacun un questionnaire médical. Si la famille est très restreinte, il faut exiger un rapport médical détaillé sur l'état de santé des assurables.

En assurance collective, l'anti-sélection n'est pas grave car la loi des grands nombres compensera les risques. On supposera que tout le monde ne tombera pas malade en même temps.

Mais pour avoir un groupe plus ou moins homogène, il est souhaitable que le nombre atteigne dix personnes. Les petits groupes doivent être considérer des contrats individuels.

II. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

L'assurance maladie connaît déjà beaucoup des difficultés dans sa gestion cela vient s'ajouter le problème de la fraude.

En fait c'est au sein même des assurés que la fraude s'effectue. Déjà l'assurance maladie est considérée comme un risque déficitaire, il faudrait, il faudrait autant que faire se peut éviter la fraude en faisant minutieusement la vérification de toutes les pièces disponibles. Pour cela, il est nécessaire d'utiliser les services de l'informatique performante pour gérer ce risque comme un risque ordinaire.

Il faut d'abord bien confectionner son contrat et se dire que la maladie est un risque déficitaire mais que nous devons en faire un risque bénéficiaire.

Il faut éviter de faire le tiers payant car c'est la porte d'ouverture à la fraude.

Déterminer le contour des garanties, faire à ce qu'on ne fasse pas tout garantir à la rédaction du contrat.

Il faut s'entourer des médecins conseils

Il faut constituer une brigade anti-fraude avec les agents: médecins, assistants sociaux...

Il faut s'il y a lieu faire des cartes d'identification de chaque assuré.

Eviter la corruption et quand un client fait intervenir toujours les supérieurs, il faut se dire qu'il y a quelque chose de louche.

Bien ficeler les conventions avec des gardes fous.

Eviter les enfants à charge, exiger les actes de naissance.

Suivre les malades hospitalisés. Si possible espionner les malades pour les identifier.

Pour payer une facture, il faut que le malade ait effectivement déboursé. On parlera alors de remboursement en assurance maladie lorsqu'un assuré à la suite d'une

maladie expose des frais médicaux et se fait payer par l'assurance le montant de ce débours.

L'étude des remboursements des frais médicaux se feront par le rédacteur ;

Les frais d'hospitalisation ou frais interne se fait par le médecin conseil;

Le producteur quant à lui doit suivre la clientèle et il fait le service de l'après vente auprès des sociétés: c'est le service production et promotion.

En bref, chacun fait son petit métier.

CONCLUSION GENERALE

Malgré l'effort considérable déployé par les sociétés d'assurance, le marché de l'assurance au Tchad est toujours embryonnaire.

Compte tenu du taux très élevé d'analphabétisme et du niveau vie bas de la population, l'assurance est considérée comme un luxe et appartient à une autre classe, celle des intellectuelles. Mais nous savons aussi que c'est un produit inconnu même de nos intellectuels.

Faisant abstraction de la faiblesse de nos moyens, les assureurs peuvent améliorer leur prestation pour peu qu'ils alignent imagination et créativité.

Pour remédier à cette situation, un travail de fourmis s'impose aux assureurs:

UN travail de sensibilisation et de vulgarisation des produits d'assurance.

Aussi, nous osons espérer qu'une ébauche de solution est entreprise avec la concurrence qui est désormais une réalité. Les assureurs redoubleront d'effort et de stratégie pour pénétrer le marché, car le marché de la demande existe, il ne reste qu'à offrir des produits adaptés.

Alors chers assureurs, mettons-nous au travail, la récréation est finie.