

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL
DES ASSURANCES

CYCLE SUPERIEUR

13^{ème} Promotion

B.P. 1575 YAOUNDE Fax : (237) 20-71-51
(République du CAMEROUN)

1996 - 1998

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances (DESS-A)

Thème :

REFLEXION SUR LES CONDITIONS DE
RESORPTION DU DEFICIT DE LA
BRANCHE MALADIE EN COTE D'IVOIRE

Présenté par :

M. KOUAME KOUAKOU LIN

Sous la Co-direction de :

⇒ M. Joseph YAPO MANCAMBOU

Directeur Commercial de la NSIA

⇒ Mme ANNEY PILAR

Chef du Département SANTE

des AGCI

OCTOBRE 1998



TABLE DES MATIERES

	Pages
DEDICACE	
REMERCIEMENTS	
INTRODUCTION GENERALE	1-3

TITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA BRANCHE

<u>Chapitre I</u>	: GENERALITES	4
Section 1	: Fondements de l'Assurance Maladie	4
Paragraphe A	: Notions de base	4-9
Paragraphe B	: Intérêt de l'Assurance Maladie	9-10
Section 2	: Importance de la branche dans le portefeuille des Assureurs	11
Paragraphe A	: Evolution du Chiffre d'Affaires de la branche	11
Paragraphe B	: Place de l'Assurance Maladie dans le portefeuille des compagnies	12-13
<u>Chapitre II</u>	: EXAMEN DES RESULTATS TECHNIQUES	14
Section 1	: Preuve du déséquilibre	14
Paragraphe A	: Exposé des résultats techniques	14-15
Paragraphe B	: Constat du déficit	15-18
Section 2	: Eléments explicatifs du déficit	18
Paragraphe A	: Facteur humain	18-23
Paragraphe B	: Facteurs inhérents au risque	23-31
Paragraphe C	: Insuffisances des pratiques de production et de gestion de sinistres.	32-52

TITRE II : APPROCHE DE SOLUTIONS EN VUE DE LA RESORPTION DU DEFICIT

<u>Chapitre I</u>	: PROPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DU PORTEFEUILLE	53
Section 1	: Au niveau de la production	53
Paragraphe A	: Rigoureuse sélection des risques	53-54
Paragraphe B	: Prise en compte de nouveaux critères de tarification.	55
Paragraphe C	: Nécessité de la redéfinition de la limite des prestations	55-57

Section 2	: Au niveau de la gestion des sinistres	57
Paragraphe A	: Mesures de surveillance	57-58
Paragraphe B	: Contrôle strict des remboursements effectués par les Intermédiaires	58-59

Chapitre II : ACTIONS GENERALES A ENTREPRENDRE 60

Section 1	: Actions incombant à l'assureur	60
Paragraphe A	: Instauration d'une franche collaboration avec le corps médical et paramédical	60
Paragraphe B	: Soutien aux programmes nationaux de lutte contre Le paludisme et le SIDA.	60

Section 2	: Actions incombant au gouvernement	61
Paragraphe A	: Amélioration de la qualité du service dans les établissements hospitaliers publics	61
Paragraphe B	: Dégrèvement fiscal des pharmacies et des centres médicaux privés	62
Paragraphe C	: Promotion des médicaments génériques.	63

CONCLUSION GENERALE 64-65

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

DEDICACE

A toi maman,

Toi, très tôt arrachée à mon affection ,

je te dédie ce mémoire, fruit de mes années d'études.

Grâce à ta bénédiction, j'ai pu braver les nombreux écueils qui ont émaillé mon

parcours scolaire.

Au moment où aboutissent mes efforts, j'ai une pensée pour toi.

Ton fils qui ne cesse de t'aimer.

REMERCIEMENTS

Avant de livrer les résultats de nos recherches, nous voudrions témoigner notre infinie gratitude à tous ceux qui ont contribué de quelque manière que ce soit à les rendre possibles.

Nous remercions particulièrement :

- ☛ Monsieur Jean DIAGOU, (PDG du groupe AGCI - NSIA) pour avoir permis que notre stage se déroule au sein de son groupe ;
- ☛ Monsieur Joseph MANCAMBOU (Directeur Commercial de la NSIA)
- ☛ et Madame ANNEY P. (Chef du Département Santé des AGCI),
Co-directeurs du présent mémoire, pour leurs pertinentes observations.
- ☛ Monsieur Ernest ASSAMOI (Directeur Commercial Adjoint de la NSIA) pour sa disponibilité.
- ☛ Monsieur Basile NDOBO (Directeur Commercial de la SOCIETE CAMEROUNAISE D'ASSURANCES ET DE REASSURANCES) pour ses précieuses remarques.
- ☛ Monsieur BESSIBEHOU ABOLE (Secrétaire à LE MANS ASSURANCES INTERNATIONALES) sans qui le manuscrit n'aurait pas été saisi en temps utile.

TABLE DES ABREVIATIONS

AMI	= Acte Médical Infirmier
ASA - CI	= Association professionnelle des Sociétés d'Assurances opérant en Côte d'Ivoire
ASDI	= Acompte Sur Divers Impôts.
BIC	= Bénéfice Industriel et Commercial
OMS	= Organisation Mondiale de la Santé
S/P	= Rapport Sinistres à Primes S : Sinistres déclarés dans l'exercice (mais en pratique, l'on rattache le sinistre à son exercice de survenance) P : Primes acquises à l'exercice.
SIDA	= Syndrome d'Immuno - déficience Acquise
VIH	= Virus d'Immuno - déficience Humaine

INTRODUCTION GENERALE

De récentes études de la Banque Mondiale indiquent que si globalement la pauvreté (dont le seuil a été fixé à un revenu d'un Dollar par habitant et par jour) a légèrement reculé, passant de 30 % de la population mondiale en 1987 à 29 % en 1993, le nombre de personnes vivant avec moins d'un Dollar par jour est passé d'environ 85 millions à 1,3 milliards en 1993. Il a vraisemblablement doublé aujourd'hui.

Cette importante population en proie à la misère la plus abjecte vit principalement dans les pays en voie de développement où l'espérance de vie et de santé (c'est - à - dire le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre dans un état de santé satisfaisant) est courte, où l'impact des maladie et des inégalités se fait le plus sentir.

Ce dernier point a retenu l'attention de l'O.M.S. qui en a fait le thème de son RAPPORT SUR LA SANTE DANS LE MONDE 1995 : "REDUIRE LES ECARTS".

Notant que le développement sanitaire et socio - économique forme un tout indissociable, le rapport présente également des arguments probants pour l'adoption d'une stratégie qui met l'accent sur les besoins des groupes vulnérables.

En attendant la mise en application de ces idées louables, la situation sanitaire en Afrique reste préoccupante.

En effet, la frange de la population qui n'a pas accès aux soins de santé primaires est en régulière progression.

La mauvaise conjoncture économique accentuée par la dévaluation du franc CFA a provoqué un renchérissement démesuré du prix des médicaments.

Dès lors le recours à la pharmacie de la rue et à la médecine traditionnelle s'est intensifié.

En Côte d'Ivoire par exemple, huit malades sur dix se dirigent systématiquement vers des guérisseurs ou des tradipraticiens selon les statistiques actuelles du Ministère de la Santé.

Cette attitude qui comporte un aspect culturel est essentiellement motivée par la faiblesse du pouvoir d'achat de la population et la suppression de la gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques.

Seuls les traitements du VIH bénéficient depuis le 24 août 1998 d'une subvention de l'Etat à hauteur de 80 %¹.

Dans le même temps, d'importants efforts sont faits pour maintenir les infrastructures sanitaires à un niveau raisonnable (équipement des hôpitaux publics en matériel moderne, renovation de leurs bâtiments, multiplication du nombre de petites structures).

Dans ce contexte particulier où fait de surcroît défaut un système populaire de protection sociale, certaines personnes s'organisent en fonction de leur revenu pour couvrir leurs frais de santé.

D'où leur tendance à souscrire de plus en plus des polices d'Assurance Maladie.

D'un peu plus de six milliards F CFA en 1993, les émissions au titre de la branche Maladie avoisinent actuellement 14 milliards F CFA.

Cependant, parallèlement à cette forte croissance de la demande, la gestion de ce risque pose de réels problèmes aux assureurs : ceux - ci sont confrontés à un déséquilibre chronique des résultats en dépit de quelques mesures correctives prises.

Au point que l'Assurance Maladie ne représente plus dans la profession qu'un "mal nécessaire", les clients subordonnant la couverture de l'ensemble de leurs risques à l'acceptation préalable de leur risque Maladie.

¹ TIESSE Cyprien : "Initiative ONU-SIDA : le traitement ne sera pas gratuit", in Fraternité Matin° 10.151 du 20/08/98 P.14

Cette situation appelle des interrogations :

S'agit - il d'un déficit immanquable ?

Quels sont les facteurs qui l'expliquent ?

Est - il possible de le résorber ?

Pour répondre à toutes ces questions, nous organiserons notre étude autour de deux grands axes :

⇒ une première partie consacrée à l'analyse de la situation d'ensemble de la branche .

⇒ une seconde partie qui tentera quant à elle de préconiser des solutions en vue de la résorption du déficit.

TITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA BRANCHE

Chapitre I : GENERALITES

A l'instar des autres branches, l'Assurance Maladie repose sur des fondements théoriques à caractère technique et juridique qu'il importe d'élucider afin de rendre aisée la compréhension de la présente étude.

L'intérêt de l'Assurance Maladie sera également mis en lumière dans ce chapitre

Section 1 : FONDEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE.

Paragraphe A : Notions de base.

1) Définitions

a) La Police Maladie

a1) Que recouvre la notion de maladie ?

La maladie est une altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Pour mieux cerner cette définition, il conviendrait de s'appesantir sur les deux principaux termes qu'elle comporte.

* Une altération de la santé

L'altération de la santé peut être causée par un agent pathogène (microbe), par une substance chimique ou par une agression d'éléments extérieurs (par exemple une morsure , un choc, une chute ...).

* Une autorité médicale compétente

Il s'agit généralement d'une personne titulaire d'un diplôme de médecine délivré par une faculté de médecine.

Mais qu'en est-il d'une constatation effectuée par une personne n'ayant pas la qualification requise (par exemple un infirmier ou une sage - femme) ?.

- . La prescription de l'infirmier doit être visée par un médecin.
- . Pour ce qui est de celle de la sage - femme, l'assureur ne prend en considération que les soins prescrits qui sont en rapport avec l'accouchement ou qui sont post - natals.

La médecine traditionnelle ne reposant pas sur des éléments objectifs et mesurables, elle n'est pas prise en compte par l'Assurance Maladie.

a2) Objet du contrat.

L'Assurance Maladie a pour objet, le remboursement par l'assureur, des sommes exposées pour les soins prodigués à l'assuré, en vue de son rétablissement. Il s'agit là d'un contrat de "prestation en nature" dans la mesure où l'assureur ne remboursera uniquement que les frais nécessités par le traitement. Sont donc concernés : les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, les actes de spécialité, sanatorium, prévention.

Cependant, l'assuré peut déjà bénéficier d'un régime de prévoyance sociale ou d'une Assurance Maladie, et désirer couvrir les conséquences pécuniaires de son inactivité pour cause de maladie.

De plus, cette maladie peut laisser, à terme, des séquelles invalidantes, réduisant ou empêchant toute activité, occasionnant ainsi une perte de revenus.

Par le biais d'une police d'Assurance Maladie "prestation en espèces" ou "pertes de revenus", l'assureur paiera à l'assuré, selon les termes du contrat, une indemnité journalière ou une rente.

a3) Contrat de complément

Lorsqu'il existe un régime de Sécurité Sociale, les frais ne sont pas toujours pris en charge à 100 %. Dans ce cas, il est possible de mettre sur pied un contrat complémentaire qui couvrirait la différence de prestation entre le régime général et le niveau réellement souhaité par l'assuré.

b) Quelques termes usuels en Assurance Maladie

b1) Antisélection

L'antisélection est "cette propension de l'homme à choisir un type de garantie qui risque de lui servir, plutôt qu'un dont il pense n'avoir que faire..."².

L'antisélection reste l'un des problèmes principaux de l'Assurance Maladie.

En général, compte tenu de son coût, ne souscrivent une telle police que les personnes souffrant déjà d'une maladie. Il en est particulièrement ainsi lorsque l'assuré souhaite dès la souscription obtenir une garantie "Evacuation sanitaire".

Des garde - fous existent pour tenter de mettre l'assureur à l'abri du risque réalisé ou du risque certain ; mais leur efficacité reste insuffisante.

Par contre dans un contrat groupe à adhésion obligatoire, l'on prendra en charge dès la souscription des personnes malades, compte tenu de ce que le risque est statistiquement mieux repartit. Pour ce faire, il est impératif que tous les membres du groupe soient assurés.

b2) La prise en charge directe ou Tiers payant

Le principe de l'Assurance Maladie est le remboursement des frais exposés par le malade.

Cependant, l'assureur peut directement prendre en charge les frais de traitement ; l'assuré ne conservant éventuellement que le ticket modérateur .

² CORONE Stéphane : " questionnaire de santé : concilier sélection des risques et éthique L'argus n° 6491, 16 août 1996
page 16

Les raisons qui motivent cette pratique sont les suivantes :

- ⇒ les frais à exposer sont très importants. C'est le cas d'une hospitalisation, ou des soins à l'étranger.
- ⇒ le malade est financièrement démuné et ne peut pas faire l'avance de fonds.

b3) Ticket modérateur

C'est une franchise laissée à la charge de l'assuré dans le but de l'amener à une auto - limitation de la surconsommation médicale.

b4) Nomenclature des actes professionnels

Le code de Sécurité Sociale Française a instauré une nomenclature des actes professionnels utilisés par la majorité des Médecins évoluant en Afrique. Les actes médicaux sont représentés par des lettres - clés qui reçoivent un indice en fonction de la difficulté de l'acte :

J	:	Journée d'hospitalisation
K	:	Acte chirurgical ou para - chirurgical
KR	:	Electrothérapie
KE	:	Actes d'échographie
B	:	Analyses médicales
D	:	Soins dentaires
PC	:	Pratiques courantes
C	:	Consultation omni - praticien
Cs	:	Consultation spécialiste
Cn	:	Consultation neuro - psychiatre
V	:	Visite
Vs	:	Visite spécialiste
R	:	Radios
Z	:	Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien dentiste

Certains soins ne sont pas codifiés, c'est le cas de la pharmacie dont le montant varie en fonction du prix du médicament, et de l'hospitalisation où le seul document disponible est la facture de l'établissement, plus ou moins détaillée selon les cas.

b5) Délai de carence

En Assurance Maladie, il est prévu au contrat, une période pendant laquelle aucun remboursement ne sera effectué : c'est le *délai de carence* ou *délai d'attente* ou encore *délai de stage*.

Il court à partir de la prise d'effet du contrat.

S'il est prévu un délai d'attente, les maladies médicalement constatées avant l'expiration du délai ne seront pas prises en charge par l'assureur.

Par contre, s'il s'agit d'un délai de carence, l'assureur couvrira tous les frais exposés après l'expiration du délai. C'est la formule la plus courante.

En tout état de cause, la première constatation médicale doit être postérieure à la prise d'effet du contrat sauf accord de l'assureur.

b6) Traitements ambulatoires

Il s'agit de tous les soins donnés par le médecin, y compris les mesures prises pour déterminer la maladie (diagnostic).

2) L'Assurance Maladie : Une assurance de dommages.

L'assurance Maladie ressort du domaine de l'assurance de dommages tant pour le paiement des primes que pour le règlement des prestations.

En conséquence, c'est le principe indemnitaire qui prévaut en Assurance Maladie : la garantie de l'assureur est limitée au maximum au montant des frais de soins réellement engagés par l'assuré.

Cette fonction indemnitaire a pour but d'interdire que l'assurance ne devienne source d'enrichissement.

Certains contrats prévoient (nous l'avons déjà indiqué) néanmoins des indemnités forfaitaires.

Résultant du principe indemnitaire, la subrogation de l'assureur telle qu'elle est prévue à l'article 42 du code, peut s'exercer jusqu'à concurrence de la somme versée au client, "*dans les droits et les actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur*".

Cette disposition peut jouer en cas d'accident de la vie privée ; ce qui justifie l'intérêt de différencier ce cas de la maladie et d'identifier le tiers responsable pour l'ensemble des sommes versées en matière de frais de soins.

Toutefois précise l'article 42, "*l'assureur peut être déchargé en tout ou partie de sa responsabilité envers l'assuré quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré s'opérer en faveur de l'assureur*".

Il est par ailleurs énuméré dans cet article, la liste des personnes contre qui l'assureur n'a aucun recours.

Paragraphe B : Intérêt de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie apparaît comme un contrat de gestion, le client transférant à un professionnel (l'assureur) son risque ainsi que le budget subséquent.

Mais cette assurance ne revêt pas le même intérêt selon qu'il s'agit d'un assuré ou d'un employeur. Son importance pour l'assureur sera abordée dans le prochain chapitre.

1) Pour l'assuré

La Sécurité Sociale faisant défaut dans la majorité des pays africains, seule l'Assurance Maladie permet de faire soigner décentement. En effet, les centres de santé publics sont en général peu performants ; ce qui amène l'Assuré à solliciter le secteur privé où les prestations sont onéreuses.

En souscrivant une police d'Assurance Maladie, ce dernier a la certitude de bénéficier de soins dans les formations sanitaires de bon niveau.

Il se trouve ainsi dispensé de débours importants (cas d'hospitalisation par exemple).

2) Pour l'employeur

L'assurance Maladie reste une nécessité pour garantir au personnel d'une entreprise un bon état de santé.

En Côte d'Ivoire, l'Etat en a pris très tôt conscience et a mis en place un organisme (La Mutuelle Générale des Fonctionnaires) fonctionnant sur la base du système de tiers - payant pharmaceutique (70 % des frais pharmaceutiques sont directement pris en charge par la Mutuelle).

Il arrive fréquemment que certains fonctionnaires souscrivent une couverture complémentaire destinée à compenser le ticket modérateur.

Le secteur privé ne disposant pas d'une telle structure, il a recours à l'Assurance Maladie.

Celle - ci permet d'accroître la productivité du personnel et de réduire considérablement les arrêts de travail pour maladie.

Section 2 : IMPORTANCE DE LA BRANCHE DANS LE PORTEFEUILLE.

Paragraphe A : Evolution du chiffre d'affaires de la branche

Nous précisons que sur quinze (15) sociétés pratiquant l'Assurance Maladie en Côte d'Ivoire, seulement huit (8) avaient leurs chiffres disponibles à la Direction des Assurances, au 20 août 1998. Ce qui nous a contraint à baser notre étude sur cet échantillon.

Evolution du chiffre d'affaires de la branche Maladie de 1992 - 1997.

Année	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Chiffre d'Affaires	6.508.631.129	7.113.519.170	8.236.612.331	11.337.133.770	11.991.214.400	10.889.260.040

Source : Etats Statistiques de la Direction des Assurances de Côte d'Ivoire.

Il apparaît clairement en observant ce tableau que les ventes de l'Assurance Maladie sont en progression constante. L'évolution est remarquable à partir de 1995.

La principale raison qui l'explique est la majoration globale de 40 % qu'a subie la prime d'Assurance Maladie après le changement de parité du Franc CFA intervenu en janvier 1994.

A cela s'ajoute la bonne conjoncture économique ; laquelle se traduit par le développement de l'investissement privé (générateur de nouvelles souscriptions).

Il résulte de ce qui précède que le marché de l'Assurance Maladie a un potentiel de croissance significatif, nonobstant la baisse enregistrée en 1997, due à un transfert de risques vers d'autres assureurs (dont les chiffres ne sont pas connus).

Paragraphe B : Place de l'assurance maladie dans le portefeuille des compagnies

A) l'Assurance Maladie telle que perçue par les Assureurs

Bien que ses résultats soient déficitaires (cf. chapitre II, titre I), les émissions au titre de l'Assurance Maladie sont de plus en plus importantes.

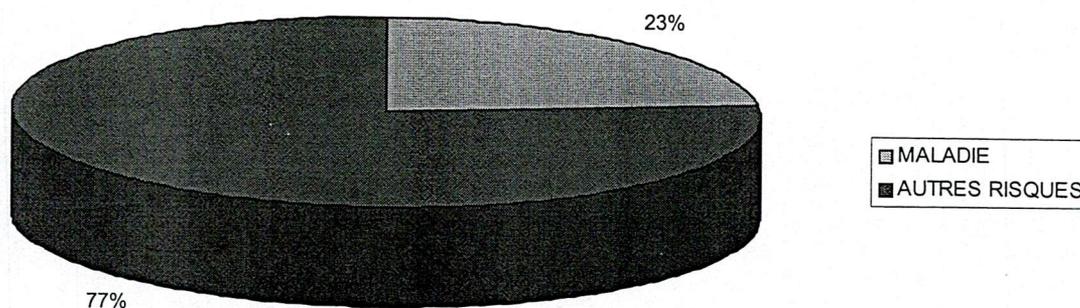
Ce risque est considéré par les assureurs comme un ticket d'entrée dans le portefeuille du client. Ces derniers espèrent équilibrer les mauvais résultats de la branche avec les excédents dégagés par les autres risques.

L'Assurance Maladie est particulièrement utile pour l'acquisition et la conservation des autres risques.

En effet, un client mécontent de la gestion de ces frais médicaux est susceptible de résilier l'ensemble de ses contrats ou à contrario de faire d'autres souscriptions et d'en susciter auprès de ses connaissances en cas de satisfaction.

B) Part de l'Assurance Maladie dans le portefeuille des compagnies d'assurances.

Comme en témoigne le diagramme par secteurs ci-dessous, cette branche réalise une part appréciable du chiffre d'affaires global des sociétés IARD.



Il ne s'agit donc pas d'un risque mineur.

Les chiffres consignés dans ce tableau sont édifiants à cet égard :

Evolution de la part de l'Assurance Maladie dans le chiffre d'affaires des compagnies.

	Chiffre d'Affaires Global des sociétés IARD	Maladie	Part en %
1996	52.632.474.530	11.991.214.400	23 %
1995	49.162.246.500	11.337.133.770	23 %
1994	40.918.427.240	8.236.612.331	20,12 %

N.B. : Ces chiffres sont ceux de notre échantillon.

Chapitre II : EXAMEN DES RESULTATS TECHNIQUES

Nous ferons ici une analyse minutieuse des résultats de la branche afin de percevoir les facteurs qui les expliquent. Deux soucis guideront notre démarche :

⇒ démontrer qu'il y a effectivement déficit ;

⇒ et en recenser les principales causes.

Section 1 : PREUVE DU DESEQUILIBRE.

Paragraphe A : Exposé des résultats techniques

Pour mieux apprécier les résultats de la branche, nous avons jugé bon de les observer dans le temps. Il nous est apparu en particulier utile de considérer la période comprise entre 1992 et 1997 c'est - à - dire avant et après la dévaluation du franc CFA.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Primes Acquises	6.073.104.342	6.227.189.572	6.961.710.024	8.937.833.649	8.423.939.405	9.228.186.475
Sinistres	5.587.255.995	5.791.286.302	6.892.092.924	9.295.346.995	9.350.572.739	10.889.260.040
S/P en %	92	93	99	104	111	118

Source : Etats Statistiques de la Direction des Assurances de Côte d'Ivoire.

Remarque :

De l'étude de ce tableau, il ressort que le rapport S/P stagne presque entre 1992 et 1993 mais progresse de 6 points en 1994 c'est - à - dire l'année au cours de laquelle intervient le changement de parité du franc CFA.

Ce ratio croît encore plus vite les années suivantes du fait du renchérissement continu du coût des médicaments et soins médicaux.

Il importe ici de relever que les primes d'Assurance Maladie n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions que les tarifs des centres médicaux et des pharmacies privés (40 % en moyenne contre 60 à 80 %, excepté les honoraires des praticiens dont le taux d'évolution se situe entre 20 et 30 %).

Paragraphe B : Constat du déficit

Théoriquement, la structure d'une prime de 100 F se présente comme suit :

ELEMENTS DE LA PRIME		ROLE	MONTANT
P R I M E	Prime pure	Faire face au sinistre : coût statistique du risque et frais <i>directement</i> imputables au dossier : expertises et frais judiciaires.	65
C O M M E R C I A L E	Chargements	Faire face aux <i>frais généraux</i> de l'entreprise - gestion du risque pendant la période de garantie = frais étalés. - Etablissement des contrats et quittances = frais initiaux Faire face aux <i>frais d'acquisition</i> : - commissions aux intermédiaires.	7 8 20
		TOTAL	100

N.B. : En général, on manque de données permettant une répartition exacte entre frais étalés et frais initiaux. On émet alors l'hypothèse la plus simple celle de la répartition moitié - moitié et on a 7,5 - 7,5 au lieu de 7 - 8.

Les taux de commissionnement pratiqués en Assurance Maladie varient de 5 à 15 % sur notre marché.

Les frais de gestion du risque sont estimés (selon les spécialistes) à plus de 20 %.

En fait, il n'existe pas d'études fiables sur la structure de la prime en Assurance Maladie. De plus les différentes compagnies n'apprécient pas l'équilibre des résultats selon les mêmes normes.

Ces trois extraits de clause d'ajustement corroborent nos propos :

Société A	RAPPORT S/P	% D'AJUSTEMENT
	0 à 54 %	15 % de réduction
	55 à 64 %	5 % de réduction
	65 à 69 %	Aucune majoration
	70 à 84 %	15 % de majoration
	85 à 99 %	30 % de majoration
	100 à 114 %	45 % de majoration
	115 à 129 %	60 % de majoration
	130 à 149 %	80 % de majoration
	150 % et plus	100 % de majoration
Société B	RAPPORT S/P	% D'AJUSTEMENT
	0 à 64 %	Aucune modification
	65 à 69 %	10 % de majoration
	70 à 74 %	20 % de majoration
	75 à 89 %	30 % de majoration
	90 à 104 %	45 % de majoration
	105 à 119 %	60 % de majoration
	120 à 139 %	80 % de majoration
	140 à 149 %	90 % de majoration
	au delà 150 %	100 % de majoration

Société C	RAPPORT SIN/COTISATION	% D'AJUSTEMENT
	de 0 à 60 %	Réduction de 15 %
	de 61 à 70 %	Réduction de 10 %
	de 71 à 75 %	Réduction de 05 %
	de 76 à 80 %	Maintien
	de 81 à 90 %	Majoration de 15 %
	de 91 à 100 %	Majoration de 25 %
	de 101 à 120 %	Majoration de 36 %
	de 121 à 140 %	Majoration de 50 %
	de 141 à 150 %	Majoration de 75 %
	de 151 à 200 %	Majoration de 120 %
	de 201 à 220 %	Majoration de 140 %
	de 221 à 240 %	Majoration de 160 %
	de 241 à 260 %	Majoration de 180 %
	de 261 à 280 %	Majoration de 200 %
	de plus de 280 %	Majoration de 250 %

N.B. : En Assurance Maladie, lorsque les résultats sont déséquilibrés (à la hausse ou à la baisse), la prime de l'exercice suivant est réajustée selon un mécanisme appelé CLAUSE D'AJUSTEMENT.

Remarque : Pour l'assureur A, l'équilibre est atteint avec 69 % de charge de sinistres ; pour le B, il est atteint à 64 % et pour le C à 80 %.

On le voit, certaines compagnies ont élaboré un système tendant à récompenser la faiblesse du ratio S/P par un rabais de prime

Face à cette disparité de normes d'appréciation, nous avons jugé utile de baser nos analyses sur celles théoriques généralement admises.

Nous considérons donc que lorsque le rapport S/P est supérieur à 65 %, il y a déficit.

Or comme le montre le tableau de la page 17, le taux de sinistralité moyenne de la branche sur la période est d'environ 103 %.

Ces résultats sont donc déficitaires en d'autres termes, l'Assurance Maladie n'est pas rentable.

Nous nous proposons dans les lignes qui vont suivre d'en rechercher les principales causes.

Section 1 : ELEMENTS EXPLICATIFS DU DEFICIT

Il a été vu plus haut que la branche Maladie est déficitaire.

Nous nous fixons comme objectif ici d'identifier les éléments qui sont à l'origine de ce déséquilibre.

Trois facteurs expliquent à notre sens la dégradation répétée des résultats :

- ⇒ le facteur humain,
- ⇒ les facteurs inhérents au risque,
- ⇒ et la quasi inexistence de provisions techniques.

Paragraphe A : Le facteur humain

A ce niveau, nous avons étudié le comportement d'un certain nombre de personnes assurées par rapport à la période où elles ne l'étaient pas.

Pour les besoins de notre enquête, nous avons eu recours à un sondage.

Comme méthode d'échantillonnage, nous avons utilisé celle dite aléatoire (qui consiste à dresser une liste exhaustive des individus composant la population à laquelle on s'intéresse et à tirer au sort un certain nombre d'entre eux qui vont constituer l'échantillon).

Sur 200 assurés interrogés, 80 % (soit 160 personnes) ont reconnu qu'elles ne pratiquent plus de prophylaxie et se rendent régulièrement chez le médecin depuis qu'elles sont assurées (Questionnaire, voir annexe n° X).

En général, les assurés ont une préférence pour les cliniques privées de renommée, dont les tarifs sont du reste hors de portée. Ce comportement qui frise le snobisme contribue considérablement à alourdir la charge de sinistres de la branche .

1) La fraude

La fraude est selon le PETIT ROBERT " *une tromperie ou une falsification punie par la loi*".

Elle consiste pour un assuré, soit à faire soigner sous le couvert de son nom, des personnes ne bénéficiant pas normalement de la garantie ; soit à présenter au remboursement, des factures de prestations imaginaires ou des surfacturations.

Pour une meilleure compréhension de ce phénomène, il conviendrait d'abord d'en recenser les causes et d'en décrire les manifestations.

a) Les causes

Elles sont nombreuses. Nous ne nous attarderons que sur celles qui nous paraissent essentielles

* Le faible revenu : Nous constatons que la majorité des cas de fraude (76 %) que nous avons étudiés concerne des personnes percevant un faible salaire mensuel ou juste moyen (il s'agit de la tranche de 36.606 F CFA³ à 250.000 F CFA), et qui éprouvent par conséquent des difficultés à faire face à leurs charges familiales.

En réalité, plus le rapport Prime/Revenu est élevé, plus grand est le risque de fraude.

* Le défaut de contrôle : Il s'agit principalement du manque de rigueur dans la sélection à l'entrée et de contrôle sur la place des hospitalisations (pour en constater la matérialité). Ces deux points seront développés dans le paragraphe C du présent chapitre.

* Les pressions de l'entourage de l'assuré : Nous faisons allusion ici aux réalités africaines, principalement à la solidarité et à la famille élargie. Dès qu'un membre de la famille entre dans la vie active, il doit se mettre au service de tous.

³ Le SMIG (salaire Minimum Interprofessionnel Garanti) est de 36.606 en Côte d'Ivoire.

Ainsi, il est l'objet de nombreuses sollicitations (demande d'aides financières, de faveurs etc. ...) qu'il ne peut décliner sous peine d'exclusion. Cet état de fait incite l'assuré insolvable à qui un parent remet une ordonnance à poser des actes frauduleux.

b) Manifestations

La fraude est multiforme. Nous ne citerons que quelques cas courants :

- La substitution de personne : Cette pratique est généralement rencontrée en cas d'hospitalisation d'un parent ou d'une connaissance de l'assuré. Ce dernier fait soigner sous le couvert de son nom, le malade en question.

Il se fera délivrer à cet effet une attestation de prise en charge par l'assureur comme s'il en était réellement le bénéficiaire.

* Les factures de prestations fictives : Dans ce cas, il n'y a eu ni acte médical, ni frais pharmaceutiques réels exposés ; mais l'assuré présente des factures apparemment non émaillées d'irrégularités, et ce grâce à une complicité avec certains membres du personnel de l'assureur, certains médecins et employés de pharmacie. De tels "réseaux" sont souvent démantelés.

* Le changement de la nature de l'affection sur la feuille de soins : Conscient de ce que le contrat exclut momentanément (cas où le délai de carence court encore) ou d'office, telle affection, l'assuré demande au médecin traitant de lui substituer une autre proche d'elle ou une autre dont elle constitue un symptôme.

2) Les réactions du corps médical vis - à - vis de l'Assurance Maladie.

Une extension de notre étude à l'attitude du corps paramédical ne nous paraît pas excessive d'autant plus que celui - ci pourrait être tenu pour responsable de la situation que nous décrivons en raison notamment de la complicité entretenue par quelques uns de ses membres avec les assurés.

Notre analyse s'articulera autour de deux points : La surfacturation et la complicité supposée du corps médical.

a) La surfacturation

Elle consiste en une facturation abusive par les cliniques privées des fournitures de pharmacie usuelle et accessoires à usage médical ou "consommables" tels que les seringues, les aiguilles, les perfusions ou de leurs services.

On peut à bon droit se demander par exemple si les consommables, à l'exclusion des médicaments nécessaires pour la guérison du malade durant son séjour en clinique ne sont pas inclus dans le forfait perçu au titre des AMI qui est pour la quasi totalité des établissements hospitaliers privés de 18.000 F CFA.

Est également concernée, la facturation des anesthésiques, de l'oxygène et des fils de suture utilisés pendant l'intervention chirurgicale.

L'étude de plusieurs dossiers de remboursement nous a révélé que les cliniques privées facturent la location du bloc opératoire en sus des honoraires du chirurgien.

Nous avons en outre noté que la chambre du malade est facturée distinctement de son passage dans une salle d'examens spéciaux (par exemple salle de fibroscopie).

A ce rythme et dans un proche avenir, l'on peut craindre que la nourriture fournie au patient soit facturée en dehors de la chambre.

Au delà de la surfacturation, c'est la tendance des cliniques privées à renchérir le coût de leurs prestations que nous stigmatisons ; car ce comportement inflationniste contribue à l'accroissement de la charge de sinistres.

Face aux nombreuses anomalies constatées lors de l'étude des dossiers de remboursement, la commission médical de l'ASA - CI a initié une réunion des médecin - conseils des différentes

compagnies d'assurances afin d'obtenir un consensus sur le contenu des forfaits facturés par les cliniques ; d'harmoniser les points de vue et de faire des recommandations.

A l'issue de cette séance de travail du 10 octobre 1997 des propositions relatives aux composantes des différents forfaits facturés ont été consignées dans un procès verbal (cf. annexe I) soumis à l'Association des Cliniques Privées.

b) La complicité supposée du corps médical

Certains cas de fraude rencontrés incitent à soupçonner le corps médical d'être de connivence avec les assurés fautifs.

En effet, comment comprendre qu'une personne ne souffrant d'aucune affection chronique ou grave se fasse régulièrement rembourser des frais médicaux élevés avec des justificatifs signés du même médecin ?

L'objectif inavoué (de l'assuré) en l'espèce est soit d'obtenir des remboursements importants soit d'aider une connaissance malade.

Nous n'avons nullement la prétention de nous substituer aux médecins, encore moins de douter de leurs compétences, tout au plus voudrions - nous mettre en relief les énormités que comportent certaines prescriptions médicales.

Cette complicité peut également se traduire par un désir du médecin traitant de comprendre l'assuré (pour lui couvrir un ticket modérateur par exemple) ou même par sa passivité devant un cas de substitution de personne lors d'une hospitalisation.

c) La tendance des cliniques privées à allonger la durée des hospitalisations des assurés.

Très souvent, dès que ces prestataires de services médicaux réalisent qu'un patient est couvert par une police d'Assurance Maladie, ils allongent la durée de l'hospitalisation.

Ainsi pour une pathologie dont le traitement nécessite trois (3) jours, ils mentionneront cinq (5) jours sur le certificat d'hospitalisation.

Ces abus qui font l'objet de refus par les médecin - conseils sont à l'origine de fréquents conflits entre les assureurs et les cliniques privées.

Paragraphe B : Les facteurs inhérents au risque.

Il en existe certainement plusieurs. Mais trois d'entre eux nous paraissent déterminants :

⇒ le renchérissement des frais médicaux et pharmaceutiques ;

⇒ cas particuliers : le coût prohibitif du traitement des maladies émergentes et des soins à l'étranger ;

⇒ la quasi inexistence de provisions techniques.

1) Le renchérissement des frais médicaux et pharmaceutiques

a) Causes

* La dévaluation du franc CFA.

Le changement de parité du franc CFA survenu le 11 janvier 1994 explique en partie la très importante hausse du prix des médicaments constatée ces dernières années.

Pour atténuer les effets sur le pouvoir d'achat ou mieux pour faciliter l'accès du plus grand nombre aux soins de santé, l'Etat ivoirien a subventionné pendant les six (6) premiers mois qui ont suivi cet événement, la moitié des stocks des grossistes (laboratoires).

Les laboratoires ont par ailleurs réduit leur tarifs de 10 %.

Globalement, les prix des médicaments ont augmenté de 80 % après la dévaluation. Les tarifs des cliniques et cabinets médicaux privés ont quant à eux été majorés de 50 % à 60 %.

Le 12 juin 1997, l'Etat par arrêté ministériel s'est désengagé de la tarification au niveau de ces structures médicales privées.

On comprend dès lors la flambée de prix dans ce secteur. A titre d'exemple, depuis le 1^{er} Mai 1998, les actes de consultation et d'hospitalisation connaissent une majoration de 15 à 54 % dans les cliniques privées. ⁴

Face à l'inflation médicale galopante, de nombreux assureurs réajustent de plus en plus les primes d'Assurance Maladie.

* Les progrès de la médecine.

Ils se traduisent par la mise à la disposition de la médecine d'un matériel sophistiqué, plus exactement par la découverte de nouvelles thérapeutiques.

Il en résulte une fiabilité accrue des diagnostics qui rendent parfois nécessaires des traitements onéreux.

b) Conséquences

Tous ces facteurs conjugués contribuent à grever la charge de sinistres de la branche.

c) Actions entreprises par l'Etat en vue de l'allègement du coût des médicaments.

- L'autorisation de la vente en détail des médicaments.

Conscient du faible pouvoir d'achat de la population, le Ministère de la Santé Publique, de concert avec le Syndicat des Pharmaciens, a autorisé le déballage d'un certain nombre de médicaments en vue de leur vente en détail.

- La sensibilisation de la population à l'utilisation des médicaments génériques.

⁴ KOUAME Jean Roche : " Cliniques privées et cabinets médicaux : l'Etat libéralise, les prix flambent", in Le Jour n° 1075 du 02/09/98, P.6 et 7.

On appelle médicament générique tout médicament dont le brevet de fabrication est tombé dans le domaine public. Les pharmaciens distinguent deux types de médicaments : Les génériques et les spécialités.

La spécialité comporte outre la molécule principale du générique, des éléments chimiques propres qui confèrent efficacité mais aussi rapidité à son action curative.

Fort de ces propriétés et le cas échéant de la notoriété dont jouit la marque du laboratoire, la spécialité a un coût plus élevé.

Par exemple, l'aspirine UPSA (20 comprimés) qui est une spécialité coûte en moyenne 1155 F CFA dans les officines à Abidjan, tandis que l'aspirine ordinaire (30 comprimés) qui est un générique coûte 795 F CFA⁵

La différence fondamentale entre ces deux médicaments réside dans le fait que le comprimé de la spécialité est effervescent (donc action plus rapide) alors que celui du générique ne l'est pas.

L'autorisation pour la production et la commercialisation d'une spécialité est accordée pour cinq (5) ans. Celle du générique a par contre une durée illimitée.

Malgré les actions de sensibilisation initiées par le Ministère de la Santé Publique, les génériques sont peu vendus.

Deux raisons expliquent ce manque de succès : Le fait que les prescripteurs et les pharmaciens n'aient pas été associés à l'opération, et la faible marge accordée par l'Etat sur les ventes de ce type de médicaments (elle est de 20 % pour les génériques contre 28 à 30 % pour les spécialités).

A ces causes, s'ajoute une lourde fiscalité :

- BIC fixé à un 35 % du bénéfice net
- patente variant de 1.000.000 à 1.500.000 F CFA l'an
- impôt minimum en cas de perte d'exploitation fixé à 2.500.000 F CFA

⁵ Prix pratiqué au 10 septembre 1998

- ASDI de 1,5 % sur chaque commande).

2) Cas particuliers : Le coût prohibitif du traitement des maladies émergentes et des soins à l'étranger.

a) Coût prohibitif du traitement des maladies émergentes

Les maladies infectieuses émergentes sont celles qui sont dues à des agents infectieux récemment identifiés et précédemment inconnus et qui posent un problème de santé publique localement ou sur le plan international⁶. Parmi les maladies émergentes figurent :

* Le SIDA

Le SIDA qui n'a été reconnue comme maladie émergente qu'au début des années 1980 s'est propagée dans le monde entier et devrait perdurer pendant une bonne partie du 21^e siècle selon les prévisions de l'OMS.

Depuis ses débuts, l'O.M.S. estime qu'il a causé 11, 7 millions de décès et est devenu maintenant une maladie endémique dans de nombreux pays sous - développés tels que la Côte d'Ivoire (qui est du reste le pays de l'Afrique de l'ouest le plus touché).

Le nombre de personnes y vivant avec le VIH se situeraient entre 734.000 et 860.000 ⁷ pour la même année. Pour mieux apprécier le niveau de la séroprévalence en Côte d'Ivoire, consultons ce tableau :

Prévalence du VIH en Côte d'Ivoire (chez les adultes en 1997).

	Zone Urbaine	Zone Rurale	Au plan national
Hommes	14,3 %	8,2 %	10,6 %
Femmes	14,2 %	6,8 %	9,8 %
Les deux sexes	14,2 %	7,6 %	10,2 %

⁶Rapport annuel 1998 du Programme National de Lutte contre le SIDA et la Tuberculose P.2

Source : Rapport annuel 1998 du Programme National de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose.

Nous constatons à l'examen de ce tableau que la séroprévalence est plus forte en zone urbaine qu'en zone rurale et que par ailleurs, elle est prépondérante chez les hommes. C'est donc la population urbaine qui constitue l'essentiel de la clientèle des Assureurs Maladie qui est la plus vulnérable.

Aussi, le programme estime - t - il à 508.000 F CFA (en moyenne) le coût de la prise en charge d'un cas de SIDA pour une durée moyenne d'hospitalisation de vingt (20) jours dans un hôpital public.

L'étude de cinq (5) dossiers d'hospitalisation dues au SIDA (cas réellement identifiés) nous a révélé que le coût du traitement pour la même période excède 4.000.000 F CFA dans une clinique privée.

Même si ces cas sont peu nombreux, il n'en demeure pas moins qu'ils ont un coût important.

En général, la société d'Assurances n'est informée de la séropositivité de l'assuré que lorsque l'infection est à un stade avancé (hospitalisations fréquentes, traitement prolongé de certaines affections opportunistes du SIDA).

* La grippe

Elle est également classée par l'O.M.S. parmi les maladies émergentes et fait l'objet d'une surveillance mondiale.

Les cas de grippe identifiés en Côte d'Ivoire sont nombreux mais il n'existe pas de statistiques fiables.

Si le coût de sa prise en charge reste globalement faible (entre 2.000 et 8.000 F CFA en médecine publique, et entre 12.000 et 15.000 F CFA en médecine privée) sa forte fréquence de contamination en font un "mauvais risque" pour l'assureur.

* les hépatites C & E

Les statistiques concernant ces affections ne sont pas fiables.

Il existe d'autres maladies émergentes mais celles - ci sont pour l'heure inconnues en Côte d'Ivoire.

Ce sont notamment :

- ⇒ la fièvre hémorragique d'Ebola ;
- ⇒ la fièvre de Lassa ;
- ⇒ la légionellose ;
- ⇒ la maladie de CREUTZFELDT Jacob etc ...

* Cas des maladies réémergentes

Les maladies infectieuses réémergentes sont celles qui sont dues à la réapparition et à l'expansion d'infections connues mais dont l'incidence s'était abaissée au point qu'elles n'étaient plus considérées comme un problème de santé publique.

Sont classées parmi les maladies réémergentes :

- la rougeole,
- le choléra,
- la tuberculose (13.104 cas dénombrés en Côte d'Ivoire en 1996 selon le rapport sur la santé dans le monde 1998).

* La méningite

Elle réapparaît en Côte d'Ivoire sous forme épidémique, notamment dans le nord. La prise en charge d'un cas de Méningite coûte en moyenne entre 8.000 et 20.000 F CFA en médecine publique et entre 300.000 et 700.000 F CFA en médecine privée.

* Le paludisme

Selon le Rapport sur la santé dans le monde, 1998, entre 300 et 500 millions de cas cliniques de paludisme se produisent chaque année et le nombre annuel de décès qui en résultent oscille entre 1,5 et 2,7 millions dont 90 % en Afrique subsaharienne.

En Côte d'Ivoire, le paludisme représente 33,33 % des cas morbides (la première cause de décès).

Le principal parasite qui en est responsable est le *plasmodium falciparum* (dans 89 à 97 % des cas) avec pour vecteurs l'*Anophèle gambiae* et l'*Anophèle funestus*.

La prévalence se situerait entre 77 et 80 %. La population ivoirienne étant estimée à 15,8 millions d'habitants ⁸, il s'ensuit qu'entre 9.856.000 et 10.240.000 personnes sont infectées. Ce qui fait de la Côte d'Ivoire une zone endémique (avec deux pics saisonniers liés aux deux saisons de pluies ; à août pour le sud forestier et juillet - septembre pour la zone de savane).

Les spécialistes distinguent deux types de paludisme : le paludisme simple et le paludisme grave.

Conscient des conséquences économiques et sociales de ce fléau, l'Etat ivoirien a mis en place dès mai 1966, une structure spécialisée en vue de son éradication : Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLCP).

Aujourd'hui, la prise en charge d'un cas simple coûte en moyenne 2.000 F CFA en médecine publique et 15.000 F CFA en médecine privée ; celle d'un cas sévère coûte en revanche entre 10.000 et 15.000 F CFA en médecine publique, et entre 150.000 et 600.000 F CFA en médecine privée, selon une enquête que nous venons de mener.

A l'évidence, la prise en charge du paludisme est coûteuse pour l'assureur.

La Côte d'Ivoire étant une zone endémique n'est-il pas permis de penser que la technique de l'assurance (fondée sur le caractère aléatoire du risque) est ici faussée ?

⁸ TIESSE Cyprien : " 12^e journée mondiale de la population : Démographie galopante, fortes contraintes sociales" in FRATERNITE MATIN, n° 10.120 du 13/07/98, Page 2.

b) Le coût élevé des soins à l'étranger

Les progrès enregistrés en médecine dans les pays développés (utilisation d'un appareillage sophistiqué pour traiter les maladies) et la dévaluation du F CFA expliquent le coût prohibitif des soins à l'étranger.

Pour ce type de traitement, les plafonds de garantie prévus au contrat sont presque toujours dépassés.

3° La quasi inexistence de provisions techniques

Les provisions techniques sont les dettes des assureurs envers les assurés et bénéficiaires de contrat.

Elles représentent plus de 70 % du total du passif du bilan des sociétés d'assurances.

On comprend dès lors pourquoi la réglementation rend obligatoires leurs modalités d'évaluation.

Il existe trois types de provisions techniques :

- ⇒ la provision pour risque en cours ;
- ⇒ la provision pour sinistres à payer ;
- ⇒ la provision mathématique.

Les deux premières sont propres aux assurances de répartition, et la troisième aux assurances sur la vie et de capitalisation.

De l'analyse des documents comptables des différentes sociétés auxquelles nous avons eu accès, il découle que les provisions techniques constituées au titre de cette branche ne sont pas importantes. Cela tient à la nature du risque.

En effet, contrairement aux autres branches IARD, les sinistres sont réglés au fur et à mesure qu'ils sont déclarés (les justificatifs étant produits immédiatement).

De plus, la majorité des contrats expirent à la clôture de l'exercice comptable (31 décembre), ce qui réduit considérablement les provisions pour risques en cours à constituer.

Par ailleurs, le délai de carence appliqué aux affections les plus courantes est très court (15 jours à 3 mois ou effet immédiat selon les compagnies).

En conséquence, les primes perçues ne peuvent pas être rentabilisées et permettre par conséquent aux assureurs d'obtenir de substantiels produits financiers (qui atténueraient le déséquilibre des résultats de la branche).

Paragraphe C : Insuffisances des pratiques de production & de gestion de sinistres.

1) Analyse critique des pratiques de production.

a) Le cadre réglementaire de la formation du contrat d'Assurance Maladie

Nous ferons ici un exposé des dispositions du code CIMA relatives à la formation et au déroulement du contrat d'Assurance Maladie. Certaines d'entre elles sont bien entendu communes à toutes les branches.

a1) Les obligations de l'assureur

* A la souscription

Le code CIMA exige une communication écrite d'une information précontractuelle à la charge de l'assureur, destinée à établir chez le proposant un consentement éclairé. Il s'agit là d'un devoir d'information.

L'assureur doit obligatoirement fournir avant la conclusion du contrat, une fiche d'information sur le prix, les garanties et les exclusions (articles 6, 2ème alinéa) et, en assurance de groupe, remettre à l'adhérent, un document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre (article 98).

Cependant, "*la fiche d'information (tout comme la proposition d'assurance) n'engage ni l'assuré, ni l'assureur ; seule la police ou la note de couverture constate leur engagement réciproque*" précise l'article 6 alinéa 1.

Le devoir de conseil consiste à indiquer à l'autre partie, les conséquences du contrat envisagé pour mieux mettre en lumière l'opportunité qu'il y a ou non à passer une telle convention.

Aussi, l'assureur est - il tenu de soumettre au proposant, un formulaire de déclaration de risque (en l'espèce, un questionnaire médical) afin de permettre à celui - ci de le renseigner sur le risque qu'il désire couvrir (article 12, 3ème alinéa).

Toutefois, les questions contenues dans le formulaire doivent être claires et précises. Sinon, l'assureur "*ne pourra pas se prévaloir du fait qu'une question posée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise*" (article 7, 1er alinéa).

* En cours de contrat.

Les circonstances du risque qui ont donné lieu à la déclaration du proposant dans la phase précontractuelle peuvent évoluer au point de créer un déséquilibre entre les obligations de l'assureur et la prime perçue, voire de remettre en cause son acceptation du risque.

Ces modifications se traduisent soit par une aggravation ou une diminution du risque, soit par la création d'un risque nouveau.

En Assurance Maladie, l'assureur est tenu de maintenir le contrat en vigueur nonobstant la modification de l'état de santé de l'assuré (article 15, 2ème alinéa).

a2) Les obligations de l'assuré.

* A la souscription.

L'obligation précontractuelle de déclaration mise à la charge du demandeur à l'assurance trouve sa justification dans la nécessité de fournir à l'assureur, les informations qui constituent le préalable indispensable à sa double décision d'accepter ou non la couverture du risque proposé et de fixer le montant de la prime. En effet, le proposant est débiteur d'une obligation de renseignements qui trouve sa source dans l'inégalité d'information car le demandeur à l'assurance bénéficie d'une supériorité évidente sur l'assureur en ce qui concerne les circonstances du risque.

L'assuré est tenu de répondre exactement aux questions posées par l'assureur dans le formulaire de déclaration de risque (article 12 du code). Faute de le faire, il s'expose à des sanctions ; qu'il s'agisse d'une fausse déclaration intentionnelle (article 18) ou non intentionnelle (article 19).

Par ailleurs, l'assuré est tenu de payer la prime à la souscription (article 13, 2ème alinéa).

* En cours de contrat.

L'article 12 alinéa 3 du code fait obligation à l'assuré de déclarer les circonstances nouvelles survenues en cours de contrat qui ont pour conséquence soit d'aggraver le risque soit d'en créer de nouveaux.

L'assuré - maladie devra ainsi déclarer son nouveau lieu de travail s'il est particulièrement dangereux (mines, carrières, plate - formes pétrolières, exposition à l'amiante etc ...) à condition toutefois que l'assureur ait souhaité connaître sa profession dans le questionnaire médical.

La déclaration à l'assureur doit être notifiée par lettre recommandée ou contresignée dans un délai de quinze jours à partir du moment où l'assuré a eu connaissance des circonstances nouvelles (article 12, alinéa 3).

Quelle sanction encourt - il en cas de déclaration tardive ?

C'est celle de l'article 20 alinéa 1, c'est - à - dire la déchéance si une clause du contrat la prévoit et si le retard cause un préjudice à l'assureur ; ce qu'il doit établir.

b) Exposé des pratiques de production.

b1) Les types de polices couramment commercialisées.

Elles sont au nombre de deux :

⇒ les polices Maladie garantissant des "prestations en nature" ;

⇒ les polices combinant "prestations en nature" et "prestations en espèces".

A chacune de ces polices sont appliquées différentes formules en fonction des besoins du proposant.

La garantie "évacuation sanitaire" fait l'objet pour la plupart des assureurs d'un contrat distinct.

b1-1) La police Maladie "prestations en nature".

b1-1-1 Garanties du contrat

* Garanties de base

Ce sont :

- ⇒ les frais médicaux (médecine générale ou spécialisée, chirurgie, hospitalisation) ;
- ⇒ les frais pharmaceutiques ;
- ⇒ les frais d'analyses, et examens de laboratoire ;
- ⇒ les frais de radiologie ;
- ⇒ les frais de réadaptation fonctionnelle.

* Garanties facultatives.

Il s'agit des garanties qui peuvent faire l'objet d'une extension moyennant surprime :

- ⇒ soins à l'étranger ;
- ⇒ soins et prothèse dentaires ;

- ⇒ optique médicale (verre & monture) ;
- ⇒ appareillage de prothèse externe ;
- ⇒ accidents de travail.

En pratique, les assureurs préfèrent proposer des formules de garanties à leurs clients. Celles - ci intègrent l'ensemble des garanties (les facultatives y compris).

On distingue trois formules :

- ⇒ la formule "complète limitée à la Côte d'Ivoire et aux pays de la zone franc CFA" ;
- ⇒ la formule limitée à la garantie des "cas graves" ou "gros risques" (hospitalisation et chirurgie) ;
- ⇒ la formule "complète" étendue au monde entier.

Le montant de la prime varie d'une formule à l' autre. Dans certaines compagnies, la troisième formule n'existe pas. Une surprime est perçue en fonction de la zone à laquelle est étendue la garantie (France, Europe, Monde entier). Et le barème applicable pour le remboursement des frais exposés à l'étranger est également indiqué.

b1-1-2 Le plafonnement des garanties.

Pour inciter les assurés à surveiller leur consommation médicale, les assureurs limitent le niveau de leurs engagements par garanties, et par année, ou même par famille (contrat groupe).

b1-1-3 La pratique du ticket modérateur.

En fonction des besoins du client et de son importance dans le portefeuille de l'assureur (en terme de volume de primes et de diversité de risques), les deux parties conviennent du taux de couverture à mentionner au contrat (100 %, 90 %, 80 %, 70 % ...).

b1-1-4 La prise d'effet de la garantie.

Le commencement de la garantie est subordonnée à l'expiration de délais de carence ou de délais d'attente.

Ces délais ne s'appliquent pas en cas d'accident et ne jouent ni pour les nouveaux - nés, ni pour les anciens bénéficiaires d'une Assurance Maladie lorsqu'il n'y a pas de rupture de garantie.

Ils sont en général de :

⇒ 15 jours pour les maladies à incubation courte (varicelle, choléra, variole, coqueluche, fièvre typhoïde, méningite cérébro - spinale etc ...) ;

⇒ 12 mois pour les maladies chroniques et les tumeurs (tuberculose, kystes, leucémie etc ...), les frais d'optique et les prothèses dentaires ;

⇒ 9 à 12 mois pour la maternité.

Mais pour des raisons commerciales, certains délais sont souvent réduits.

b1-1-5 Exclusions.

Outre les exclusions classiques communes à tous les contrats, cette police comporte les exclusions spécifiques suivantes :

⇒ les conséquences des dommages corporels résultant de la participation active de l'assuré à une rixe, à un crime, à une grève, émeutes ou mouvements populaires ;

⇒ les dommages résultant des actes intentionnels de l'assuré (suicide) ;

⇒ les maladies et accidents résultant de l'alcoolisme ou de l'usage des stupéfiants ;

⇒ les traitements ayant un but d'esthétique ou de rajeunissement ;

- ⇒ les soins dentaires et lunetterie sauf stipulations contraires prévues au contrat ;
- ⇒ les cures thermales ;
- ⇒ les produits de confiserie médicamenteuse ;
- ⇒ les vins et élixirs ;
- ⇒ les accessoires à usage médical (thermomètre par exemple)

En matière de pharmacie, ne sont pas remboursés les produits d'hygiène corporelle (solubacter, diadermine, ph7), les produits alimentaires, les eaux minérales, les produits diététiques.

Ne sont en outre pas remboursés par certaines compagnies : l'aspirine, la quinine la nivaquine, les produits similaires ou dérivés.

Certains contrats remboursent les sérums et vaccins même si de façon générale ils sont exclus.

b1-2) Polices Maladies combinant "prestations en nature et "prestations en espèces"

b1-2-1 Objet

En plus des risques couverts par la police "prestations en nature", cette police mixte garantit les conséquences pécuniaires de l'immobilisation de l'assuré pour cause de maladie.

L'idée qui soutend cette extension est la compensation du manque à gagner dû à l'arrêt de travail pour maladie ; laquelle peut laisser des séquelles invalidantes qui vont réduire la capacité de travail du malade et donc diminuer ses revenus.

b1-2-2 Garanties spécifiques.

* Indemnité journalière

C'est une somme forfaitaire versée à l'assuré en cas d'arrêt maladie, pour palier la perte de revenus.

* Invalidité permanente (I.P.)

L'invalidité permanente totale est l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une activité quelconque. Certains assureurs considèrent que cet état est atteint à partir d'une I.P. de 2/3.

b1-2-3 Contrat complémentaire : Assistance et Evacuation

Sanitaire

Cette garantie nous l'avons déjà signalé, fait l'objet d'un contrat distinct en général. Elle ne peut être souscrite qu'en complément d'une police maladie garantissant le remboursement des frais médicaux.

b1-2-3-1 Garanties de base.

* Evacuation sanitaire :

En cas d'atteinte corporelle grave consécutive à une blessure ou à une maladie survenant sur le continent africain et européen, l'assureur (société d'assistance) facilite l'admission du bénéficiaire vers le centre médical le plus proche adapté ou vers le centre médical spécialisé plus adapté en Europe si nécessaire sur avis de son médecin - conseil.

* Retour après convalescence.

Lorsqu'un bénéficiaire a fait l'objet d'une évacuation sanitaire, la société d'assistance garantit ses frais de retour vers son pays de résidence en Afrique après convalescence.

* Rapatriement de corps (vers l'Europe ou la Côte d'Ivoire)

En cas de décès d'un bénéficiaire, la société d'assistance accomplit toutes les formalités et prend en charge, les frais de transport du corps jusqu'au lieu de l'inhumation en Afrique ou en Europe ainsi que les frais de mise en bière et le coût du cercueil.

b1-3-2 Extensions de garanties

* accompagnement d'un bénéficiaire Malade, Blessé ou Décédé.

* Décès d'un proche parent.

En cas de décès d'un parent (père, mère, conjoint, ou enfant d'un bénéficiaire) dans son pays de résidence en Europe, seront pris en charge pour un seul bénéficiaire, les frais de transport, aller et retour pour assister aux obsèques.

* assistance juridique en dehors de la Côte d'Ivoire ;

* conseils médicaux.

b2) La sélection des risques

La nécessité d'une sélection se pose de façon moins aiguë dans le cadre des assurances groupe, le risque étant statistiquement mieux reparté.

L'assureur est tenu, s'il prend le groupe, de garantir les salariés des suites des états pathologiques antérieurs à la conclusion du contrat.

La sélection est par contre rigoureuse lorsqu'il s'agit d'une souscription individuelle.

Les moyens dont se servent les Assureurs Maladie pour réaliser cette opération sont : le questionnaire médical, les délais de carence et les exclusions.

b2-1) Pratique du questionnaire médical

Les dispositions du code CIMA relatives au questionnaire médical ont déjà été largement commentées. Nous nous contenterons ici de décrire ses caractéristiques.

Le questionnaire se compose d'une diversité d'interrogations à caractère soit objectif soit subjectif. Les premières cherchent à déterminer la probabilité et l'intensité du risque tandis que les secondes concernent la personne elle - même.

Elles portent sur l'âge, le sexe, le nombre d'interventions chirurgicales subies, les traitements suivis etc ...(cf. annexe II).

Les informations communiquées par le souscripteur ou l'assuré (cas où l'assuré n'est pas le souscripteur) matérialisent la déclaration du risque à partir de laquelle l'assureur a le choix entre plusieurs attitudes : accepter le souscripteur au tarif normal ou l'accepter avec une surprime, l'accepter en excluant une pathologie qui préexiste à la conclusion du contrat, ajourner sa réponse ou enfin le refuser définitivement.

* Le questionnaire et le secret médical

Dès que l'on aborde le questionnaire de santé se profile inexorablement le secret médical. Les informations fournies par le proposant sont confidentielles. Et l'assureur doit veiller à ce qu'elles ne tombent ni entre les mains de son personnel non médical, ni entre celles du souscripteur dans le cas d'un contrat groupe. Seul son médecin - conseil peut en être destinataire sous pli confidentiel.

* Le questionnaire et le SIDA

Le questionnaire de santé ne doit contenir aucune question intime sur la vie privée et les pratiques sexuelles. Le recours au dépistage n'est possible que si l'importance des informations recueillies dans le questionnaire le justifient. Le seuil au - delà duquel le recours au dépistage est autorisé est laissé à la discrétion de l'assureur.

Lorsqu'un dépistage est demandé, il doit obtenir l'accord du proposant et être prescrit par le médecin - conseil de la compagnie d'assurances intégré dans un examen médical complet. Et les résultats doivent être communiqués au médecin traitant indiqué par le proposant.

La communication des informations entre les différents praticiens doit être faite dans le strict respect du secret médical ⁹ (sous pli confidentiel).

Si un dépistage est effectué, l'assureur ne peut plus, au moment du sinistre contester sa garantie au motif que le décès est lié au SIDA sauf cas de fraude ¹⁰.

b2-2) Pratique et justification des délais de carence.

Ces délais ont été institués afin d'éviter de prendre en charge dès la souscription des risques déjà réalisés. Ils figurent dans les conditions générales de toutes les polices maladie.

b2-3) Les exclusions de garantie.

Elles jouent également un rôle important dans la sélection des risques.

b3) La tarification.

b3-1) Formes de tarification.

En assurance Maladie, il existe deux formes de tarification :

⇒ cas où le tarif est forfaitaire c'est - à - dire à lecture directe.

⇒ cas où la prime est déterminée en appliquant un taux à un élément variable tel que la masse salariale.

La première forme est la plus pratiquée en Côte d'Ivoire.

⁹ Docteur MBODJ Cheikh Tidiane, " l'impact économique du VIH/SIDA", l'assureur africain n° 26, septembre 1997.

¹⁰ CORONE Stéphane, "Questionnaire de santé : concilier sélection des risques et éthique", l'argus n° 6491, 16/08/96, P.17

b3-2) Éléments aggravants

Sont admis comme tels :

b3-2-1 l'âge avancé

L'âge est une composante fondamentale de la consommation médicale. Il est prouvé que plus une personne est âgée, plus la probabilité qu'elle tombe malade est forte.

La majorité des polices fixe la limite d'âge à la souscription à 60 ans. Certains tarifs prévoient une surprime à partir de 50 ans.

Exemple (extrait de tarif)

AGE	SURPRIME
50 ans	+ 15 %
55 ans	+ 20 %
60 ans	+ 30 %

b3-2-2 Antécédents médicaux susceptibles de récives et de conséquences.b3-2-3 Excès ou insuffisance de poids.

Il existe des normes scientifiques à partir desquelles l'on considère qu'il y a surpoids ou souspoids.

Cas pratique :

Nous nous servons à titre d'exemple d'un extrait du barème de tarification des risques aggravés d'une société d'assurance de la place.

- Hommes de 28 à 32 ans

M O I N S							T A I L L E			P L U S						
30 %	25 %	20%	15%	10%	5%	0%				5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%
K I L O G R A M M E S							K I L O G R A M M E S									
41	44	47	50	53	56	59	1	M	57	62	65	68	71	74	76	80
42	45	47	51	53	57	59				62	65	68	71	74	77	80

- Excès pondéral

* Hommes adultes

⇒ surpoids inférieur à 20 %

taux normal

⇒ de 20 % à 25 % exclus

majoration de 10 %

⇒ de 25 % à 30 % exclus

majoration de 20 %

⇒ de 30 % à 35 % exclus

majoration de 30 %

Selon le tableau, pour un homme ayant un âge compris entre 28 et 32 ans et mesurant 1,57 mètres, le poids normal est de 59 Kg.

Si ce dernier a un taux de surpoids variant entre 20 % et 25 % il verra sa prime majorée de 10 %.

Nous soulignons toutefois que très peu de sociétés d'assurance disposent d'un tel outil de tarification.

Sont en général assurables en risques aggravés moyennant surprime :

⇒ certaines affections chroniques en relation avec le vieillissement de l'individu (hypertension "modérée", troubles de la ménopause) ;

⇒ les infirmités non susceptibles d'aggravation ou considérées comme telles (obésité, rein unique);

⇒ certaines séquelles définitives de maladies passées, présumées fixées (séquelles de poliomyélite par exemple).

b4 Le cas des souscriptions confiées aux intermédiaires

Les intermédiaires disposant d'une clientèle importante, exigent pour des raisons commerciales, que les assureurs avec lesquels ils collaborent leur permettent de gérer le risque Maladie. Requête à laquelle accède la quasi totalité de ceux - ci.

Ainsi des souscriptions sont faites pour le compte des sociétés d'assurances sans être suivies d'un contrôle à posteriori. D'où de nombreux abus.

c) Insuffisances des pratiques

Trois points ont retenu notre attention à savoir :

c1) Le défaut de contrôle médical systématique à la souscription.

Les assureurs fondent leur appréciation du risque sur les informations contenues dans le questionnaire de santé, et n'exigent une surprime que si des éléments aggravants sont décelés.

Une telle pratique n'est plus adaptée à notre contexte.

En effet, face à la multiplication des cas de fraude, il nous semble hasardeux de se fier aux déclarations d'un proposant. Il importe à notre sens de vérifier leur conformité avec la réalité.

c2) Le manque de contrôle à posteriori des souscriptions faites par les intermédiaires.

Ces intermédiaires sont plutôt préoccupés par les commissions à percevoir que par la qualité du risque.

En effet, ils sont réticents à parler au client le langage de vérité, lequel se traduirait par exemple par une augmentation de la prime (risque aggravé).

En raison de ce qui précède, de telles souscriptions sont souvent entachées d'irrégularités.

C3) Le défaut de consultation du précédent assureur du proposant.

Les informations recueillies par le nouvel assureur auprès du précédent devraient lui permettre de se faire une opinion exacte du risque et d'appliquer un tarif conséquent.

2/ Analyse critique de la gestion des sinistres.

a) Exposé des pratiques.

Les prestations en Assurance Maladie ont la particularité d'être fréquentes. Il incombe donc à l'assureur de faire preuve de son professionnalisme en réglant dans les meilleurs délais les sommes dues.

Mais si le remboursement après la dépense reste encore la formule la plus répandue, d'autres modalités d'intervention se développent de plus en plus.

a1) La démarche classique : le remboursement après la dépense.

C'est la démarche en général suivie par les assureurs lorsque les frais relatifs au traitement d'une affection donnée sont peu élevés.

a1-1) Les justificatifs réclamés.

⇒ La feuille de soins ou feuille de déclaration (cf. annexe III). C'est un formulaire préimprimé (fourni par l'assureur) que l'assuré doit remplir afin de donner des détails sur la nature de la maladie.

S'il s'agit d'un accident, il devra préciser le lieu, la cause et éventuellement les coordonnées du responsable.

Cette feuille doit être remplie par le médecin traitant, le pharmacien et revêtir leurs cachets respectifs.

⇒ Le relevé des honoraires

⇒ La facture du pharmacien, éventuellement des analyses médicales, de la radiologie, des soins dentaires, optique médicale, injection et autres actes de pratique courante

⇒ Vignettes des médicaments

Certaines compagnies d'assurances exigent lorsqu'il n'y a pas de vignettes qu'une partie de l'emballage des médicaments soit agrafée aux ordonnances médicales.

⇒ Les prescriptions médicales du médecin traitant.

a1-2 Calcul du remboursement

Le remboursement s'effectue conformément aux dispositions du contrat. Cependant, l'on devra faire particulièrement attention aux points suivants :

⇒ application du plafond annuel par assuré

⇒ application du ticket modérateur (s'il est prévu)

⇒ application des délais de carence et exclusions prévus au contrat

⇒ limitation de la garantie dans l'espace.

* Ouvrage de référence : le dictionnaire VIDAL

C'est un dictionnaire spécialisé qui fournit des renseignements techniques sur tous les médicaments commercialisés en France au cours d'une année donnée. Il est régulièrement consulté dans les Services Maladie, en particulier lors du règlement des sinistres.

Pour chaque médicament, les rubriques suivantes font l'objet d'un développement :

- ⇒ forme et présentation ;
- ⇒ composition ;
- ⇒ indications ;
- ⇒ posologie et mode d'administration ;
- ⇒ contre - indication ;
- ⇒ mise en garde et précautions d'emploi ;
- ⇒ effets indésirables ;
- ⇒ remboursement ou rejet par la Sécurité Sociale Française.

Lors du calcul du remboursement des frais pharmaceutiques, les rédacteur - sinistres se réfèrent à cette dernière rubrique pour faire jouer la garantie.

* Autres outils de référence :

- ⇒ le barème de la Sécurité Sociale Française (cf. annexe IV). Lorsque la couverture est étendue à la France, la plupart des assureurs appliquent ce barème au moment du versement des prestations.
- ⇒ le barème du syndicat des médecins privés de Côte d'Ivoire. C'est celui qui est appliqué lorsque les frais sont exposés dans un pays autre que la France.

Cas pratique

Conditions particulières du contrat :

- ⇒ assuré : Monsieur LAFORET
- ⇒ date d'effet : 01/01/98
- ⇒ échéance : 31/12/98
- ⇒ garanties du contrat : formule complète

⇒ étendue géographique : tous centres Monde Entier

⇒ taux de couverture : 90 %

⇒ délais de carence :

- effet immédiat pour les accidents
- 15 jours pour les maladies à incubation courte
- 12 mois pour les maladies chroniques et tumeurs
- exclusions : vitamines, accessoire à usage médical, aspirine, quinine, nivaquine, produits similaires ou dérivés.

Le 06 janvier Monsieur LAFORET a un accès palustre constaté médicalement le même jour.

Le 1er février, ce dernier présente le facture relative à cette affection :

Maladie A	1°/ Frais exposés le 06 janvier 1998
	C (généraliste) : 12.000 F CFA
	Pharmacie : 12.500 F CFA

Le 20 janvier, Monsieur LAFORET souffre d'une spasmophilie et d'une asthénie fonctionnelle :

Maladie B	2°/ Frais exposés le 20 janvier 1998
	C : 12.000 F CFA
	Pharmacie : 9.540 F CFA.
	- Voltarène 7 mg : 1.320
	- Finidol (comprimés) : 600
	- Séringue 5 CC : 100
	- Magne B6 (comprimés) : 3.530
	- Arphos B12 : 3.990
	(ampoules buvables)

* Solutions :

⇒ Facture n° 1 : exclue car les frais ont été exposés pendant le délai de carence.

⇒ Facture n° 2 : remboursée en partie parce que la maladie a été médicalement constatée après le délai de carence.

⇒ Décompte :

- La seringue est exclue car c'est un accessoire à usage médical
- Magne B6 et Arphos sont exclus car ce sont des vitamines.

Total pharmacie après exclusions : 1.920 F CFA

- Montant du remboursement : $(1.920 + 12.000) \times 90 \% = 12.530$ F CFA

a2) Autres modalités d'intervention

Certains soins dont le coût est élevé ou dont la nature est complexe sont soumis au médecin - conseil pour appréciation. Son avis conditionne leur prise en charge.

a2-1) La prise en charge hospitalière

Les dépenses d'hospitalisation constituent le premier poste de consommation. Et la somme à déboursier dans ce cas par l'assuré est très importante. C'est pourquoi, des modalités de paiement direct de l'établissement hospitalier par l'assureur ont été mises en place.

L'intervention de l'assureur est subordonnée à la remise d'un certificat ou d'un avis d'hospitalisation (cf. annexe VI).

Sur la base de cette pièce, un bon de prise en charge est établi après appréciation du médecin - conseil (cf. annexe VII).

Au cas où il est prévu un ticket modérateur, il reste bien entendu à la charge de l'assuré.

Lorsque le traitement doit se poursuivre au - delà de la durée mentionnée sur le bon, une demande de prolongation doit être adressée à l'assureur accompagnée du compte rendu médical du médecin traitant.

Cette demande fait l'objet d'une étude par le médecin - conseil. Après cette phase, une attestation de prolongation est délivrée (cf. annexe VIII).

a2-2 Cas de la formalité d'entente préalable

Sont soumises à cette formalité, la pose de prothèses (prothèses dentaires par exemple), la rééducation fonctionnelle etc ...

Pour ces cas, l'avis du médecin est également requis. En pratique, ce dernier convoque l'assuré en vue d'apprécier le bien - fondé des frais à engager.

Lorsqu'il émet un avis favorable, l'assureur marque son accord par écrit au centre médical concerné (cf. annexe IX).

a3) La gestion des sinistres par les intermédiaires

Outre la production, la gestion des sinistres peut être également assurée par des intermédiaires. Ceux - ci ne transmettent pas général à l'assureur les justificatifs de leurs règlements et se contentent de lui faire le point de leur gestion.

Le solde du compte tenu par les intermédiaires est toujours négatif. D'où les fréquents appels de fonds adressés aux assureurs.

b) Insuffisances des pratiques

b1) Le défaut de contrôle sur place des hospitalisations.

La délivrance du bon de prise en charge est subordonnée , nous l'avons déjà souligné à la remise d'un certificat ou d'un avis d'hospitalisation. Il s'agit là d'un contrôle sur pièce.

L'assuré s'étant aperçu de la liberté non surveillée dont il jouit, se livre facilement à des actes frauduleux.

b2) Le manque de contrôle à posteriori des règlements effectués par les intermédiaires.

Ce défaut de contrôle favorise le laxisme dont font preuve certains intermédiaires dans le versement des prestations aux assurés.

En effet, une enquête auprès des rares sociétés d'Assurances où existe un contrôle à posteriori des règlements effectués par les intermédiaires nous a révélé qu' une proportion non négligeable des dossiers concernés (environ 8 %) comporte des anomalies (par exemple délivrance d'un bon de prise en charge sans mention du plafond de garantie).

**TITRE II : APPROCHE DE SOLUTIONS EN VUE
DE LA RESORPTION DU DEFICIT**

Chapitre 1 : PROPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DU PORTEFEUILLE

Nos suggestions se situent à deux niveaux : au niveau de la production et au niveau de la gestion des sinistres.

Section 1 : AU NIVEAU DE LA PRODUCTION

Paragraphe A : Rigoureuse sélection des risques

A) Visite médicale systématique à l'occasion de toute nouvelle souscription.

Une telle méthode permettra au Service Production de se faire une opinion exacte de chaque risque et de déterminer la prime en parfaite connaissance de cause.

Par ailleurs, ce contrôle mettra l'assureur à l'abri de la prise en charge de risques déjà réalisés. Il concerne à la fois les souscriptions individuelles et groupe.

* Recrutement d'un médecin permanent

Une rigoureuse sélection des risques ou une gestion efficiente des sinistres n'est possible que si l'assureur a en permanence à sa disposition un médecin.

Le médecin - conseil qui n'est qu'un collaborateur extérieur ne peut pas être toujours disponible. De plus, du fait de ce statut, il n'a pas (sans préjuger de son manque de sincérité) la même motivation qu'un salarié. En d'autres termes, son implication dans la réalisation des objectifs de l'entreprise d'assurances reste limitée.

Le médecin salarié sera chargé d'apprécier l'état de santé du proposant à la souscription et d'effectuer des missions de conseil et de sensibilisation auprès des assurés et des centres médicaux privés et publics.

Le médecin devra également sensibiliser les assurés sur les conséquences d'une surconsommation médicale (ticket modérateur plus élevé, majoration de prime), les sanctions auxquelles ils s'exposent en cas de fraude et sur l'intérêt des mesures de prévention contre certaines maladies.

Quant aux centres médicaux, le médecin salarié devra indépendamment de toute activité de contrôle, les informer du mécanisme et de la finalité de l'Assurance Maladie.

B) Nécessité de la consultation du précédent assureur

Dans tous les questionnaires de santé, il existe une question relative aux assurances antérieures. Si le proposant y répond par l'affirmative, il est nécessaire de prendre contact avec le dernier assureur afin de s'informer sur les résultats de la police du proposant.

Au cas où ils seraient déficitaires, il conviendrait de considérer qu'il s'agit d'un risque aggravé.

L'on se trouvera dès lors face à une alternative : Accepter le risque moyennant une surprime ou le refuser ; en fonction bien entendu de son degré d'aggravation.

Cependant, le succès d'une telle pratique reste conditionné par l'adhésion ou mieux, la franche collaboration des autres assureurs.

La commission santé de l'ASA - CI devra y veiller. Ainsi, l'on parviendra à mettre enfin au nomadisme de certains "mauvais assurés", empêchant une généralisation du déficit.

Paragraphe B : Prise en compte de nouveaux critères de tarification.

Il s'agira ici de faire intervenir de nouveaux paramètres sur lesquels l'on devra s'appuyer pour une tarification correcte du risque Maladie en Côte d'Ivoire.

Nous suggérons que soient particulièrement pris en compte, la profession et le lieu de travail.

Une surprime pourra être perçue au cas où l'un de ces deux éléments présenterait un caractère d'aggravation.

Des études indiquent que certaines professions sont plus exposées aux maladies que d'autres.

Par exemple, selon l'OMS, le paludisme est pratiquement une maladie professionnelle pour les personnes exerçant des activités telles que : défrichage, industrie minière, bâtiment et agriculture (saisonniers ou migrants). En effet, celles – ci travaillent dans des endroits impaludés.

La Côte d'Ivoire étant considérée comme une zone endémique (s'agissant du paludisme), il serait judicieux de prévoir une majoration de prime lorsqu'il existe une forte probabilité de contamination.

Paragraphe C : Nécessité de la rédefinition de la limite des prestations.

A) En ce qui concerne les modalités d'intervention.

Nous avons constaté au cours de nos investigations que dans la plupart des compagnies d'assurances, des assurés bénéficiant d'une couverture totale (100 %) jouissent des avantages liés au système du tiers payant même pour les frais pharmaceutiques. Une telle pratique est source d'abus.

En effet, son contrat ne comportant pas de ticket modérateur (donc risque non moralisé), l'assuré ne croît plus utile de pratiquer la prophylaxie et expose des frais pour le moindre malaise.

Il en résulte une fréquence de sinistres. Il apparaît donc nécessaire de limiter le système de tiers payant aux seuls cas d'hospitalisation pour les assurés bénéficiant d'une couverture totale.

B) Institution d'un forfait Maternité

Les frais d'accouchement étant très élevés dans les cliniques privées (entre 550.000 et 650.000 F CFA pour un accouchement simple, et entre 950.000 et 1.200.000 F CFA pour une césarienne) nous suggérons que soit proposé un "forfait maternité" désireux de faire accoucher leurs épouses dans les centres de santé publics où les tarifs sont bas (de 2.000 à 7.500 à la PMI, de 8.000 à 20.000 F CFA à l'hôpital général et au CHU) à l'exception du CHU de Yopougon (entre 50.000 et 225.000 F CFA pour un accouchement simple, et entre 125.000 et 400.000 F CFA pour une césarienne sans complication infectieuse)¹¹.

C) Généraliser le système de centres conventionnés.

La faiblesse majeure des contrats d'Assurance Maladie rencontrés sur le marché est qu'ils ne prévoient pour la plupart aucun élément de contrôle des coûts, favorisant ainsi l'inflation médicale : l'assuré peut s'adresser au médecin ou à l'établissement de son choix.

Face à la recrudescence de la fraude, une limitation de la liste des prestataires de soins médicaux privés s'impose.

En effet, il n'est pas exclu que des assurés transmettent au Service Maladie des justificatifs émanant de centres de santé fictifs.

Même dans ces cas, l'assureur ne dispose d'aucun document lui permettant d'effectuer une quelconque vérification ; le Ministère de la Santé ne publiant pas chaque année, la liste des cliniques et médecins privés autorisés.

¹¹ Selon le tarif d98 du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE YOPOUGON

La mise en place d'un réseau de soins s'avère donc indispensable. Il s'agira pour les assureurs de signer une convention avec un certain nombre d'établissements hospitaliers publics et privés vers lesquels seront dirigés leurs clients. Et tous les assurés devront être assujettis au système de centres conventionnés.

Les assureurs pourront à cet effet obtenir d'importantes réductions tarifaires.

Nous précisons par ailleurs que quelques uns d'entre eux sont déjà affiliés à un réseau de soins mais il s'agit là d'expériences bien timides.

Section 2 : AU NIVEAU DE LA GESTION DES SINISTRES

Paragraphe A : Mesures de surveillance

Il s'agit des mesures destinées à dissuader toute tentative de fraude et à permettre un suivi de la consommation médicale de chaque assuré.

A) La vérification de l'authenticité des justificatifs.

Ce contrôle déjà fait doit être renforcé, notamment en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques exposés à l'étranger.

B) Le contrôle sur place des hospitalisations.

Le médecin salarié devra se rendre auprès de chaque malade hospitalisé non seulement pour vérifier son identité mais aussi pour constater la nature de l'affection dont il souffre. Plus exactement, il sera chargé de vérifier si les admissions dans les établissements médicaux, la durée du séjour et les prestations fournies sont justifiées sur le plan médical.

Ce contrôle permettra à l'assureur de se prémunir contre une éventuelle surfacturation.

C) Suivi informatique de la consommation médicale de chaque assuré.

Cette méthode est particulièrement utile dans le cadre de la gestion d'un contrat groupe.

Il s'agira pour les assureurs de tirer des états mensuels relatifs à la consommation médicale des assurés et d'adresser une correspondance à ceux chez qui il est constaté un excès important en vue d'attirer leur attention.

Ainsi, ils se sentiront surveillés et feront preuve de modération. Les assureurs devront disposer pour ce faire d'un logiciel informatique performant.

D) Attribution d'un carnet de santé à chaque assuré.

Le carnet devra prodiguer des conseils médicaux, comporter la photo de l'assuré et décrire de façon exhaustive son état civil (nom et prénoms, date et lieu de naissance, situation matrimoniale, domicile, adresse postale, téléphone). Ce qui a un double objectif :

⇒ suivre l'évolution de l'état de santé du malade et éviter les examens inutiles,

⇒ et empêcher une tierce personne se soigner sous le couvert du nom de l'assuré ou même de se servir du carnet.

Paragraphe B : Contrôle strict des remboursements effectués par les intermédiaires

Ce contrôle doit être fait à la fois par les compagnies d'assurances disposant d'un Service Maladie et par celles auxquelles il fait défaut.

Ceci implique pour les dernières citées la mise en place d'une telle structure.

Les Services Comptabilité des sociétés d'assurances pourront faire des rapprochements entre les chiffres communiqués par les intermédiaires et ceux en leur possession.

Il a été décelé dans la majorité des cas d'importants écarts.

Nous suggérons par ailleurs que soit retirée aux intermédiaires la gestion des "affaires directes Maladie".

En effet, le maintien d'une telle pratique ne s'accorde pas avec notre objectif principal à savoir la minimisation des coûts.

La gestion sera très lourde si les intermédiaires devraient percevoir de si importantes commissions¹² et que les règlements effectués par eux devraient faire l'objet d'un contrôle au niveau des assureurs.

¹² Il s'agit des commissions de gestion en assurance maladie. Leurs taux varient entre 15 à 27 % sur notre marché. Les commissions classiques pour le même risque ont un taux qui se situe entre 5 et 15 %.

Chapitre II : ACTIONS GENERALES A ENTREPRENDRE

Il s'agit ici des mesures générales qui doivent être prises pour réduire la charge de sinistres de la branche.

Elles sont de deux ordres :

- ⇒ celles incombant à l'assureur
- ⇒ celles incombant au gouvernement.

Section 1 : ACTIONS INCOMBANT A L'ASSUREUR

Paragraphe A : Instauration d'une franche collaboration avec le corps médical et paramédical

L'assureur devra sensibiliser ces deux corps sur la nécessité d'une franche collaboration.

Il devra leur demander de vérifier la conformité entre la pièce d'identité et le carnet de santé que leur présentera l'assuré et d'infliger une sanction sévère aux membres de leur personnel complices de fraude.

Les pharmaciens devront en particulier être informés sur les médicaments qui font l'objet d'une exclusion de garantie afin d'éviter des conflits engendrés par le refus de payer la totalité de leurs factures dans le cadre du système de tiers payant.

Paragraphe B : Soutien aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme et le SIDA

Il serait souhaitable que les assureurs soutiennent financièrement dans le cadre de leur politique Marketing (Mécénat par exemple) les différents programmes nationaux mis en place par l'Etat en vue de lutter contre maladies à fort taux de prévalence (paludisme et SIDA) et dont la prise en charge est coûteuse.

Section 2 : ACTIONS INCOMBANT AU GOUVERNEMENT.

Paragraphe A : Amélioration de la qualité du service dans les établissements hospitaliers publics

Les principaux reproches qui sont faits à ces structures d'Etat sont la mauvaise qualité de l'accueil et le manque de suivi des malades.

Ces comportements condamnables résultent d'une démotivation générale du personnel médical.

En effet, malgré les énormes contraintes professionnelles auxquelles il doit faire face, (garde de nuit, rappel la nuit en vue d'une intervention) il ne lui est pas versé une rémunération conséquente.

C'est pourquoi une partie de l'effectif de ces établissements les désertent aux heures de travail au profit des cliniques privées où d'intéressants honoraires leur sont proposés.

Il incombe donc au Ministère de la Santé d'améliorer l'image de ces centres de santé publics. Il devra pour ce faire : stimuler leur personnel en lui proposant par exemple un intéressement sur les recettes et redynamiser l'Inspection des Services de Santé.

Une inspection fréquente de ces centres suivi le cas échéant de sanctions disciplinaires draconiennes suscitera chez le corps médical une plus grande application.

Paragraphe B : Dégrèvement fiscal des pharmacies et des centres médicaux privés

La santé pour tous à l'an 2.000 passe à notre sens par un accès du plus grand nombre aux médicaments. Or la fiscalité actuellement appliquée aux pharmacies et aux centres médicaux privés, nous l'avons déjà vu, ne milite pas en faveur de la réalisation d'un tel objectif.

C'est pourquoi nous suggérons qu'un projet de loi portant dégrèvement fiscal des structures précitées soit soumis au parlement.

S'agissant des pharmaciens privés, nous souhaiterions que soit supprimé l'ASDI perçu sur chaque commande car cet impôt ne leur permet pas de s'approvisionner suffisamment. D'où les fréquentes ruptures de stocks constatées dans la plupart des officines.

Il serait par ailleurs nécessaire que les autres impôts soient réduits (par exemple que la patente soit ramenée à 500.000 F CFA, l'impôt minimum en cas de perte d'exploitation à 1.000.000 F CFA). La réduction de la TVA sur les médicaments s'avère également indispensable.

En ce qui concerne les centres médicaux privés, nous proposons que les impôts auxquels ils sont assujettis soient revus à la baisse dans les mêmes proportions que ceux des pharmaciens privés.

Nous préconisons en outre que soit supprimée la TVA prélevée sur le matériel médical et sur le prix de la chambre d'hospitalisation afin d'alléger le coût des soins dans les cliniques privées.

Le dégrèvement fiscal entraînera une baisse des différents tarifs et inciterait d'autres pharmaciens et médecins à s'installer.

Paragraphe C : Promotion des médicaments génériques.

Devront être associés à cette opération, médecins et pharmaciens.

Le gouvernement devra par ailleurs accepter de faire jouer la concurrence c'est - à - dire permettre que les médicaments génériques autres que ceux proposés par les laboratoires français accèdent au marché ivoirien ; ce qui aura pour avantage d'obtenir des prix plus bas.

La marge accordée sur les ventes des génériques devra également être revue à la hausse (être de préférence supérieure à celle des spécialités) afin d'inciter les pharmaciens à augmenter leurs commandes.

CONCLUSION GENERALE

Entreprendre une étude sur une branche perçue dans la profession comme un gouffre financier et se proposer d'en améliorer les résultats constitue presque un défi.

Nous restons persuadés au terme de notre analyse que si certaines mesures sont rigoureusement observées, l'on pourrait parvenir tout au moins à un équilibre des résultats.

Au niveau de la production, nous suggérons que les assureurs opèrent une bonne sélection des risques et qu'ils prennent en considération de nouveaux critères de tarification en s'appuyant sur les spécificités de notre environnement. Ils devront également reconsidérer les limites des prestations afin de prévenir toute surconsommation médicale éventuelle.

S'agissant de la gestion des sinistres, des mesures de surveillance telles que l'attribution d'un carnet de santé à chaque assuré et la vérification sur place des hospitalisations (pour ne citer que celles - là) sont indispensables.

Il est en outre impérieux que les remboursements effectués par les intermédiaires (lorsque c'est le cas) fassent l'objet d'un contrôle strict.

Au titre des actions générales, nous préconisons que les compagnies d'assurances aient une franche collaboration avec le corps médical et paramédical et qu'ils soutiennent les programmes nationaux de lutte contre le paludisme (première cause de décès en Côte d'Ivoire) et le SIDA.

Quant au gouvernement, il devra veiller à ce que les établissements hospitaliers publics améliorent la qualité de leur service.

Un dégrèvement fiscal des pharmacies et des centres médicaux privés s'impose pour une accessibilité accrue des ménages aux soins de santé. Dans la même optique, une promotion des médicaments génériques mérite d'être entreprise.

Cependant, il serait prétentieux de notre part de penser que notre étude est exhaustive. Des zones d'ombre existent sans doute. Nous n'avons pas par exemple pu éclairer le lecteur sur la structure de la consommation médicale (part de chaque poste de consommation), la plupart des compagnies n'ayant pas fourni de statistiques à ce sujet, faute de logiciel informatique performant.

En dépit des problèmes que pose la gestion de l'Assurance Maladie, celle – ci a de beaux jours devant elle, la demande étant en régulière progression.

BIBLIOGRAPHIE

I - OUVRAGES GENERAUX D'ASSURANCE

- ⇒ Code des Assurances des Etats Membres de la CIMA, Argus ; 1996, (Mise à jour du 20 avril 1995)
- ⇒ LAMBERT - FAIVRE Yvonne, Droit des Assurances, Paris, Dalloz, 1995, (9è Edition) 881 P.

II – OUVRAGE SPECIALISE

- ⇒ RUDELLE Alice, L'Assurance de Santé, Paris, l'Argus, 1991, 143 P.

III – MEMOIRE

- ⇒ VOVOR - MAWUPE (A.M), L'Avenir de l'Assurance Maladie dans les pays de la CICA : cas du CAMEROUN, Mémoire de fin d'études en vue de l'Obtention du diplôme d'études supérieures d'Assurances, I.I.A. - Yaoundé, juin 1990, 64 P. (dactylographiées).

IV – ARTICLES DE REVUES

- ⇒ MBODJ Cheikh Tidiane, "L'Impact économique du VIH / SIDA", in l'Assureur Africain n° 26, septembre 1997, 2 P.
- ⇒ CORONE Stéphane, " Questionnaire de Santé : concilier sélection des risques et éthique", in l'Argus n° 6491, 16/08/96, 3 P.

V - RAPPORTS

- ⇒ O.M.S. Rapport sur la Santé dans le monde, 1997
- ⇒ O.M.S. Rapport sur la Santé dans le monde, 1998
- ⇒ Programme National de Lutte contre le SIDA, Rapport annuel, 1998
- ⇒ Programme National de Lutte contre le Paludisme Rapport annuel, 1998

VI - COURS POLYCOPIES

- ⇒ Le Droit du contrat d'assurance par Monsieur André FAVRE ROCHEX
- ⇒ L'assurance des risques divers par Monsieur Basile NDOBO
- ⇒ Contrôle sur pièces et sur place des entreprises d'assurances par Monsieur Elie GARBARZ.

ANNEXES

PROCES VERBAL DE LA SEANCE DE TRAVAIL
DES MEDECIN-CONSEILS DES SOCIETES D'ASSURANCE
DU 10 10 1997

Objectifs :

- Obtenir un consensus sur le contenu des forfaits facturés par les cliniques
- Harmoniser les points de vue et élaborer des recommandations au regard des anomalies constatées lors de l'étude des dossiers de remboursement .

Ordre du jour :

- Déterminer le contenu des forfaits facturés.
- Divers

Des réunions du comité médical de l'ASA-CI avec les prestataires de services médicaux est ressorti la nécessité pour les sociétés d'assurance d'adopter une attitude commune face aux anomalies constatées lors de l'étude des dossiers de remboursement .

Les médecin-conseils ont été invités à donner leur points de vue et à faire des recommandations à la commission médicale .

Les discussions sur l'ordre du jour ont aboutis aux recommandations suivantes :

Composantes du forfait des A M I (actes médicaux infirmiers)

Les consommables (produit et matériel d'utilisation courante en hospitalisation)

Gants non stériles
Gants stériles
Doigtiers
Compresse
Coton hydrophile
Coton cardé
Couches
Alcool
Parfum
Talc officinal

.../...

Vaseline blanche
Mercurochrome
Solution de dakin
Bétadine (rouge vert jaune)
Ether
Mercryl lauryle
Sparadrap (2cm 7cm 18cm)
Eosine solution (aqueuse ou alcoolisée) 1% et 2%
Alcool iodé
Hexomédine
Coton tige
Masque
Abaisse-langue
Seringue (1cc,2cc,5cc,10cc,20cc,50cc)
Aiguilles intra musculaires et intra veineuses
Perfuseurs
Transfuseur

Le petit matériel

Haricot
Potence
Crachoir
Bassin
Urinoir
Boîte à pansement

Frais de personnel : Infirmières et autres paramédicaux

Secrétaire médicale
Aides soignantes
Aides maternelles

Divers

Produits désinfectants
Produits d'entretien
Fournitures de bureau(feuille de température ,de soins, de surveillance,
bulletins divers)
Appel malade
Serviette
Blouse
Chaussures

.../...

Composants du forfait bloc opératoire

Gaz médicaux

Oxygène
Protoxyde d'azote
Alcool
Gaz carbonique
Ether
Vide d'aspiration
Les anesthésiques volatils (ethrane fluothane etc..) sont facturables en pharmacie

Appareillage technique

Respirateur
Moniteur des fonctions vitales(dynamap,scope ,etc...)
Aspirateur
Laryngoscope
Canule de guedel
Masques
Ballon anti statiques
Scialytique,table operatoire,boite d'instruments

Consommable :

antiseptiques
Alcool
Mercurochrome
Solution de Dakin
Bétadine (rouge vert jaune)
Ether
Sparadrap (2cm 7cm 18cm)
Eosine solution (aqueuse ou alcoolisée) 1% et 2%
Alcool iodé
Mercryl lauryle
Hexomedine
Eau oxygène
Liquide de Bouin
Gants non stériles
Gants stériles
Doigtiers
Compresse
Coton hydrophile
Seringue (1cc,2cc,5cc,10cc,20cc,50cc)

.../...

Aiguilles intra musculaires et intra veineuses
Lame de bistouri
Perfuseurs
Transfuseur
Les drains et fils de sutures sont facturés en pharmacie

Petit matériel

Haricot
Potence
Crachoir
Bassin
Urinoir
Boîte à pansement
(blouses operatoires,calot ,champs operatoires,tabliers
chaussures ;etc...)

Personnels :

Infirmiers
Aide anesthesiste
Panseurs
Préposés(garçon de salle et aide soignant)

Produits d'entretien pour le nettoyage et la stérilisation du bloc

composants du forfait soins intensifs

Consommable

Alcool
Mercurochrome
Solution de Dakin
Bétadine (rouge vert jaune)
Ether
Sparadrap (2cm 7cm 18cm)
Eosine solution (aqueuse ou alcoolisée) 1% et 2%
Alcool iodé
Mercryl lauryle
Hexomedine
Eau oxygène
Liquide de Bouin
Gants non stériles
Gants stériles
Doigtiers

.../...

Compresse
Coton hydrophile
Seringue (1cc,2cc,5cc,10cc,20cc,50cc)
Aiguilles intra musculaires et intra veineuses
Perfuseurs
Transfuseur

Gaz médicaux

Oxygène
Ether
Vide d'aspiration
Air

Appareillage technique

Lit
Respirateur
Moniteur des fonctions vitales(dynamap,scope ,etc...)
Aspirateur
Laryngoscope

Petit matériel

Haricot
Potence
Crachoir
Bassin
Urinoir
Boite à pansement

Personnel de surveillance

Médecins
Infirmiers
Aides soignants

Devant la définition complexe du concept des soins intensifs , nous recommandons à la commission médicale de mettre en place une commission technique qui visitera les différents établissements pour vérifier si les équipements sont en adéquation avec les recommandations officielles et les services facturés . Cette commission déterminera la compétence technique des différentes établissements.

Au titre des divers les médecin – conseils ont évoqués les anomalies constatées lors de la facturation des consultations et soins à domicile. De même les forfaits liés à la maternité, bien que plafonnés au niveau des contrats font l'objet d'abus qui pénalisent la clientèle assurée. Ces différents éléments sont à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

.../...

I

- 6 -

L'ordre du jour étant épuisé, il a été convenu de se réunir le mardi 14/10/1997 à 14 heures 30 à la salle de conférence de la SIDAM.

Rappel de l'ordre du jour de la réunion du 14/10/1997

- Tarification du bloc opératoire
- Facturation des consultations et soins à domicile
- Forfaits liés à la maternité (Forfait Accouchement – Pédiatrie – Couveuse)

Fait à Abidjan le 13 Octobre 1997



Assurances Générales de Côte d'Ivoire



Toujours avec vous !

Immeuble AGCI - Avenue Noguès
01 B.P. 4092 ABIDJAN 01
Tél. : 33.11.31 / 32.10.52

MEFP n° DA 474 du 1er Avril 1980

Société Anonyme
au Capital de 300 millions CFA
entièrement versés
R.C. ABIDJAN 37979
Entreprise régie par
le Code des Assurances CIMA

BULLETIN D'ADHESION

NOM :

SOCIETE ADHERENTE :

ADRESSE ET N° TELEPHONE :

	Assuré	Conjoint
DATE D'ENTREE AU SERVICE DE L'ENTREPRISE.....		
NOM.....		
NOM DE JEUNE FILLE LE CAS ECHEANT.....		
PRENOMS.....		
ADRESSE.....		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....		

ENFANTS (à charge)

	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE
1			
2			
3			
4			
5			



NOUVELLE SOCIÉTÉ INTERAFRICAINNE D'ASSURANCES

Siège social : ABIDJAN

Entreprise privée régie par la loi du 29 juin 1962

Société anonyme au capital de 550 millions entièrement libéré

01 B.P. 1571 ABIDJAN 01 (République de Côte d'Ivoire)

R.C. n° 183449 ABIDJAN

E-Mail : nsia @ africaonline.co.ci

ASSURANCE MALADIE - CHIRURGIE

Agence d'.....

N° de la Police :

M.

N° du sinistre :

DECLARATION DE MALADIE OU D'ACCIDENT

à adresser à la Société

ou à l'Agent par l'intermédiaire duquel la police a été souscrite

Nom du Souscripteur de la Police :

Adresse :

Nom de la personne malade :

Date du début de la maladie }

Date de l'accident }

Médecin traitant :

Nature de la maladie ou de l'accident

EN CAS D'ACCIDENT.— Indiquer les causes et les circonstances :

Noms et adresse du tiers responsable et des témoins :

Durée probable de la maladie ou de l'incapacité en cas d'accident :

A le 19

Signature du Souscripteur ou de l'Assuré :

REMBOURSEMENT DES SOINS
NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS



C31.1
MAJ.7.97

Tarif de convention

LETTRES CLES	1/11/93	1/07/1994	1/11/1994	Valeur actuelle
MEDECINS				
C	consultation omni-praticien	100,00	105,00	110,00
Cs	consultation spécialiste	140,00	145,00	150,00
Cn	psy (consultation neuro-psychiatre)	210,00	215,00	225,00
V	visite omni-praticien	110,00		
Vs	visite spécialiste	135,00		
Vn	psy (visite neuro-psychiatre)	205,00		
Vd	majoration visite dimanche	110,00		125,00
Vn	majoration visite nuit	150,00		165,00
KC	certaines actes chirurgicaux	13,50		13,70
K	actes chirurgie et spécialités	12,40		12,60
KE	actes d'échographie ou doppler			12,60
Z	actes avec radiations ionisantes			
	- Electroradiologistes, gastro-entéro	10,35	10,75	10,95
	- Rhumatologues, pneumo-phtisio	9,50	9,90	10,10
	- Autres spécialités, omni-praticiens	8,10	8,50	8,70
	Accouchement simple	1 060,00		1 160,00
	Accouchement gémellaire	1 220,00		
ID	indemnité de déplacement			
	- Paris - Lyon - Marseille	30,00		35,00
	- reste de la France	20,00		25,00
IK	Indemnité kilométrique			
	- plaine	2,50		4,00
	- montagne	3,50		6,00
CHIRURGIENS-DENTISTES				
C	consultation	90,00	105,00	110,00
Cs	consultation spécialiste	130,00	145,00	150,00
V	visite	105,00	110,00	
Vs	visite spécialiste	130,00	135,00	
D	acte chirurgien-dentiste	12,00	12,40	12,60
DC	certaines actes	13,00	13,50	13,70
Sc	soins conservateurs		14,95	(01.06.97)15,50
SPR	soins prothétiques		14,10	
TO	Traitements d'orthopédie dento faciale		14,10	15,20
GPM	Soins dentaires effectués par les médecins			



C31.1

LETTRES CLES	1/11/93	1/06/1994	1/12/1994	Valeur actuelle
SAGES-FEMMES				
C consultation	55,00			85,00
V visite	76,00			
SF acte spécialisé	14,90			16,00
SFI soins infirmiers	14,30			
Accouchement simple	830,00			900,00
Accouchement gémellaire	985,00			
Indemnité déplacement (maternité)	21,00			
AUXILIAIRES MEDICAUX				
AMI infirmiers, infirmières	15,50			16,50
Indemnités de déplacement	8,00			9,00
AMK masseurs kinésithérapeutes (cabinet ou domicile)	11,55		12,50	(01.04.97)13,00
AMC masseurs kinésithérapeutes (structure de soins)	11,55	12,20	12,50	(01.04.97)13,00
Indemnités de déplacement	11,00			
AMO orthophonistes	13,30			14,00
Indemnités de déplacement	9,50			
AMP pédicures	4,15			
Indemnités de déplacement zone A	3,30			
Indemnités de déplacement zone B	3,10			
AMY orthoptistes	13,45			14,50
AIS actes infirmiers de soins (Infirmiers de soins et garde au domicile des malades)				14,30
ANALYSES MEDICALES				
B	1,76			1,80
KB	12,40			12,60
PB				16,50
TB				16,50

NOUVEAU BAREME DES HONORAIRES

PRESTATIONS	JOUR OUVRABLE	NUIT, DIMANCHE ET JOUR FERIE
MEDECIN GENERALISTE		
* Consultation (C)	15 000 F	20 000 F
* Visite (V)	20 000 F	25 000 F
MEDECIN SPECIALISTE ET PROFESSEUR AGREGÉ		
* Consultation (Cs)	17 500 F	25 000 F
* Visite (Vs)	25 000 F	30 000 F
MEDECIN PSYCHIATRE		
* Consultation (Cpsy)	20 000 F	30 000 F
* Visite (Vpsy)	25 000 F	35 000 F
ACTES		
* B (Analyses médicales)	355 F	+ B 15
* D (Acte dentaire)	1 600 F	+ 10 %
* K (Exploration fonctionnelle et autres)	1 800 F	+ 10 %
* Kc (K chirurgien et anesthésiste- réanimateur)	2 000 F	+ 10 %
* P (Pathologie)	360 F	+ 10 %
* PC (Pratique courante)	2 500 F	+ 10 %
* Z (Radiologie)	1 500 F	+ 10 %
* Forfait 1 (Médecin-accoucheur, accouch. Simple) (1)	200 000 F	
* Forfait 2 (Médecin-accoucheur, accouch. gémellaire) (1)	300 000 F	
SOINS ET SURVEILLANCE		
<u>Au cabinet</u>		
* Injection intramusculaire	2 500 F	5 000 F
* Prélèvement sanguin	2 500 F	5 000 F
* Injection intraveineuse	4 000 F	7 500 F
* Perfusion (détail de pharmacie)	PC7	+ 10%
* Aérosol	4 000 F	
<u>au domicile</u>		
* Injection intramusculaire	4 000 F	7 500 F
* Prélèvement sanguin	4 000 F	7 500 F
* Injection intraveineuse	5 000 F	10 000 F
* Perfusion (sur entente préalable)	PC7 + PC2,5	

DIVERS

* Certificat médical pour coups et blessures	30 000 F
* AMI (soins infirmiers)	18 000 F/J
* Chambre	> + 15 %
* Soins intensifs	130 000 F/J
* Surveillance particulière	80 000 F/J
* Néonatalogie (couveuse + O ²)	80 000 F/J
* Soins d'un jour	6 000 F/h

publicité

N.B. : Les gardes débutent de 20 heures à 08 heures.

(1) Le forfait inclus :

- le dégagement instrumental à la vulve - l'épisiotomie et sa suture - la révision utérine



CABINET MEDICAL STE MADELEINE

Accouchement - Pédiatrie - Médecine Générale
01 B.P. 70 BOUAKE 01 - ☎ : 63 - 87 - 02

BOUAKE le 27/04/98

CERTIFICAT D'HOSPITALISATION

Mr. ~~Mme~~ Enfant KOUAME ABAHETRAN

Age 6 ans

Service NSIA

Matricule B 0070 (KOUAME KOKORÉ)

Hospitalisé 27 | 04 | 98

Motif Accès Palustre

*Accord pour trois (03)
Journées d'hospitalisation*


Dr BANI Gilbert
Médecin Conseil
AGCI - BOUAKE

Le Médecin
CABINET MEDICAL Ste MADELEINE
Accouchements Pédiatrie
MEDECINE GENERALE
Dr OUEDRAOGO DJIBRI
Tél 63-87-02 BOUAKE



DEPARTEMENT SANTE

REFERENCES A RAPPELER

- CLIENT: **NSIA**

- CONTRAT N° AGI 039850

- PERIODE DE GARANTIE: 01/01/98 au 31/12/98

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

=====

Nous soussignés, ASSURANCES GENERALES DE COTE D'IVOIRE (AGCI), certifions prendre en charge au titre de la police en référence, les frais d'hospitalisation de:

Assuré : M. **KOUAME Serge - Renaud**

Date de naissance : 19/10/1962

Durée : TROIS JOURS

Plafond de chambre à la journée: 30.000 FCFA

Taux de garantie: 90%

En cas de nécessité de prolongation le compte rendu médical du médecin traitant doit nous être adressé en même temps que la demande.

La facture de ces frais doit être adressée aux AGCI accompagnée du rapport médical précisant la nature de l'affection et le traitement effectué ainsi que ses suites.

Notre prise en charge se limite au barème des prestations publié par le Syndicat des Médecins en juin 1995.

Fait à Abidjan le 06/07/1998

Pour servir et valoir ce que de droit.

POUR LA COMPAGNIE
P. ANNEY



DEPARTEMENT SANTE

REFERENCES A RAPPELER

- CLIENT: **NSIA**

- CONTRAT N° AGI 050225

- PERIODE DE GARANTIE: 01/01/98 au 31/12/98

ATTESTATION DE PROLONGATION

=====

Nous soussignés, ASSURANCES GENERALES DE COTE D'IVOIRE (AGCI), certifions prendre en charge la prolongation d'hospitalisation de :

Assuré : M. **KOUAME SENATEUR**

Date de Naissance : 13/12/1960

Durée : DEUX JOURS

suite à notre prise en charge du 29/06/98 au 02/07/98

Fait à Abidjan le 06/07/1998

Pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la Compagnie
MME P. ANNEY

IX

CORRESPONDANCE RAPIDE

DESTINATAIRE: M. **KOUAME KOKORÉ**

EMETTEUR: Mme. ANNEY
DEPARTEMENT SANTE

DATE: le 10 décembre 1997

OBJET: ACCORD PREALABLE DE KINESITHERAPIE MME **KOUAME Fraise**
- CONTRAT N° AGI 047705 - PROVECI

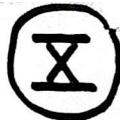
Nous faisons suite à votre demande d'entente préalable selon l'ordonnance du Dr. Patrick BA du 24/11/97 concernant votre épouse, Mme **KOUAME Fraise**

Nous avons l'avantage de vous marquer notre accord de remboursement des 10 séances de kinésithérapie, sur présentation des justificatifs et factures acquittés.

Dans l'intervalle,

Recevez nos salutations les meilleures.

MME P. ANNEY



QUESTIONNAIRE

* Préambule

Nous menons une étude en vue de mieux cerner le comportement de nos assurés maladie.

Notre objectif à terme est d'élaborer un tarif prévoyant des réductions pour les assurés qui prennent des précautions en vue de se prémunir contre certaines maladies.

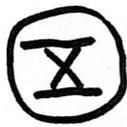
A cet effet, nous vous soumettons le présent questionnaire que nous vous remercions de bien vouloir nous aider à remplir - (vous cochez la case qui convient à votre situation).

❶ Depuis quand êtes - vous assuré chez nous ?

- moins d'un (1) an
- un (1) an
- deux (2) ans
- plus de (2) ans

❷ Quelles mesures de prévention observeriez - vous avant de souscrire votre police d'Assurance Maladie ?

- chimioprophylaxie
- vaccination
- aucune mesure de prévention



③ Par quel moyens vous prémunirez - vous contre les maladies depuis que vous êtes assuré ?

chimioprophylaxie

vaccination

aucune moyen.

Merci de votre collaboration.